



HAL
open science

**Représentation de l'hypnose par les médecins
généralistes normands non formés à cette pratique :
étude qualitative auprès de médecins généralistes de
Haute-Normandie**

Mathilde Nardone

► **To cite this version:**

Mathilde Nardone. Représentation de l'hypnose par les médecins généralistes normands non formés à cette pratique : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02976595

HAL Id: dumas-02976595

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02976595>

Submitted on 23 Oct 2020

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.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN**

ANNEE 2020

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

NARDONE Mathilde

Née le 14 mai 1991 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2020

**REPRESENTATION DE L'HYPNOSE PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES NORMANDS NON FORMÉS À CETTE
PRATIQUE**

**Étude qualitative auprès de médecins généralistes de
Haute-Normandie**

Président de Jury :	Professeur Jean-Loup HERMIL
Directrice de Thèse :	Docteur Églantine FERRAND DEVOUGE
Membres du Jury :	Professeur Anne-Marie LEROI
	Professeur Elisabeth MAUVIARD

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

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.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

ABREVIATIONS

APA : Association Américaine de Psychologie

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves

EEG : électroencéphalogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MT/MC : Médecine Traditionnelle/Médecine Complémentaire

NCCIH: National Center for Complementary and Integrative Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

TEP : Tomodensitométrie par Emission de Positons

Introduction	24
I. Définitions.....	24
II. Études neuroscientifiques.....	25
III. Indications.....	26
IV. Place de l’hypnose au niveau international et en France.....	27
V. Intérêt de l’étude	29
Matériel et Méthode	31
I. Choix de la méthode.....	31
A - Étude qualitative.....	31
B - Entretien semi-dirigé.....	31
II. Échantillonnage	32
A - Sélection des participants	32
B - Méthode de recrutement.....	32
III. Recueil des informations	33
A - Déroulement du recueil	33
B - Guide d’entretien.....	33
IV. Analyse des données	34
A - Retranscription	34
B - Analyse des entretiens	34
Résultats.....	36
I. Caractéristiques de la population.....	36
A - Caractéristique démographique	36
B - Connaissances sur l’hypnose	36
1. Apports théoriques.....	37
2. Apports pratiques.....	38

3.	Apports des médias et des spectacles.....	38
4.	Apports des patients	39
C -	Recours aux approches thérapeutiques complémentaires.....	39
1.	Acupuncture.....	39
2.	Ostéopathie	40
3.	Sophrologie	40
4.	Homéopathie	40
5.	Naturopathie.....	41
6.	Psychothérapie.....	41
7.	Mésothérapie.....	41
II.	Ressenti et perception de l'hypnose par les médecins généralistes	41
A -	Ressentis positifs.....	42
1.	Par les retours des patients	42
2.	Par leur expérience personnelle	42
3.	Absence de nocivité	42
4.	Preuves scientifiques.....	43
B -	Ressentis négatifs.....	43
1.	Hypnose de spectacle.....	43
2.	Doute sur une réelle efficacité.....	43
3.	Absence de formations et de recommandations reconnues par l'Ordre des médecins	43
III.	Représentations de la pratique de l'hypnose	44
A -	Mécanismes de l'hypnose	44
1.	État de sommeil	44
2.	Relaxation	44
3.	Dissociation avec le monde extérieur	45
4.	Suggestibilité du patient.....	45

5.	État de subconscience	45
B -	Place du patient	46
1.	Participation Active	46
2.	Participation passive.....	47
3.	Soumission du patient	47
C -	Place du praticien.....	47
1.	Guide	47
2.	Compétences particulières	48
D -	Relation de confiance patient – hypno-thérapeute	48
E -	Déroulement d’une séance	48
1.	Communication.....	48
2.	Atmosphère de la consultation.....	49
3.	Adaptation au patient	49
4.	Processus en plusieurs étapes	49
IV.	Intérêt des médecins généralistes pour la pratique et information sur le sujet.....	50
A -	Utilisation et pratique de l’hypnose	50
1.	Avis favorable.....	50
2.	Avis favorable sous certaines conditions.....	52
3.	Avis défavorable ou freins à la pratique de l’hypnose	53
B -	Information sur le sujet	55
1.	Absence de souhait d’information ou de formation sur le sujet	55
2.	Souhait d’information.....	57
V.	Indications de l’hypnose	57
A -	Hypno-thérapie.....	58
1.	Addictologie	58
2.	Psychologie	59
3.	Troubles du sommeil	60

B - Hypno-analgésie	60
C - Hypno-sédation.....	61
VI. Résumé des résultats.....	62
Discussion.....	64
I. Forces et faiblesses de l'étude	64
A - Les faiblesses	64
1. Limites de déclaration et d'objectivité.....	64
2. Limites d'investigation.....	64
B - Les forces.....	64
II. Résultats.....	65
A - Représentation	65
B - Intérêt pour la pratique.....	67
C - Souhait d'information	68
D - Indications	68
III. Perspectives	69
Annexe 1 : Tableau des caractéristiques des médecins interrogés.....	72
Références bibliographiques.....	73

Introduction

L'hypnose s'est développée dans le milieu médical depuis le XVIIIe siècle mais paraît avoir été utilisée depuis des civilisations plus anciennes (1).

Il existe un grand nombre de définitions de l'hypnose.

I. Définitions

Au XVIIIe siècle, Franz Mesmer, médecin allemand, a développé la théorie du magnétisme animal, théorie selon laquelle un fluide invisible circulerait dans le corps humain et serait à l'origine de pathologies en cas de mauvaise circulation, théorie qui sera réfutée par la suite. Le marquis de Puységur, l'un de ses élèves, ouvre la voie de l'hypnose avec le « sommeil magnétique », état modifié de conscience utilisé pour accéder à diverses ressources (1).

Au XIXe siècle, Jean-Martin Charcot qualifia l'hypnose comme un état propre aux hystériques (1).

Durant cette même période, le médecin Hippolyte Bernheim évoque l'importance de la suggestibilité durant l'état hypnotique (1,2).

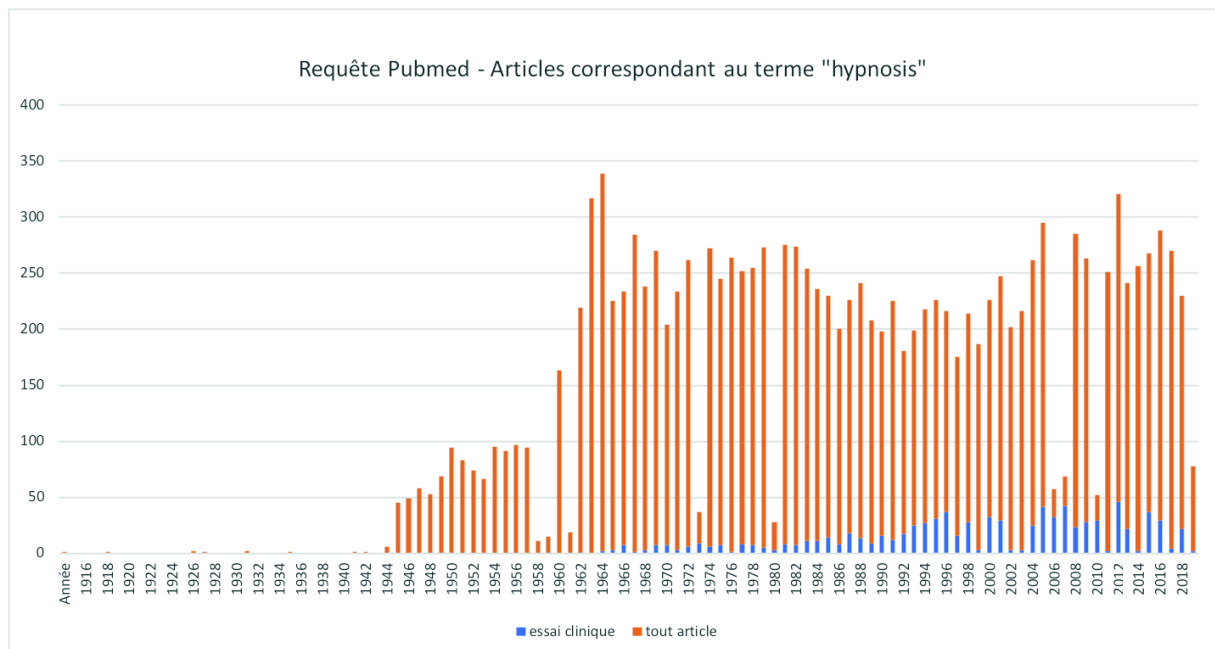
C'est au XXe siècle que Milton Erickson définit l'état hypnotique comme « un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient »(2). Ceci permit à l'hypnose de se développer dans le champ de la psychothérapie. Milton Erickson développera des techniques d'induction hypnotique ainsi que des techniques de communication.

L'hypnose Ericksonienne, méthode la plus couramment pratiquée, place le patient au centre de sa guérison. Elle repose sur le postulat que l'inconscient est capable de mobiliser des ressources internes et ainsi faciliter le processus de changement. Le thérapeute occupe alors le rôle d'accompagnateur.

En 2014, l'APA (association américaine de psychologie) définit l'hypnose comme « A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion » (3); soit « un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion » (4).

En 2015, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) définit l'hypnose comme « un état modifié de conscience, ni un état de veille, ni un état de sommeil » (2).

Depuis plusieurs années, l'hypnose, comme plusieurs autres thérapies complémentaires, observe un attrait grandissant de la part des soignants (2) mais également des patients ; selon l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), trois français sur quatre ont déjà eu recours à ces thérapies complémentaires au moins une fois (acupuncture, homéopathie, hypnose, Qi Jong, chiropraxie, thérapies manuelles...)(5). Sur le site de recherche scientifique PubMed, la recherche des articles contenant le terme « hypnosis » dans ses mots clés nous permet d'observer l'attrait pour cette approche. Plusieurs études neuroscientifiques ont déjà été réalisées ou sont en cours afin d'augmenter les connaissances neurophysiologiques sur l'état hypnotique.



II. Études neuroscientifiques

Dans un premier temps, l'EEG (électroencéphalogramme) permet de distinguer l'état hypnotique de l'état de sommeil ou d'endormissement (6).

Puis, grâce au développement de nouvelles techniques d'imagerie telles que l'IRM fonctionnelle et la TEP (tomodensitométrie par émission de positons), une modification de l'activité cérébrale durant l'hypnose a été mise en évidence.

Une étude a ainsi comparé des sujets pendant une remémoration autobiographique en état de conscience habituelle et en état hypnotique. Un enregistrement de l'activité cérébrale, par TEP,

était réalisé. Cette étude a mis en évidence une augmentation du débit sanguin cérébral, et donc une activation, sous hypnose, des régions occipitales (correspondant à la vue), pariétales (ressenti) et précentrales (le mouvement). En revanche, sous hypnose, une diminution du débit sanguin cérébral était observée au niveau du précuneus et du cortex cingulaire postérieur (régions impliquées dans la perception de soi par rapport à l'environnement) (7). Cette diminution peut être le signe d'une perte d'attention aux stimuli extérieurs. La désactivation de ces deux régions (impliquée dans le processus conscient) n'est cependant pas spécifique à l'état hypnotique, et s'observe en cas d'atteinte de la conscience comme l'état végétatif (7,8). Nous pouvons donc supposer que l'hypnose est un état modifié de conscience.

De plus, d'un point de vue subjectif, les volontaires ont déclaré avoir « revécu » ces moments sous hypnose, et « se souvenir » de ces moments en état de conscience habituelle (7,8).

La TEP a également permis de mettre en évidence que l'intensité mais également la perception d'un stimulus douloureux sont diminuées pendant l'état hypnotique et seraient médiées par le cortex cingulaire antérieure (région associée à la composante émotionnelle de la douleur) (9,10).

D'autres études, en cours et à venir, visent à étudier avec plus de précisions le fonctionnement cérébral sous hypnose (2).

III. Indications

Les indications de l'hypnose sont variées :

- L'hypno-sédation, technique développée par Pr Faymonville (Belgique) dans les années 1990 (2,8);
- L'hypno-analgésie, utilisée dans le traitement de la douleur ;
- L'hypno-thérapie.

La CFHTB (Confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves) propose de multiples indications concernant l'hypnose, telles que :

- Douleur aiguë et chronique
- Anxiété et dépression
- Troubles du sommeil
- Troubles du comportement alimentaire

- Phobies
- Addictions (Alcool, tabac ...)
- Troubles scolaires
- Préparation mentale des sportifs
- Troubles fonctionnels digestifs
- Soins palliatifs
- Énurésie
- Acouphènes

La HAS (Haute Autorité de santé) a publié en 2000 dans ses Recommandations de bonne pratique que l'hypnose était efficace et utile dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant en ambulatoire (11). Depuis 2017, la HAS a intégré l'hypnose comme thérapie complémentaire potentiellement efficace dans la prise en charge de l'accouchement normal ; « Il est donc souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale » (12). Cependant, son efficacité était insuffisamment démontrée concernant d'autres indications, comme la polyarthrite rhumatoïde et le syndrome fibromyalgique (2).

En 2015, l'INSERM publie un rapport à la suite d'une revue de littérature (2), qui conclut que :

- L'utilisation de l'hypnose pendant des interventions chirurgicales ou acte de médecine ou radiologie interventionnelle permet de diminuer la consommation peropératoire de sédatifs et antalgiques.
- L'hypno-thérapie serait bénéfique dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable.

IV. Place de l'hypnose au niveau international et en France

On observe un regain d'intérêt pour les thérapies complémentaires (dont l'hypnose) au sein des organisations sanitaires depuis plusieurs années ; notamment à travers la stratégie OMS 2014-2023 concernant les médecines traditionnelles ou complémentaires, qui vise à évaluer ces thérapies afin de renforcer les connaissances, dans le but d'assurer une qualité mais également une sécurité d'usage de ces approches.

Elle met par exemple en évidence une augmentation du nombre d'états ayant des instituts de recherche nationaux en médecines traditionnelles/médecines complémentaires entre 1999 et 2012, tels que les États-Unis avec le NCCIH (National center for complementary and integrative health) (13).

Une première stratégie de l'OMS concernant les médecines traditionnelles avait déjà été élaborée en 2002 (5), puis une deuxième stratégie a suivi en 2014 (14).

Il existe une diversité dans l'intégration des médecines traditionnelles et complémentaires au niveau mondial. L'OMS distingue trois systèmes politiques concernant les thérapies complémentaires (5,15) :

- Intégratif : dans lequel ces thérapies sont officiellement reconnues et intégrées dans le système d'offre de soins (par exemple la Chine)
- Inclusif : dans lequel les médecines complémentaires sont reconnues sans être pleinement intégrées (par exemple, le Canada et le Royaume-Uni, où la British Medical Association considère l'hypnose comme thérapeutique médicale depuis 1955)
- Tolérant : où le système est centré sur la médecine officielle tout en acceptant certaines pratiques non conventionnelles (par exemple le France).

En France, le Ministère des Solidarités et de la Santé classe l'hypnose dans les pratiques de soins non conventionnelles, en rappelant le point commun de ces thérapies, à savoir : « qu'elles ne sont ni reconnues, au plan scientifique, par la médecine conventionnelle, ni enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé » (16). De manière concomitante, il a demandé une expertise scientifique sur l'hypnose, entre autres thérapies complémentaires.

En opposition à la définition précédente, les autorités sanitaires françaises, telles que la HAS, intègrent l'hypnose dans certaines recommandations de bonne pratique (11,12).

Un rapport de l'Académie nationale de médecine sur les thérapies complémentaires (acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi) de 2013 recommande (17) : « d'en éviter l'usage en l'absence d'un diagnostic médical, de ne les accepter qu'avec une extrême prudence comme traitement de première intention, de ne pas y recourir lorsque la présentation clinique est inhabituelle ou persistante et en l'absence d'un avis médical ». Cependant, le rapport distingue l'hypnose des autres approches complémentaires car elle « s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques qui en garantissent l'authenticité et légitiment d'une certaine façon son utilisation thérapeutique ». Il relève que les indications qui semblent intéressantes sont la douleur et

les effets secondaires des chimiothérapies, tout en admettant qu'il est « possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications ».

On observe ainsi une dynamique entre vigilance et intégration au niveau national et international.

En France, la pratique de l'hypnose se heurte à l'absence de cadre légal.

De multiples formations sont disponibles (Diplôme d'Études Supérieures Universitaires, Diplôme InterUniversitaire, Diplôme Universitaire, formations associatives et privées), ouvertes aux praticiens médicaux et paramédicaux, mais aussi certaines ouvertes à un public plus large. Plusieurs associations, notamment la CFHTB (Confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves), visent à l'obtention d'une harmonisation des programmes de formation. Ces formations ne sont toutefois pas reconnues par l'Ordre des Médecins.

Il existe une discordance entre l'Ordre des Médecins qui ne reconnaît aucune des formations suscitées et l'Assurance maladie qui comptabilise un acte dans la classification des codes médicaux : code ANRP001, « séance d'hypnose à visée antalgique ». Toutefois, il s'agit d'un acte à zéro euro.

V. Intérêt de l'étude

Ces différentes recherches s'inscrivent dans une époque où le rapport des patients aux médicaments s'altère (18). Le médecin généraliste, par sa place privilégiée dans le système de soins primaires, se retrouve en première ligne de cette fragile confiance vis-à-vis des médecines conventionnelles. En 2012, un travail de thèse indiquait que 80,6% des médecins interrogés adressaient les patients vers les médecines alternatives et complémentaires (19).

Plusieurs sondages ont été réalisés concernant les médecines complémentaires :

- En 2015, un sondage de l'Ordre national des médecins indique que 40% des français y auraient recours (avec une proportion augmentant chez les patients atteints de maladies graves ou chroniques) (20)
- En janvier 2019, l'institut de sondage Odoxa indique que 68% des français sont convaincus des bienfaits des médecines alternatives et complémentaires et 37% consultent internet pour rechercher une solution parmi les médecines alternatives et complémentaires à leur problème de santé (21).

L'hypnose est une thérapie complémentaire dont la pratique est de plus en plus fréquente (le DU de formation clinique de Paris 11 formant 20 personnes par an depuis 8 ans, a reçu environ 250 demandes pour l'année 2014/2015) (2) et dont l'efficacité est de plus en plus affirmée.

Cependant, il est difficile d'obtenir des chiffres concernant l'utilisation de l'hypnose en France. En effet, devant la disparité des formations et l'absence de réglementation, nous ne pouvons connaître le nombre d'hypno-thérapeutes en France. De même, l'acte codé au niveau de l'Assurance maladie étant coté à zéro euro et ne concernant que la prise en charge antalgique, nous pouvons supposer que peu de professionnels l'utilisent et ainsi faire l'hypothèse que le nombre d'actes enregistrés par le SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) est sous-évalué (13).

Par ailleurs, si nous cherchons à connaître le ressenti des usagers vis-à-vis de cette pratique, nous obtenons des études qualitatives sur le ressenti des patients ou des praticiens exerçant l'hypnose. Une étude réalisée en 2011 par exemple suggère que les médecins généralistes formés à l'hypnose sont satisfaits de sa mise en pratique (22). Les études centrées sur le ressenti des patients mettent en évidence l'intérêt grandissant des patients pour cette pratique mais également le souhait d'information et d'avis de la part de leur médecin traitant (23,24).

Forts de toutes ces données, nous avons choisi d'explorer le ressenti et la représentation qu'avaient de l'hypnose les médecins généralistes non formés à cette pratique. Les médecins traitants sont en première ligne pour adresser les patients. Nous voulions savoir ce qu'ils pensent de cette approche, encore considérée comme « alternative et complémentaire » en France, malgré des preuves scientifiques dans certaines indications.

Matériel et Méthode

I. Choix de la méthode

A - Étude qualitative

La recherche qualitative a été introduite dans les années 1920 par les chercheurs en sciences humaines et sociales. Ce n'est que dans les années 1990 que des études qualitatives sont apparues dans le domaine de la santé (25).

Les études qualitatives se différencient des études quantitatives par les facteurs qu'elles observent, plus difficiles à quantifier objectivement. La recherche qualitative a pour objet spécifique d'étudier les représentations et comportements des personnes (dans le cadre de la recherche en santé, les sujets interrogés sont les patients ou les soignants).

Par sa démarche interprétative (26), la recherche qualitative permet de répondre aux questions « pourquoi » et « comment », et d'explorer les sentiments et expériences personnelles des personnes interrogées (25).

L'objectif principal de cette étude était d'apprécier le ressenti et la représentation des médecins généralistes sur la pratique de l'hypnose. Dans ce contexte, une étude qualitative nous paraissait la plus adaptée pour répondre à la question de recherche.

B - Entretien semi-dirigé

Au début de l'étude, la question de la réalisation de focus group s'est posée afin de faire ressortir de nouvelles données en amenant les différents intervenants à confronter leurs idées. Cependant, la compréhension du ressenti et de la représentation de l'hypnose par les médecins généralistes intégraient également leur expérience personnelle et les différentes croyances sur ce sujet. Nous avons estimé qu'un entretien collectif risquait de limiter certains intervenants dans leur participation. Parmi les différents types de recherche qualitative, la méthode par entretien individuel semi-dirigé ou semi-structuré nous a paru la plus pertinente afin de laisser les médecins s'exprimer plus librement et ouvertement sur le sujet.

L'entretien semi-dirigé utilise un guide d'entretien préétabli, composé de questions ouvertes permettant ainsi une plus grande diversité de réponses.

Le guide d'entretien restait modulable selon le déroulement des entretiens et des nouvelles données qui apparaissaient.

II. Échantillonnage

A - Sélection des participants

Dans le domaine qualitatif, l'échantillonnage ne recherche pas la représentativité mais l'exhaustivité (26). La population des médecins généralistes a donc été recrutée dans le but d'obtenir la plus grande diversité de données (25,27).

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste en activité en Haute-Normandie, installé ou remplaçant, et non formé à la pratique de l'hypnose.

Le critère d'exclusion principal était donc d'avoir reçu une formation sur le sujet.

B - Méthode de recrutement

Les médecins généralistes ont été recrutés de décembre 2017 à octobre 2018.

Nous avons d'abord effectué un premier appel téléphonique afin de savoir s'ils répondaient aux critères d'inclusion et s'ils étaient intéressés pour répondre à un entretien sur le thème de l'hypnose, après présentation de l'étude.

Afin d'obtenir une diversification des données, c'est-à-dire, le plus grand nombre de représentations (27), différentes techniques de recrutement ont été utilisées.

Initialement, les médecins généralistes ont été recrutés aléatoirement sur la base du site internet « Pages Jaunes » ; puis un échantillonnage en chaîne, aussi appelé « boule de neige » a été réalisé (26). Les premiers participants orientaient vers de futurs participants pouvant être pertinents à recruter.

Enfin, après identification de variables susceptibles d'influencer les résultats (âge, genre, mode et lieu d'exercice, pratiques associées), un échantillonnage dit raisonné (ou en variation maximale) a permis le recrutement des derniers participants (26).

La validité externe de l'étude a ainsi été améliorée en assurant une reproductibilité externe (27).

Le recrutement a été fait jusqu'à saturation des données (25–27). Une fois la saturation des données obtenue, nous avons effectué une vérification avec un entretien supplémentaire pour nous assurer que celui-ci n'apportait pas de nouvelle donnée.

III. Recueil des informations

A - Déroulement du recueil

Après un premier appel téléphonique, les médecins interrogés choisissaient l'horaire et le lieu de l'entretien. La totalité des entretiens a eu lieu dans le cabinet des médecins concernés.

Au début de l'entretien, un consentement oral était demandé aux intervenants pour l'enregistrement, en leur rappelant le caractère anonyme de l'entretien.

Les données ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone et d'une application d'enregistrement pour smartphone (Dictaphone®), pour sécuriser le stockage des données verbales.

L'enquêteur a cherché à créer une atmosphère de confiance avec une attitude d'écoute, dynamique et intéressée.

Enfin, le recueil et l'analyse des données ont été réalisés de manière conjointe afin de vérifier systématiquement après chaque entretien si la saturation des données était atteinte et de définir la nécessité de continuer ou non le recrutement.

B - Guide d'entretien

Un guide d'entretien avait été réalisé préalablement dans le but de suivre la même approche tout au long du recueil pour chaque entretien. Il était composé de questions ouvertes afin de laisser plus de liberté de réponses aux médecins généralistes interrogés. Des questions de relance ont également été prévues afin de relancer la discussion si besoin, ou d'élargir le propos à des notions non abordées de manière spontanée.

Le guide pouvait être modifié selon les entretiens, afin de le rendre plus compréhensible ou de mieux cibler certains points intéressants et utiles, soulevés lors des entretiens précédents.

Les questions ont été établies après définition des différents objectifs de l'étude, à savoir :

- Le ressenti et la représentation des médecins généralistes vis-à-vis de la pratique de l'hypnose ;
- L'intérêt porté à cette thérapie ;
- Les attentes de cette pratique ;
- Selon leur expérience personnelle, les questions et retours de patients sur cette pratique ;
- Et enfin, l'utilisation d'autres thérapies complémentaires.

Les questions étaient posées sans ordre fixe afin de s'adapter au discours du médecin généraliste interrogé.

Une première partie comportait une présentation de l'étude, un rappel des objectifs ainsi qu'une présentation du profil des médecins recrutés.

IV. Analyse des données

A - Retranscription

La retranscription a été faite de manière manuelle, à l'aide du logiciel Microsoft Word®.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits à partir de l'enregistrement des médecins généralistes interrogés.

La retranscription s'est attachée à être la plus fidèle possible aux expressions verbales et gestuelles, rires et intonations des médecins, en utilisant la ponctuation et en incluant tout son audible à l'enregistrement.

B - Analyse des entretiens

Le travail d'analyse a été réalisé manuellement, à l'aide d'un tableau Excel®.

Le codage a été fait ouvertement (25). Autrement dit, à la lecture des entretiens, le codage a été effectué fragment par fragment ; puis chaque verbatim (fragment) a été intégré comme une idée nouvelle.

Les fragments analysés ont ensuite été intégrés dans une construction de thèmes et de sous-thèmes afin de répondre aux questions de la recherche.

Dans le but de renforcer la validité interne de l'étude, les trois premiers entretiens ont été analysés par triangulation des données (25,27). Deux chercheurs ont analysé séparément les trois

entretiens et ont ensuite confronté leur travail afin de vérifier que les mêmes idées étaient mises en avant. La double analyse permet de rendre les résultats le moins subjectif possible.

La suite des entretiens a ensuite été analysée par un seul chercheur.

Résultats

I. Caractéristiques de la population

A - Caractéristique démographique

Comme nous l'avons mentionné précédemment dans la partie « Matériel et Méthode », les médecins généralistes ont été recrutés afin d'obtenir un échantillon exhaustif et n'est pas, par définition, un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes.

Treize médecins généralistes ont été recrutés, de décembre 2017 à octobre 2018 ; sept hommes et six femmes ont accepté de répondre à un entretien.

L'âge des médecins interrogés allait de 29 à 67 ans.

Les différents milieux d'activité (rural, semi-rural, urbain), ainsi que les différents modes d'exercice (isolé, en cabinet de groupe, en maison pluridisciplinaire, remplaçant) étaient représentés.

Les médecins ont été identifiés par des lettres, de A à M.

Annexe 1

B - Connaissances sur l'hypnose

Afin de mieux apprécier la représentation des médecins généralistes sur la pratique de l'hypnose, nous nous sommes d'abord intéressés à l'origine des connaissances que les médecins possédaient sur l'hypnose, ainsi qu'à leur recours ou non à d'autres thérapies complémentaires. Cela nous permettait de cerner plus finement ce qui avait amené les médecins généralistes à avoir cette image de l'hypnose.

Concernant les connaissances sur la pratique de l'hypnose, plusieurs médecins ont souligné le peu de connaissances qu'ils avaient sur cette pratique.

« Pour moi, ce n'est pas quelque chose que je connais très bien donc je reste vague » Médecin M.

« Après je ne sais pas dans les recommandations...il n'y a rien...qui nous dit comment la pratiquer » Médecin D.

« En termes de thérapeutique, je ne connais pas trop » Médecin C.

« (...) pas vraiment de connaissance » Médecin B.

« On connaît assez peu l'hypnose » Médecin A.

Les médecins qui avaient quelques connaissances, les avaient obtenues par différents biais.

1. Apports théoriques

a. Via des séminaires ou des congrès

L'une des origines citées par les médecins étaient les interventions lors de différents congrès de médecine générale.

« Je crois qu'il y avait eu un truc au Havre, aux journées médicales, je pense que c'est là que j'en ai le plus entendu parler, donc environ quinze minutes ! » Médecin I.

« Dans les congrès de médecine générale, c'est à la mode » Médecin E.

« (...) lors d'un séminaire » Médecin A.

b. Via des revues médicales

Les revues et articles médicaux étaient également évoqués comme source de connaissances.

« On en lit régulièrement, notamment sur la chirurgie, sur l'anesthésie, euh ça, ça fait partie des choses qui circulent dans les, dans les...dans nos torchons qu'on reçoit là ! » Médecin L.

« J'avais lu un article d'un mec qui avait été opéré de l'appendicite sous hypnose » Médecin H.

« En lisant, je ne sais plus dans quelle revue j'avais vu ça » Médecin G.

c. Via un collègue

Plusieurs médecins ont également découvert cette pratique par l'intermédiaire de leur associé ou collègue.

« Alors l'hypnose, je le vois plutôt, dans la manière dont travaillent les hypno-thérapeutes près de chez nous » Médecin L.

« C'était à l'époque où l'ORL et l'anesthésiste s'étaient mis à faire des cours d'hypnose à Paris » Médecin F.

« (...) que j'ai découvert récemment par mon associée » Médecin D.

« On a un IDE anesthésiste, ...qui a fait un diplôme » Médecin C.

2. Apports pratiques

a. Durant un stage

Le médecin D et le médecin E avaient eu l'opportunité de découvrir cette pratique durant un stage, soit de pédiatrie avec une pédiatre pratiquant l'hypnose, soit dans un centre antidouleur.

« (...) une petite expérience avec la pédiatre avec qui j'ai travaillé » Médecin E.

« J'y ai assisté une fois en tant qu'externe (...) c'était dans un centre antidouleur » Médecin D.

b. Expérience personnelle

Le médecin E avait eu des retours d'un proche ayant fait une séance d'hypnose.

« Une première fois d'un point de vue personnel parce qu'une personne que je connais...avait essayé en dernier recours » Médecin E.

3. Apports des médias et des spectacles

Une majorité des médecins interrogés avait eu des informations sur la pratique de l'hypnose via les médias ou différents spectacles.

« (...) il y a une information grand public comme tout le monde on va dire, à la télé et tout ça » Médecin L.

« (...) bah les médias » Médecin J.

« Bah toujours par ces histoires de music-hall » Médecin H.

« (...) les médias en fait (...) le grand spectacle quoi (...) Mentalist » Médecin C.

« *Dans des casinos, ou on enlevait la cravate ou la montre* » Médecin B.

4. Apports des patients

Enfin, le médecin E avait eu des informations via les retours de patients ayant pratiqué l'hypnose.

« *La plupart des infos que j'ai eues c'est à partir des patients* » Médecin E.

C - Recours aux approches thérapeutiques complémentaires

Parmi les treize médecins interrogés pour cette étude, seulement cinq pratiquaient exclusivement la médecine générale. Les autres avaient des activités additionnelles (homéopathie, mésothérapie, médecine du sport, acupuncture, urgentiste, médecin de caserne, ostéopathie, cryothérapie). Comme nous savions que leurs points de vue seraient nécessairement teintés de leurs pratiques et leurs expériences passées, nous avons voulu explorer leur rapport aux approches complémentaires pour étayer les représentations qu'ils avaient de l'hypnose.

Le médecin G notamment pratiquait plusieurs thérapies complémentaires (acupuncture, homéopathie, ostéopathie et mésothérapie), tout comme le médecin J (homéopathie, cryothérapie, phytothérapie et mésothérapie) ou le médecin M (homéopathie).

Les autres médecins interrogés, même s'ils ne pratiquaient pas de thérapie complémentaire, pouvaient adresser leurs patients à d'autres praticiens pour leur permettre d'accéder à ce type d'approche.

1. Acupuncture

Pour plusieurs indications, telles que l'analgésie, le sevrage tabagique ou l'anxiété, certains médecins avaient adressé leurs patients à des consultations d'acupuncture.

« (...) *mais ça m'arrivait sur certaines douleurs chroniques* » Médecin L.

« *C'est beaucoup tout ce qui est anxiété, douleurs, stress...* » Médecin K.

« (...) *genre acupuncture...oui ça m'arrive (...) bah l'arrêt du tabac notamment* » Médecin I.

« *Euh les lombalgies, notamment lorsqu'on ne peut pas prescrire de médicament (...) lors des grossesses, j'utilise pas mal ce genre de thérapie* » Médecin E.

2. Ostéopathie

Les médecins adressaient les patients assez facilement vers un ostéopathe, principalement dans des contextes de douleurs, chroniques ou aiguës.

« (...) l'ostéo...tout ce qui est trouble statique, tout ce qui est douleur statique » Médecin M.

« (...) pour les lombalgies, les névralgies...euh...plutôt ces choses-là pour l'ostéopathie » Médecin L.

« (...) l'ostéopathie par contre ça va être beaucoup plus large, beaucoup plus de champs d'indication » Médecin K.

« (...) les névralgies rebelles, les manipulations » Médecin B.

3. Sophrologie

La sophrologie était évoquée par les médecins et utilisée dans le cadre de douleurs et de gestion de l'anxiété.

« Sophro, oui. Euh...sur la gestion des angoisses, sur la gestion de certaines angoisses » Médecin L.

« (...) pathologies neurologiques où il a des douleurs plutôt résiduelles » Médecin K.

« (...) essentiellement pour relaxation, sophrologie (...) c'est beaucoup tout ce qui est anxiété, douleurs, stress... » Médecin K.

« (...) la sophrologue s'est installée il n'y a pas très longtemps. J'ai eu l'occasion de lui envoyer deux patients là, récemment » Médecin J.

« (...) qui vit mieux depuis, alors qu'elle a un handicap lourd, depuis qu'elle voit un sophrologue » Médecin B.

4. Homéopathie

Concernant l'homéopathie, les avis des médecins étaient plus contrastés. Les médecins G, J et M, formés à l'homéopathie, utilisent cette pratique pour plusieurs indications.

« (...) tout ce qui est affections ORL, tout ce qui est affections de peau...après il y a ...tout ce qui est anxiété » Médecin M.

« (...) pour les enfants, les jeunes enfants tout le temps malades... bah voilà, ils vont beaucoup mieux tout de suite quand ils prennent un traitement homéopathique de fond » Médecin J.

Le médecin E adresse des patients vers des homéopathes pour plusieurs indications.

« (...) pour les troubles mineurs, qui ne sont pas vitaux et qui, parfois, peuvent apporter un plus » Médecin E.

Les médecins F et K étaient plus réservés sur cette pratique et indiquaient ne pas en être convaincus.

« (...) homéopathie, pas vraiment. (...) c'est que je ne dois pas être très convaincue ; alors que l'acupuncture, l'hypnose, les vertus de la relaxation, de la sophrologie ; ça me paraît plus palpable pour moi » Médecin K.

« (...) autant que j'en ai une très mauvaise de l'homéopathie (...) homéopathie non ! Ça non ! » Médecin F.

5. Naturopathie

Le médecin E utilise la naturopathie pour des troubles qualifiés de mineurs.

« (...) pour les troubles mineurs, qui ne sont pas vitaux et qui, parfois, peuvent apporter un plus » Médecin E.

6. Psychothérapie

La psychothérapie était également citée par le médecin E pour les troubles anxio-dépressifs.

« (...) thérapie cognitivo-comportementale pour tous les troubles anxio-dépressifs, pour les TOC » Médecin E.

7. Mésothérapie

La mésothérapie est utilisée par le médecin G, formée à cette pratique.

« (...) arthrose, contractures musculaires, parfois ça peut être des déchirures musculaires, de tendons » Médecin G.

II. Ressenti et perception de l'hypnose par les médecins généralistes

L'objectif principal de cette étude était d'apprécier le ressenti des médecins généralistes sur cette pratique et la perception qu'ils en avaient. Les ressentis pouvaient être positifs ou négatifs. Nous avons également cherché à étudier les origines de leurs ressentis.

A - Ressentis positifs

1. Par les retours des patients

Les différents retours positifs de patients, chez plusieurs médecins recrutés, ont appuyé le ressenti favorable à la pratique de l'hypnose des médecins.

« Je crois à tout ce que me disent les patients ; à chaque fois qu'un patient me dit : je vais mieux »
Médecin D.

« (...) il y a des gens chez qui ça marche donc bon » Médecin C.

« (...) c'est le patient qui a la vérité » Médecin H.

« (...) certainement... dans la mesure où le patient me dit "je suis soulagé". C'est le patient qui me valide en fait » Médecin H.

2. Par leur expérience personnelle

Le médecin G, avait vécu une expérience renforçant son désir d'utiliser d'autres thérapies que la médecine traditionnelle.

« (...) j'ai pu être soigné par des guérisseurs aussi et voilà ! (...) donc quand on a vécu ça, on se dit qu'il n'y a pas que la médecine traditionnelle qui peut aider » Médecin G.

3. Absence de nocivité

Le caractère principal ressorti des entretiens était l'absence de nocivité de l'hypnose ressentie par les praticiens concernant cette pratique. Un échec de la thérapie par l'hypnose ne nuisait pas au patient.

« (...) j'ai rien contre ; du moment qu'on ne maltraite pas mon patient, qu'on ne le martyrise pas, qu'on ne le brutalise pas » Médecin H.

« (...) bon là, vous foirez, vous foirez quoi, il n'y a pas de conséquences, enfin je ne pense pas »
Médecin H.

« (...) tout ce qui n'est pas nocif peut être utile » Médecin C.

4. Preuves scientifiques

Le médecin I. a évoqué les preuves scientifiques d'efficacité de l'hypnose dans le cadre de certaines pathologies.

« (...) je pense que ça a fait ses preuves même, sur certaines pathologies. Je ne sais pas si c'est une histoire de croire ou de ne pas y croire » Médecin I.

« Moi, je pense que ça a une utilité, que ça fonctionne » Médecin I.

B - Ressentis négatifs

1. Hypnose de spectacle

Depuis plusieurs années, l'hypnose médicale est de plus en plus connue, cependant elle reste associée à l'hypnose de spectacle.

« (...) music-hall » Médecin H.

« Bah euh, les spectacles qu'ils y avaient donc dans les trucs de music-hall, donc soit à Las Vegas, soit à Paris » Médecin H.

2. Doute sur une réelle efficacité

Plusieurs médecins ont comme interrogation résiduelle le fait de se demander ce qui pouvait être réellement attribué à l'effet de l'hypnose.

« (...) après moi, je n'ai rien contre, si les gens y croient, pourquoi pas ! » Médecin H.

« Oui oui pourquoi pas ouais (...) Si les gens peuvent en tirer un bénéfice » Médecin C.

« (...) peut-être que c'était le bon moment, et que l'hypnose n'a rien fait » Médecin B.

« (...) ça ne fait pas parti de mon métier qui est la médecine basée sur la preuve » Médecin D.

3. Absence de formations et de recommandations reconnues par l'Ordre des médecins

Enfin, l'un des critères négatifs concernant l'hypnose, souligné par les médecins interrogés, est l'absence de reconnaissance par l'Ordre des Médecins des formations d'hypnose, ainsi que des indications de l'hypnose.

« (...) après je ne sais pas dans les recommandations...il n'y a rien...qui nous dit comment la pratiquer » Médecin D.

« Ce qui me dérange un peu c'est de savoir comment on fait la différence entre les magnétiseurs, les hypno-thérapeutes et les guérisseurs au niveau des formations (...) qui est vraiment hypno-thérapeute ? Est ce qu'il y a un diplôme ? (...) Est ce que tout le monde peut faire ? » Médecin J.

« (...) le conseil de l'ordre ne nous a pas donné de coordonnées » Médecin C.

III. Représentations de la pratique de l'hypnose

A - Mécanismes de l'hypnose

1. État de sommeil

L'état d'hypnose est associé par plusieurs médecins de l'échantillon à un état modifié du sommeil.

« (...) comme un sommeil, mais un sommeil qui n'est pas profond (...) le rêve éveillé » Médecin E.

2. Relaxation

L'état hypnotique était également décrit pendant les entretiens comme un état proche de la relaxation.

« (...) dans une espèce de relaxation-sommeil, où la personne est quand même toujours maître d'elle » Médecin M.

« Non, je pense que c'est des techniques, on va dire, qui s'apparentent plus, on va dire, à de la relaxation... » Médecin K.

« (...) un peu comme un massage » Médecin J.

« (...) on vous suggère d'être dans un certain état de relaxation » Médecin C.

« (...) donc on doit expliquer aux gens : de se détendre, de respirer, de se détendre intérieurement et de, d'écouter ; je pense que c'est par des paroles, des mots, des regards et par la respiration qu'on arrive à jouer sur l'hypnose » Médecin G.

3. Dissociation avec le monde extérieur

Le médecin F évoquait l'impression d'une dissociation avec le monde extérieur durant une séance d'hypnose.

« (...) perte de contact avec le monde extérieur (...) On est quand même dans le monde mais on est un peu en dehors » Médecin F.

« (...) les mettre un petit peu en dehors de leur corps, et réfléchir un petit peu, être déconnecté de leur problème et donc d'essayer de l'analyser comme ça » Médecin F.

4. Suggestibilité du patient

La suggestibilité du patient à l'hypnose ainsi que la réceptivité propre à chaque patient ont été soulevées durant les entretiens avec les médecins généralistes.

« (...) il y en avait, il y en a qui s'en sortent, qui trouvaient ça très bien ; et d'autres qui trouvaient moins d'effets » Médecin M.

« (...) plus le patient est, comment je pourrais dire ; réceptif, émotif, suggestible, mieux ça marchera quoi » Médecin K.

« (...) il y a des personnalités assez rigides, obsessionnelles à qui je ne proposerai jamais quoi » Médecin K.

« (...) je pense qu'il y a une histoire de réceptivité » Médecin I.

« (...) je suis même sûr que moi je serai assez réceptif à ça » Médecin F.

« (...) ça dépend des sujets. Je ne sais pas si je peux être hypnotisé par exemple » Médecin C.

5. État de subconscience

L'hypnose était ressentie par certains médecins comme un traitement utilisant le subconscient de chaque individu.

« (...) déstabiliser l'individu ...pour accéder au conscient-subconscient » Médecin D.

« (...) traitement du subconscient, enfin, en passant par le subconscient » Médecin J.

B - Place du patient

La participation du patient était tantôt perçue comme active dans le processus d'hypnose, tantôt passive.

1. Participation Active

De nombreux médecins interrogés ont fait ressortir l'importance de la place et du rôle du patient durant la séance.

« (...) où la personne est quand même toujours maîtresse d'elle, contrairement à ce que l'on pourrait croire » Médecin M.

« (...) et puis, hum, après la participation du patient (...) et puis, de rendre le patient un peu acteur de son amélioration, de sa guérison » Médecin K.

a. Mobilisation des ressources internes du patient

Des médecins ont évoqué le mécanisme de l'hypnose comme une mobilisation des ressources internes au patient afin de trouver une solution à la problématique concernée.

« (...) je dirais que c'est plutôt une manière de faire entrer la personne, qui a une problématique, en concentration profonde sur elle-même, au point qu'elle est capable de résoudre son problème » Médecin L.

« Je pense qu'au fond de tous les organismes, il y a tous les médicaments du monde ; le tout c'est d'arriver, d'aller, d'avoir la clé...et je pense que l'hypnose peut être une médecine comme ça » Médecin G.

b. Motivation du patient

La motivation du patient a aussi été évoquée comme critère de réussite de l'hypno-thérapie.

« (...) à partir du moment où ça peut améliorer le patient et si le patient est demandeur » Médecin J.

« (...) certains n'ont pas réussi, mais ils n'y étaient pas vraiment (...) il faut le vouloir (...) il faut se dire : je veux parce que je veux réussir à avoir quelque chose qui m'aide » Médecin G.

« (...) donc ils n'étaient déjà pas très réceptifs, ils y sont allés pour me faire plaisir et voir, mais pas convaincus » Médecin F.

« (...) il faut être assez réceptif à l'idée...assez ouvert d'esprit...que ceux qui sont effrayés ou qui soufflent dès que je leur propose ça, je leur dis que ce n'est même pas la peine d'essayer » Médecin E.

2. Participation passive

D'autres médecins avaient une représentation plus passive du rôle du patient durant la séance d'hypnose.

« (...) on se laisse emporter » Médecin J.

« (...) il partait (...) elle nous embarquait dans son histoire » Médecin A.

3. Soumission du patient

Plusieurs médecins ont exprimé une impression de soumission du sujet, hypnotisé par l'hypnothérapeute. Le médecin H a d'ailleurs évoqué la capacité à être hypnotisé comme une faiblesse de la part des sujets, « des faiblards ».

« L'infirmière aurait pu lui soutirer des informations, comme des codes... ça peut être dangereux (...) le médecin était totalement soumis à la volonté de l'infirmière » Médecin A.

« (...) d'avoir le pouvoir d'hypnose » Médecin H.

« Je suis sidéré que des individus puissent prendre euh, puissent prendre un peu le pouvoir sur d'autres individus (...) et qui arrivaient à les mettre comme des moutons en fait » Médecin H.

« (...) dans le lot de patients, il y en a toujours des faiblards, donc ils peuvent arriver à les hypnotiser, pour les convaincre » Médecin H.

C - Place du praticien

1. Guide

Le médecin E évoque l'hypnothérapeute comme un guide pour le patient durant la séance.

« (...) qu'il guide le patient lors de l'hypnose » Médecin E.

2. Compétences particulières

Plusieurs médecins s'interrogeaient également durant les entretiens sur les compétences des praticiens et sur la nécessité d'avoir des compétences particulières pour pratiquer l'hypnose.

« (...) beaucoup de concentration...beaucoup d'imagination » Médecin A.

« Probablement que tous les médecins n'auraient pas la capacité, même s'ils avaient la formation, d'avoir le pouvoir d'hypnose ...donc il y a des qualités intrinsèques de l'individu » Médecin H.

« (...) je pense que le médecin doit avoir une certaine personnalité » Médecin H.

« (...) je ne sais pas s'il faut des dons particuliers pour être hypno-thérapeute » Médecin J.

D - Relation de confiance patient – hypno-thérapeute

La confiance entre le patient et l'hypno-thérapeute, nécessaire au déroulement de la séance, a été soulignée à plusieurs reprises par les médecins généralistes.

« Dans le parcours de santé en général mais je pense dans certaines pratiques en particulier comme l'hypnose, il faut tomber sur un bon praticien » Médecin M.

« Il y a des professionnels pour qui...il est encore plus important de trouver quelqu'un qui convienne bien, et l'hypno-thérapeute en fait partie » Médecin M.

« (...) une interaction avec l'hypno-thérapeute et le patient » Médecin K.

E - Déroulement d'une séance

1. Communication

Pendant les entretiens, plusieurs médecins ont appuyé l'importance de la communication dans la pratique de l'hypnose.

« Et puis après, je pense que le thérapeute a été formé pour euh...pour comment dire...appuyer sur des choses bien précises, qui font ressurgir des souvenirs, des choses » Médecin M.

« En fait euh, ils vont surtout parler assez longtemps » Médecin L.

« (...) et puis parler, et en parlant, emmener les patients » Médecin J.

« Donc on doit expliquer aux gens : de se détendre, de respirer, de se détendre intérieurement et de, d'écouter ; je pense que c'est par des paroles, des mots, des regards et par la respiration qu'on arrive à jouer sur l'hypnose » Médecin G.

« (...) tout passe par la parole » Médecin C.

« (...) phrases qui vont déstabiliser l'individu ou des scéneries, imaginaires » Médecin D.

2. Atmosphère de la consultation

Le climat qui règne au cours d'une consultation était également souligné.

« Je pense qu'il y a une mise en condition de la part de l'hypno-thérapeute qui...qui met dans un...dans une espèce de relaxation-sommeil » Médecin M.

« Dans un endroit zen, sur un fauteuil, oui un fauteuil relaxant ; je pense peut-être une petite musique de fond » Médecin J.

« Je pense qu'il y a un décorum, il y a un environnement, une décoration, un certain huis clos...une certaine solennité » Médecin H.

« (...) une atmosphère très calme, très zen » Médecin F.

« (...) une mise en condition pour être détendu » Médecin F.

3. Adaptation au patient

La personnalisation et l'adaptation au patient des techniques étaient notées par les médecins interrogés.

« (...) il y a souvent un entretien (...) elle a besoin de connaître l'histoire » Médecin L.

« D'abord l'entretien pour voir un petit peu l'objet de la demande » Médecin I.

4. Processus en plusieurs étapes

a. Première entrevue avec le patient

« (...) dans un premier temps (...) connaître l'histoire » Médecin L.

« (...) comme une consultation de médecine générale au départ, pour préciser le motif, faire un peu le diagnostic » Médecin K.

« En plusieurs temps, une phase pour expliquer...une phase d'écoute » Médecin D.

« (...) une étape pour faire connaissance ; expliquer la méthode » Médecin C.

b. Séance d'hypnose à proprement parler

« Je pense que ça se fait peut-être en deux fois, j'imagine » Médecin I.

« (...) une première approche...il y a une deuxième séance » Médecin E.

IV. Intérêt des médecins généralistes pour la pratique et information sur le sujet

Un autre objectif de cette étude était de connaître et d'apprécier l'intérêt des médecins généralistes à la pratique de l'hypnose.

A - Utilisation et pratique de l'hypnose

1. Avis favorable

L'ensemble des médecins interrogés était favorable à l'utilisation et la pratique de l'hypnose.

a. Désir de solution alternative aux médicaments

Parmi les médecins interrogés, nombreux étaient ceux à être favorables à l'hypnose comme une alternative aux thérapeutiques actuelles, dans des situations où les traitements médicamenteux semblaient avoir plus d'effets délétères que bénéfiques.

« Quand on a d'autres techniques que des médicaments bien costauds, oui je préfère par exemple l'ostéopathie à du Voltarène et l'hypnose à du Lysanxia » Médecin M.

« (...) parce que ça permettrait quand même dans un certain nombre de cas de ne pas recourir à des médicaments » Médecin K.

« Je pense que dans l'angoisse, je pense qu'aujourd'hui nos médicaments à côté, je ne vois pas plus d'efficacité. On met des anxiolytiques, ça calme le problème mais on a énormément de problèmes à les sevrer, on reste parfois sur des traitements longs » Médecin L.

« (...) et puis voilà, sur la logique de prescription, je reste plutôt dubitative...donc euh...trouver une solution alternative me plait bien » Médecin L.

« Quand j'entends dire qu'on dit du mal ...de toutes ces médecines parallèles ; je trouve ça stupide parce que ça bouffe moins la santé que de prendre des médicaments » Médecin G.

b. Faciliter les gestes techniques auprès du patient

Le médecin C a évoqué à plusieurs reprises l'importance de mettre le patient en condition de « bien-être » avant un geste.

« (...) mettre la personne en condition de bien être (...) une préparation psychologique quoi (...) accompagne le patient avant un geste » Médecin C.

c. Désir d'une prise en charge globale du patient

Quelques médecins interrogés ont évoqué la nécessité d'une prise en charge globale en médecine générale et ont parlé de l'hypnose comme l'une des possibles prises en charge du psychisme du patient en complément du somatique.

« (...) tout n'est pas forcément somatique, et que l'on ne prend pas forcément en compte le psychisme (...) intéressant que la prise en charge soit globale en médecine générale » Médecin E.

« (...) le psychisme du corps joue sur tellement d'événements » Médecin G.

« Quand le mental a besoin, il a envie de quelque chose, bah c'est comme de l'hypnose, on fait travailler le psychisme, on fait travailler l'intérieur de son corps » Médecin G.

« (...) technique médicale qui permet de rééquilibrer le psychisme, la pensée (...) à rééquilibrer leur intérieur en fait (...) on rééquilibre beaucoup de pressions dans l'organisme, et, qui soit physique, chimique ou magnétique » Médecin G.

d. Désir de solution nouvelle/ Outil complémentaire

L'hypnose était appréciée, par plusieurs médecins interrogés, comme un outil complémentaire, une aide supplémentaire à la médecine générale, dans des situations jugées sans solution.

« (...) donc euh, la fibromyalgie je pense que ça peut pas mal les aider parce qu'on n'a pas grand-chose » Médecin J.

« (...) la plupart on les a envoyés quand on n'avait pas trouvé d'autre solution à leur problème » Médecin E.

« (...) il y a plein de situations ou on n'a pas vraiment de réponse » Médecin C.

« (...) est ce qu'on peut espérer (...) Je serai assez preneur, parce qu'on a des patients qu'on n'arrive pas à soulager » Médecin B.

« (...) aide supplémentaire à la médecine générale » Médecin B.

« Je pense que c'est une excellente technique...pour un certain nombre...de pathologies » Médecin M.

« Ça peut être complémentaire d'une autre prise en charge » Médecin E.

2. Avis favorable sous certaines conditions

a. Nécessité d'adaptation aux demandes des patients

L'hypnose médicale étant de plus en plus mise en lumière, les médecins semblaient favorables également à cette pratique afin de s'adapter à la demande des patients.

« (...) l'intérêt est que la personne aborde les choses comme elle souhaite l'aborder » Médecin M.

« Des patients qui veulent arrêter de fumer par exemple, il y en a pas mal qui demandent (...) Selon les cas, je leur réponds que, oui, ça peut être une option » Médecin I.

« (...) si le patient est demandeur ou accepte de, d'essayer » Médecin J.

b. Nécessité de confiance du médecin généraliste envers l'hypno-thérapeute

Pour adresser leurs patients vers des hypno-thérapeutes, des médecins ont évoqué le besoin et la nécessité de faire confiance à l'hypno-thérapeute.

« Je travaille surtout avec l'hypno-thérapeute qui est depuis longtemps sur (la ville d'exercice) et avec lequel on a plutôt du recul » Médecin L.

« (...) j'ai des retours plutôt positifs de plusieurs patients et de psychologues avec qui on travaille aussi » Médecin L.

« (...) je les adresse beaucoup à une consœur qui pratique l'hypnose depuis pas mal de temps, qui pratiquait avant que ce soit la mode en gros. Et euh...je suis en confiance avec cette consœur-là » Médecin K.

c. Nécessité de maintenir une prise en charge conventionnelle

Enfin, un médecin, favorable à la pratique de l'hypnose, conditionnait son avis sur la prise des traitements indispensables à la santé des patients selon leurs pathologies.

« Bon, les standards traditionnels, incontournables, là je suis inflexible » Médecin H.

3. Avis défavorable ou freins à la pratique de l'hypnose

a. Méfiance vis-à-vis des hypno-thérapeutes

Plusieurs médecins soulignaient certaines réserves sur cette pratique, telle que la méconnaissance des professionnels l'exerçant.

« Ce qui me dérange un peu c'est de savoir comment on fait la différence entre les magnétiseurs, les hypno-thérapeutes et les guérisseurs au niveau des formations » Médecin J.

« Qui est vraiment hypno-thérapeute ? Est ce qu'il y a un diplôme ? » Médecin J.

« (...) le conseil de l'ordre ne nous a pas donné de coordonnées » Médecin C.

« Je pense que c'est...forcément très praticien dépendant, et qu'il ne faut pas tomber sur un charlot, il ne faut pas tomber sur quelqu'un qui profite de l'hypnose » Médecin M.

« (...) c'est quelqu'un d'installé, c'est pas quelqu'un de farfelu, enfin c'est pas ésotérique, enfin voilà » Médecin L.

« Bon, j'aime pas trop les charlatans bien sur » Médecin H.

b. Non connaissance du coût

L'absence de connaissance du coût et de tarification des séances était évoquée comme dissuasive pour adresser les patients.

« Après il y a aussi l'histoire du coût qui est non négligeable. Bah, une consultation d'hypnose c'est long, c'est comme une consultation d'homéopathie ou d'ostéopathie, donc c'est forcément plus cher qu'une consultation classique » Médecin M.

« (...) mais il y a forcément un dépassement, donc euh...il y a forcément une histoire de coût. Est-ce que les gens peuvent rajouter ? » Médecin M.

c. Méconnaissance de la pratique

Déjà évoquées précédemment, les connaissances limitées sur cette pratique, ses indications ou ses mécanismes détournait les médecins généralistes de cette pratique.

« (...) dans les recommandations...il n'y a rien...qui nous dit comment la pratiquer » Médecin D.

« (...) ça ne fait pas parti de mon métier » Médecin D.

« En termes de traitement, je ne connais pas trop »

d. Scepticisme sur les résultats

La difficulté à quantifier les résultats, déjà mentionnée dans la partie sur les « ressentis négatifs » ci-dessus, éloignait les médecins généralistes de l'hypnose.

« (...) si les gens peuvent en tirer un bénéfice » Médecin C.

« Je leur ai répondu que c'était intéressant, non, que ça pouvait être utile » Médecin A.

e. Non connaissance de professionnels exerçant l'hypnose

L'absence de liste de professionnels établis dans la région mais aussi l'adaptation au terrain représentaient un frein à l'utilisation de l'hypnose pour les médecins généralistes qui étaient favorables à son utilisation.

« Souvent, je suis un peu embêtée pour les envoyer, parce que je ne sais pas trop vers qui les envoyer » Médecin I.

« Alors, j'ai déjà fait des courriers ! Je ne sais pas très bien à qui ça va après ! Je sais, enfin, je pense qu'il y a des hypno-thérapeutes dans le coin, mais je ne connais pas de nom vraiment » Médecin I.

« (...) mais là, je n'ai pas de voilà ; il y a un déficit de pub, d'information, de tout ce que vous voulez ; enfin moi c'est mon ressenti » Médecin H.

« On ne sait pas trop qui fait la pratique » Médecin C.

« (...) sinon on en a pas d'hypno-thérapeute. Donc, quand on n'a pas les personnes qui peuvent nous aider à proximité donc on n'envoie pas forcément. Mais les patients peuvent d'eux-mêmes aller » Médecin J.

B - Information sur le sujet

Les médecins étaient ensuite interrogés sur leur souhait d'information sur le sujet et les bénéfices possibles à une information.

1. Absence de souhait d'information ou de formation sur le sujet

a. Défaut de temps : incompatibilité avec une activité de médecin généraliste

La surcharge de travail et le défaut de temps des médecins généralistes dans leur pratique quotidienne figuraient parmi les arguments principaux car les modalités de pratique de l'hypnose apparaissaient peu compatibles avec la pratique de la médecine générale.

« Ce n'est pas évident d'avoir une demi-heure, une heure à consacrer au cabinet » Médecin C.

« (...) très chronophage » Médecin B.

« On ne peut pas faire de l'hypnose très longtemps ; c'est très fatigant » Médecin B.

« Un patient peut être toutes les heures » Médecin A.

« (...) et la limite c'est aussi que là je sors du cadre de la médecine générale et qu'on a aussi beaucoup de boulot en tant que médecin généraliste et du coup c'est discutable » Médecin L.

« (...) en pratique de ville ce n'est pas toujours évident » Médecin C.

« (...) peu compatible avec l'activité de médecin généraliste de tous les jours » Médecin A.

b. Défaut des compétences particulières

Comme évoqué ci-dessus, plusieurs médecins généralistes mentionnaient les compétences particulières de l'hypno-thérapeute. Sous cet angle, une information ne paraissait pas nécessaire puisque non reproductible par la majorité des médecins généralistes.

« (...) beaucoup de concentration...beaucoup d'imagination » Médecin A.

« (...) probablement que tous les médecins n'auraient pas la capacité, même s'ils avaient la formation, d'avoir le pouvoir d'hypnose ...donc il y a des qualités intrinsèques de l'individu » Médecin H.

« Je pense que le médecin doit avoir une certaine personnalité » Médecin H.

« (...) c'est une sur spécialisation en fait » Médecin E.

« Je ne sais pas s'il faut des dons particuliers pour être hypno-thérapeute » Médecin J.

c. Nombreuses connaissances demandées en médecine générale

Les connaissances demandées en médecine générale détournent les médecins du souhait d'information sur cette pratique.

« Ça ne fait pas partie de mon métier » Médecin D.

« J'essaie déjà de m'en tenir à ça et de le faire correctement » Médecin D.

« Ça paraît délicat d'être formé à ça, alors qu'on a déjà pas mal de formations à faire qui me semblent plus prioritaires en fait » Médecin E.

d. Présence de personnes compétentes dans ce domaine

La présence de personnes compétentes dans le secteur du médecin était l'un des arguments justifiant l'absence de souhait d'information.

« (...) j'avais des hypno-thérapeutes qui répondent à mes problématiques dans le coin » Médecin L.

e. Adaptation au terrain

A contrario, un médecin expliquait pour sa part ne pas avoir de personne exerçant cette pratique à proximité et donc ne pas nécessiter d'information sur le sujet puisque non utilisable dans son secteur de travail.

« (...) mais...on n'a pas d'hypno-thérapeute de proximité » Médecin J.

2. Souhait d'information

a. Désir d'ouverture sur les thérapies complémentaires

Certains médecins souhaitaient en connaître davantage sur l'hypnose, les indications et les mécanismes, afin de répondre aux demandes des patients.

« *Oui parce que je suis curieux. Et puis ce ne serait pas une formation traumatisante* » Médecin H.

« (...) *de voir un peu ce qu'on peut faire avec ça* » Médecin E.

« *Je trouve que ces médecines-là devraient plutôt être mises en avant* » Médecin G.

b. Volonté de diminuer le recours aux traitements

L'hypnose apparaît comme un moyen de diminuer le recours aux traitements dans certaines situations.

« *Euh oui, moi je pense que ce serait pas mal que les médecins aient un petit peu plus de connaissances à ce sujet, parce que ça permettrait quand même dans un certain nombre de cas de ne pas recourir à des médicaments* » Médecin K.

« *Le "pour" le faire c'était justement de pouvoir répondre à certaines situations justement en me disant que là je pourrais aider les gens* » Médecin L.

c. Volonté d'un annuaire des professionnels qualifiés pour la pratique

Enfin, un médecin évoquait son désir d'avoir des renseignements sur les personnes pratiquant l'hypnose dans la région, mais également d'avoir des informations sur les personnes qualifiées pour la pratiquer.

« *Une information oui bien sur... Une information sur les personnes qui pratiquent, sur qui peut pratiquer* » Médecin J.

V. Indications de l'hypnose

L'hypnose a trois grandes indications, à savoir : l'hypno-thérapie, l'hypno-analgésie et l'hypno-sédation. En médecine générale, les deux premières indications sont les plus recherchées et elles ont effectivement été souvent mentionnées en exemple par les médecins interrogés.

A - Hypno-thérapie

1. Addictologie

Selon les retours des patients mais également selon le ressenti des médecins généralistes interrogés, l'addictologie était une des principales indications, en particulier le sevrage tabagique.

a. Sevrage tabagique

Les retours de patients étaient a priori partagés sur les résultats de l'hypno-thérapie, avec, notamment :

« (...) résultats mitigés » Médecin F.

Toutefois, certains étaient tout à fait positifs :

« Hum, sevrage tabagique...et ça avait fonctionné en général » Médecin K.

« J'ai eu des retours pour des gens qui ont arrêté de fumer, pour qui ça avait marché » Médecin I.

« Le tabac aussi ça marche pas mal, il y en a qui sortent et qui disent : j'ai arrêté de fumer » Médecin F.

« (...) a arrêté de fumer sous hypnose, et une séance a suffi » Médecin B.

« Après ...il y a d'autres pour le tabac qui me disent au bout de deux séances : « j'ai arrêté » » Médecin M.

Lorsque d'autres étaient moins enthousiastes :

« Euh le négatif...je pense que ça devait être pour l'arrêt du tabac je crois une fois » Médecin J.

b. Sevrage alcoolique

Sur le sevrage alcoolique, le médecin B suivait un patient en cours d'hypno-thérapie mais sans résultat le jour de l'entretien.

« Sur l'alcool sûrement (...) en train de se sevrer de l'alcool et qui se fait aider par l'hypnose, mais ça, je ne vois pas encore tellement de résultat » Médecin B.

2. Psychologie

a. Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

La prise en charge des TCA était citée par plusieurs médecins, là encore avec des retours plus ou moins positifs.

« Ça peut arrêter d'être boulimique » Médecin G.

« (...) un autre patient, qui pour un régime alimentaire, a perdu 15 kg après une séance » Médecin B.

« (...) l'obésité, je suis moins convaincu » Médecin D.

b. Anxiété

Une des autres indications évoquées par les médecins généralistes était l'anxiété, avec la prise en charge des phobies ou des syndromes de stress post-traumatique.

« Alors, essentiellement des retours sur l'angoisse (...) qui ont finalement réussi à passer à autre chose et qui se sont sentis soulagés » Médecin L.

« Euh les positifs (...) psy, une personne qui est très angoissée, qui a une phobie des transports » Médecin J.

« C'est très rare qu'ils n'aient pas eu les résultats escomptés » Médecin G.

« (...) ça avait été miraculeux, spectaculaire, par rapport aux antidépresseurs, à tout ce qu'elle avait pu faire dans sa vie (...) ça a vraiment changé son quotidien » Médecin D.

« Alors (...) les syndromes de stress post-traumatique chez des gens qui restent bloqués sur certaines situations (...) qui n'arrivent pas à dépasser ces situations-là. C'est vraiment les deux principales indications pour moi quand j'ai des difficultés avec des patients » Médecin L.

« (...) les gens qui ont subi, peut-être, des maltraitances dans leur enfance, quand ça commence à ressurgir plutôt » Médecin H.

« (...) en pédiatrie, les troubles un petit peu phobiques » Médecin K.

« Tout type de phobie » Médecin D.

« Ouais les transports, j'ai un patient qui ne pouvait plus monter dans une voiture tout ça quoi, donc ça avait bien aidé » Médecin K.

3. Troubles du sommeil

Nous avons déjà expliqué plus haut, tant dans la partie sur les « ressentis des médecins généralistes » que dans celle sur les « intérêts pour la pratique de l'hypnose », que plusieurs médecins envisageaient l'hypnose comme une possible alternative à certains traitements et en particulier les psychotropes. Les médecins posaient donc l'indication de cette approche pour soigner les troubles du sommeil. Cependant, dans le cadre du sevrage de ces molécules, les résultats espérés n'avaient pas été obtenus.

« (...) troubles du sommeil chez l'adulte et chez l'enfant » Médecin K.

« (...) pour leur insomnie, pour essayer de les sevrer de leur Zolpidem, Zopiclone, avec un résultat désastreux ! Aucun d'entre eux n'a marché » Médecin F.

B - Hypno-analgésie

Dans le cadre de douleurs chroniques mais aussi dans le contexte de somatisation de différentes angoisses, l'hypnose apparaissait pour certains médecins comme une solution alternative.

« (...) après ça peut être toutes les somatisations, quelqu'un qui a des lombalgies chroniques, et en fait on se rend compte que c'est dans les moments où il a eu un coup de stress » Médecin M.

« Les indications éventuelles de l'hypnose, ce serait la fibromyalgie » Médecin J.

« Euh les positifs ; c'était le syndrome de l'intestin irritable » Médecin J.

« Oui, les accouchements, pour les femmes qui ne veulent pas de péridurale » Médecin I.

« (...) je pense qu'il y a des choses très intéressantes que l'on peut faire sur la douleur » Médecin F.

« Ce qui serait peut-être intéressant c'est sûrement sur les douleurs rebelles, neuropathiques »

Médecin B.

C - Hypno-sédation

Hors de leur champ d'indication, quelques médecins mentionnaient l'hypno-sédation comme une indication de l'hypnose.

« (...) faisait des coloscopies sous hypnose...sans antidouleur, sans anesthésie. C'est donc intéressant, c'est un peu bluffant ! (...) ça peut être intéressant pour diminuer les doses » Médecin F.

« Pour les interventions chirurgicales, l'hypnose pour les anesthésies » Médecin A.

VI. Résumé des résultats

L'augmentation des informations scientifiques sur l'hypnose, tant dans les congrès que les revues médicales, permet aux médecins de définir plus précisément l'hypnose médicale.

Les résultats mettent en avant des notions importantes des définitions de l'hypnose (comme celle de l'APA ou du rapport Inserm) :

- État modifié de conscience
- Diminution de la sensibilité à l'environnement
- Capacité accrue de réponse à la suggestion.

Malgré ces informations, les médecins continuaient à affirmer avoir peu ou ne pas avoir de connaissances sur le sujet. Ce manque de connaissances, ainsi que la persistance d'une association entre hypnose de spectacle et hypnose thérapeutique, pérennisent de fausses croyances sur l'hypnose médicale ;

- Soumission du patient
- « Hypnose » est égal à « Sommeil »
- Dons particuliers de l'hypno-thérapeute.

L'intégralité des médecins interrogés, même les médecins ayant des doutes sur l'efficacité de l'hypnose, étaient favorables à sa pratique.

Les principales demandes des médecins concernant cette thérapeutique étaient :

- Une alternative à certains traitements
- Une aide supplémentaire aux situations dans l'impasse
- Favoriser le bien-être du patient
- Une prise en charge globale du patient (physique et psychique).

Les freins à son utilisation rapportés dans cette étude étaient :

- Absence de formation et recommandations reconnues par l'Ordre des Médecins

- Subjectivité de son efficacité
- Méfiance des médecins généralistes vis-à-vis des hypno-thérapeutes et non connaissance des professionnels exerçant dans leur secteur
- Méconnaissance du coût
- Méconnaissance de la pratique ;

Ces freins peuvent être engendrés par l'absence de réglementation sur cette pratique mais également par le manque d'informations sur le sujet.

Les désirs d'informations reposaient sur les mécanismes et indications mais aussi sur les professionnels qualifiés.

Concernant les indications citées comme potentiellement utiles par les médecins, la majorité étaient des indications de médecine générale :

- Sevrage tabagique et alcoolique
- Troubles du comportement alimentaire
- Anxiété
- Troubles du sommeil
- Douleur ;

Mais également l'hypno sédation.

Discussion

I. Forces et faiblesses de l'étude

A - Les faiblesses

1. Limites de déclaration et d'objectivité

Lors du recueil des données, nous pouvons poser la question de savoir si une influence sur le discours des participants a pu avoir lieu. Lors des entretiens, le chercheur a tenu à rester le plus objectif possible, sans influencer les médecins recrutés, sans apporter de jugement. Cependant les participants ont pu être influencés par la thématique-même de l'entretien, à savoir l'hypnose, et ont pu minimiser ou passer sous silence les ressentis négatifs sur cette pratique en face de l'interlocuteur.

Un questionnaire aurait pu être adressé par voie postale ou informatique pour palier à ce biais mais les réponses engendrées auraient été moins libres et ouvertes, et donc de ce fait, moins diverses.

2. Limites d'investigation

Durant l'entretien téléphonique initial, les médecins avaient l'entière décision sur le lieu d'entretien, afin que cela soit le plus confortable possible pour eux. Tous les entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin concerné.

Les personnalités, propres à chacun des participants et du chercheur, ont pu entraîner une incompréhension ou une méfiance. Ce biais a été limité par la reformulation des questions en cas de mauvaise compréhension entre les deux interlocuteurs.

De plus, au fil des entretiens, le chercheur a été possiblement plus à l'aise durant ceux-ci et ainsi obtenu plus de résultats.

Ces limites sont difficilement contrôlables.

B - Les forces

Les données ont été analysées par triangulation des données. Afin de renforcer la validité interne des résultats et limiter la subjectivité, les trois premiers entretiens ont été analysés en double-codage ; deux chercheurs ont analysé séparément puis confronté leur travail.

Rappelons que dans le domaine qualitatif, l'exhaustivité, et non la représentativité de l'échantillon, est recherchée. Les participants ont donc été recrutés en cherchant à obtenir les différents lieux et modes d'exercice, genres et âges, dans le but de produire la plus grande diversité de réponses possible. Les médecins ayant accepté les entretiens pouvaient être davantage intéressés par cette pratique que ceux n'ayant pas participé à cette étude. Un biais de recrutement était donc possible. La totalité des médecins contactés a accepté de participer à l'étude.

L'entretien semi-dirigé individuel est la méthode qui est apparue la plus appropriée, en comparaison avec un « focus group » ou des questionnaires envoyés par voie postale ou internet. Elle a permis de ne pas limiter les médecins dans leurs réponses et ainsi d'obtenir une plus grande diversité de données.

II. Résultats

L'objectif de notre étude était d'apprécier le ressenti des médecins généralistes non formés à l'hypnose sur cette pratique. Nous avons donc, dans un premier temps, étudié la représentation des médecins généralistes mais également les réticences ou non à utiliser cette thérapie complémentaire. Dans un deuxième temps, nous avons cherché à examiner les indications qu'ils jugeaient appropriées.

A - Représentation

Concernant la représentation du mécanisme de l'hypnose, plusieurs médecins évoquent l'hypnose comme une sorte de sommeil ou relaxation : « le rêve éveillé » (médecin E). Ceci concorde avec un autre travail de recherche de 2016. Ce travail de thèse s'intéressant aux médecins généralistes (sans distinction de formation) mettait en évidence que 21% des médecins interrogés étaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec l'affirmation « l'hypnose est une sorte de sommeil ».

De même, différents médecins parlent de l'hypnose comme un « traitement du subconscient » (médecin J). Cela rejoint la définition de l'hypnose Ericksonienne, citée en Introduction.

Sur la place du patient, diverses représentations s'opposent : active, passive ou soumise. En 2007, une thèse s'intéressant aux connaissances des médecins généralistes sur l'hypnose montrait que 4,2% des médecins interrogés répondaient « oui » à l'affirmation « on peut être hypnotisé contre sa volonté » (28). Il persiste l'idée que la capacité à être hypnotisé d'une personne repose sur une faiblesse de celle-ci : « dans le lot de patients, il y en a toujours des faiblards », « je suis sidéré que des

individus...puissent prendre un peu le pouvoir sur d'autres individus » (médecin H). Une revue de la littérature de 2017 sur les croyances et attitudes du grand public sur l'hypnose et l'hypno-thérapie avait révélé une tendance à juger comme « faibles » ou « moins intelligents » les personnes fortement hypnotisables (29).

A contrario, plusieurs médecins mettent en avant la place active du patient : « rendre le patient un peu acteur de son amélioration, de sa guérison » (médecin K). Cette notion est mise en évidence également dans plusieurs recherches (30). Notamment dans un travail de thèse sur les croyances des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose, dans lequel deux notions étaient notées par les psychiatres interrogés, à savoir : le patient garde la maîtrise de soi durant la séance et la nécessité de la coopération du patient (31).

Ces représentations de la place du patient concordent avec les représentations du rôle du praticien, cité comme accompagnateur pour certains : « qu'il guide le patient lors de l'hypnose » (médecin E) ; ou comme une personne dotée d'un don particulier par d'autres : « d'avoir le pouvoir d'hypnose » (médecin H). Une étude qualitative sur les répercussions d'une formation à l'hypnose médicale pour des médecins généralistes d'Ile-de-France avait mis en évidence, qu'après formation, les médecins jugeaient les techniques plus simples qu'imaginées (32). Ce ressenti des médecins généralistes concernant la capacité à devenir hypno-thérapeute pourrait donc être corrigé par une information sur le sujet.

Concernant le déroulement d'une séance, le ressenti des médecins généralistes de cette étude sont cohérents avec d'autres recherches réalisées, soulignant l'ambiance de la consultation et l'importance de la communication pendant la séance (33).

Ces différentes représentations mettent en évidence la divergence entre la représentation sociale et celle scientifique de l'hypnose, soulignée par Didier Michaux (34).

En effet, cette représentation sociale de l'hypnose pérennise de fausses croyances sur ce sujet, et entraîne une confusion chez les patients (24) mais aussi au sein de la communauté médicale.

De même, il peut exister une confusion entre l'hypnose de spectacle (citée par plusieurs médecins de cette étude comme origine des connaissances) et l'hypnose à visée thérapeutique. L'hypnose de spectacle renforce ainsi les fausses croyances selon lesquelles l'hypno-thérapie repose sur un « pouvoir » particulier du praticien, mais également une prise de contrôle de celui-ci sur le patient. La persistance d'une assimilation entre hypnose et sommeil pourrait également venir de ces « Music-Hall » (médecin H) et de la célèbre phrase « Et maintenant, dormez ! ».

B - Intérêt pour la pratique

L'ensemble des médecins généralistes interrogés ayant répondu aux entretiens était favorable à l'utilisation de l'hypnose. Ceci concorde avec les résultats de la thèse de Dieulouard de 2016, où 92% des médecins se déclaraient intéressés par l'hypnose comme outil thérapeutique (35). Un sondage de l'Ordre national des médecins en 2015 établissait que 86% des médecins seraient favorables aux médecines alternatives et complémentaires dans certains cas (16). De même, un travail s'intéressant aux psychiatres soulignait l'attitude favorable de ces derniers sur l'utilisation de l'hypnose (31). Le principal désir ressorti des entretiens était celui de trouver une solution alternative aux situations où la médecine conventionnelle n'avait pas été suffisamment efficace. Une autre thèse de 2016 de Jacquot concernant les médecins généralistes, sans distinction de formation, mettait en évidence ces mêmes attentes des médecins généralistes : une alternative à certains traitements et une diminution de la prescription médicamenteuse (33).

Plusieurs freins à son utilisation ont été rapportés par les médecins généralistes :

- Une méfiance vis-à-vis des hypno-thérapeutes reposant sur l'absence de connaissance des professionnels qualifiés dans leur secteur. La diversité des formations en France et l'absence de réglementation engendre une disparité des professionnels exerçant (professionnels formés, praticiens en manque de qualification, personnes sans formation et auto-déclarées hypno-thérapeutes). L'incertitude des médecins généralistes sur l'intervenant vers lequel était adressé le patient limite son utilisation. Le grand public rejoignait également les médecins généralistes en prenant le degré et la qualité de formation des professionnels de santé comme facteur prédictif de résultat (29).
- Méconnaissance du coût des séances : le seul acte codé de l'Assurance maladie est coté à zéro euro, il revient donc au praticien de décider de l'honoraire. Ce facteur inconnu limite les médecins généralistes dans l'orientation du patient. Une standardisation des honoraires pourrait être envisagée.
- Méconnaissance de la pratique : à ce jour, en France, il revient de la démarche personnelle du médecin de s'informer, s'il le désire, sur l'hypno-thérapie ; aucune information n'est apportée durant le cursus des études médicales.
- Absence d'objectivité des résultats : cette problématique semble inhérente aux approches complémentaires avec lesquelles il est impossible d'effectuer des études en double aveugle (13) alors que certaines études, de bonne qualité, permettent de montrer un bénéfice de cette approche (2,11,12), sans pour autant que ce dernier soit totalement validé dans l'esprit des médecins.

- Absence de reconnaissance par les autorités médicales : celle-ci est effectivement le cas en France (16) alors que d'autres pays ont inclus l'hypnose parmi l'ensemble des thérapies médicales sans la considérer comme « complémentaire et alternative » (Canada et Royaume-Uni notamment).

Ces freins sont rapportés dans plusieurs travaux de thèse (22,28,35,36); on peut noter qu'en 2007, soit dix ans plus tôt, les mêmes freins étaient évoqués par les médecins généralistes non formés, dans un auto-questionnaire.

Les réticences des patients à utiliser l'hypnose, observées lors d'une étude en 2013 (23), sont également similaires.

C - Souhait d'information

Concernant le désir d'information sur la pratique, la plupart des médecins y sont favorables. Cependant, les nombreuses connaissances demandées pour la pratique de la médecine générale et le défaut de temps sont des freins à l'intégration d'une telle information.

Quelques thèses d'exercice ont exploré la vision que les internes de médecine générale avaient de l'hypnose : une thèse de 2018 (37) étudiait les motivations, représentations et impacts d'une formation d'initiation à l'hypnose chez les internes de médecine générale en Ile-De-France ; une autre recherche s'intéressait aux internes ayant effectué un stage chez un praticien exerçant l'hypnothérapie (38). Ces deux travaux rapportaient que la majorité des internes interrogés étaient favorables à l'intégration d'une initiation à l'hypnose médicale dans le cursus d'enseignement. Mais le programme d'enseignement dense de médecine générale pouvait être un frein à son intégration.

D - Indications

Les indications citées par les médecins généralistes sont concordantes avec les recommandations HAS et les indications de la CFHTB, à l'exception du sevrage tabagique. Cité par la quasi-totalité des médecins, il ne fait pas partie des indications où l'hypnose a fait ses preuves selon les recommandations HAS. Une revue Cochrane de 2019 sur l'intérêt de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique établissait qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour attester de son efficacité. Si elle avait un avantage, celui-ci était faible par rapport à un soutien comportemental ou un abandon du tabac sans aide. (39). Cette revue concluait à la nécessité d'autres essais de plus grande envergure et de bonne qualité.

Comparativement aux autres thèses portant sur les médecins généralistes, les indications citées étaient identiques (28,30,35). Une thèse centrée sur l'hypnose médicale dans les services d'urgence relevait comme principales indications la douleur aiguë et l'anxiété (40).

III. Perspectives

La stratégie OMS 2014-2023 des thérapies non conventionnelles, avait ces trois objectifs principaux (2,14):

- renforcer la base des connaissances pour une gestion active de la médecine traditionnelle/médecine complémentaire (MT/MC) via des politiques nationales appropriées ;
- renforcer l'assurance qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité des MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens ;
- promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire.

Il est évident que l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité des thérapies non conventionnelles est l'étape initiale obligatoire pour décliner ensuite la stratégie OMS. Afin de renforcer la base des connaissances sur l'hypnose, de nouvelles études à haut niveau de preuves scientifiques sont nécessaires. Cependant, l'essai contrôlé randomisé, étude à haut niveau de preuve scientifique de l'evidence based medicine, fait face à des limites (par exemple le double-aveugle) dans l'évaluation des thérapies non conventionnelles, notamment l'hypnose ; d'autres méthodes devraient être envisagées (13).

L'apport de preuves de son efficacité permettrait ainsi une reconnaissance de l'hypnose par les autorités médicales et une réglementation de la pratique et de la formation des hypno-thérapeutes.

A l'heure actuelle, dans la lignée de la stratégie OMS et suite au rapport Inserm 2015 (2), le Ministère des Solidarités et de la Santé a rédigé une fiche concernant l'hypno-thérapie, disponible sur leur site. Cette fiche s'adresse aux patients plutôt qu'aux professionnels de santé (41). Il aurait été intéressant qu'une diffusion se fasse auprès de ces derniers car une information sur l'hypnose thérapeutique aux médecins permettrait de réduire les fausses croyances et idées reçues, et ainsi favoriser son utilisation. D'autant plus que les indications citées dans cette fiche (hypno-sédation,

hypno-analgésie et syndrome du côlon irritable) s'inscrivent de manière cohérente avec l'activité de médecine générale.

Cette fiche d'information reste une première étape réalisée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, qui permet également de répondre, en partie, au deuxième objectif de la stratégie OMS sur le renforcement de l'assurance qualité, de la sécurité et de l'usage approprié.

En revanche, parmi les objectifs de la Stratégie OMS, la France manque encore à l'heure actuelle d'une « politique nationale » et d'une « réglementation des produits, des pratiques et des praticiens ». Durant cette étude, les médecins interrogés ont souligné l'absence de reconnaissance par les autorités médicales comme facteur limitant pour y avoir recours.

Le sondage Odoxa publié en janvier 2019 sur les médecines alternatives et complémentaires relevait que 77% des français et 83% des médecins seraient favorables à une information officielle, labélisée par l'état, pour « noter » ce qui est reconnu scientifiquement et ce qui ne l'est pas (21).

Ainsi, même si le premier objectif de la Stratégie OMS nécessitera du temps, compte-tenu de la difficulté inhérente à l'évaluation des approches complémentaires (13), il apparaît que les patients comme les soignants expriment un besoin net de clarté et de réglementation. Par ailleurs, lors d'une étude en milieu rural en 2012, 61% des patients interrogés trouvaient qu'il serait utile d'échanger sur les thérapies complémentaires avec leur médecin traitant (42).

En 2010, une autre recherche avait montré que 51% des patients interrogés qui avaient eu recours aux médecines complémentaires, n'en avaient pas informé leur médecin traitant (43).

Une information des médecins généralistes sur le sujet ainsi qu'une meilleure connaissance seraient souhaitables pour mieux répondre aux attentes et questionnements des patients. Cela permettrait en outre d'intégrer ces pratiques et de ne pas détourner les patients de la médecine conventionnelle.

Cette étude a ainsi conforté plusieurs idées déjà exprimées par des patients ou des soignants dans des études passées. Elle a permis d'apporter quelques nouvelles pistes de réflexion. En attendant que de nouvelles méthodes scientifiques soient éprouvées pour valider les approches complémentaires, les actions qui pourraient être menées pour faciliter l'intégration de l'hypnose à la pratique des médecins généralistes seraient :

- Une reconnaissance et une diffusion plus large des indications pour lesquelles l'hypnose a montré une efficacité

- Une information officielle par les autorités compétentes auprès des médecins généralistes
- Une reconnaissance des formations considérées comme valides
- La constitution d'un registre des praticiens agréés
- Une homogénéisation des coûts.

Finalement, compte-tenu de la place que prennent les approches complémentaires aujourd'hui dans le parcours de soin du patient, pour répondre aux demandes de ces derniers et éviter leur échappement thérapeutique aux soins conventionnels, il semble de plus en plus nécessaire en France de s'intégrer pleinement dans la lignée de la stratégie OMS 2014-2023 des thérapies non conventionnelles, notamment à travers une politique nationale et une réglementation de ces pratiques.

Annexe 1 : Tableau des caractéristiques des médecins interrogés

Id	Genre	Age	Installé/remplaçant	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Pratiques associées
A	Masculin	58	Installé depuis 25 ans	Semi rural	2 médecins	Médecine du sport
B	Féminin	56	Installée depuis 3 ans, remplaçante pendant 20 ans	Semi rural	2 médecins	Médecine du sport, homéopathe mais sans formation
C	Masculin	40	Remplaçant depuis 10 ans, régulièrement depuis 7 ans	Semi rural et urbain	Cabinet de groupe	Urgentiste (DESC)
D	Masculin	33	Installé depuis 5 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Médecin sentinelle
E	Féminin	29	Remplaçante depuis 6 mois	Urbain	Cabinet de groupe	0
F	Masculin	62	Installé depuis 33 ans	Urbain	Seul pendant 12 ans, puis en groupe pendant 21 ans	0
G	Masculin	61	Installé depuis 29 ans	Urbain	Isolé	Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, mésothérapie
H	Masculin	67	Installée depuis 32 ans	Semi rural	Cabinet de groupe	Médecin de caserne
I	Féminin	36	Installé depuis 5 ans	Urbain	Cabinet de groupe	0
J	Féminin	61	Installée depuis 28 ans	Rural	Isolée pendant 10 ans, cabinet de 2 médecins depuis 18 ans	Homéopathie, cryothérapie, phytothérapie, mésothérapie
K	Féminin	54	Installée depuis 20 ans	Semi rural	Cabinet de groupe	Établissement de la ligue havraise
L	Féminin	42	Installée depuis 11 ans	Semi rural	Cabinet de 2 médecins	0
M	Masculin	48	Installé depuis 3 ans, anciennement médecin biologiste hospitalier	Urbain	Cabinet de groupe	Homéopathie, Médecine du sport

Références bibliographiques

1. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2013;171(9):658-61.
2. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. Inserm U1178; 2015 p. 213. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
3. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 3 nov 2014;
4. Michelle Vinot-Coubetergues, Marc E, Haag, Pascale, éditeurs. L'hypnose d'inspiration Ericksonienne. In: *Les fondements des psychothérapies: de Socrate aux neurosciences.* Paris: Dunod; 2014. p. 156-73.
5. *Medicine, World Health Organization Programme on Traditional.* Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. 2002 [cité 8 mars 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67313>
6. Ulett GA, Akpinar S, Itil TM. Quantitative EEG analysis during hypnosis. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol.* oct 1972;33(4):361-8.
7. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry.* 1 févr 1999;45(3):327-33.
8. Faymonville, M-E. ME, Joris, J., Lamis, M., Maquet, P., Laureys, S. Hypnose: des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. In: *Conférences d'actualisation: les essentiels* [Internet]. Paris: Elsevier; 2005. p. 59-69. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/ametepe/1212/Hyp_bases_neurophysio_pratique_clinique.pdf
9. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology.* mai 2000;92(5):1257-67.
10. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in

human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*. 15 août 1997;277(5328):968-71.

11. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272030/fr/evaluation-et-strategies-de-prise-en-charge-de-la-douleur-aigue-en-ambulatoire-chez-l-enfant-de-1-mois-a-15-ans

12. Haute Autorité de la Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf

13. Gueguen J. Evaluation des médecines complémentaires: quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? [Internet] [Thèse de doctorat Santé Publique]. Université Paris-Saclay; 2017. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01647126/document>

14. Organisation mondiale de la santé. OMS | Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. WHO. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf;jsessionid=1BECE33BB34BCCBCFE0B0072B6E4B90B?sequence=1

15. Suissa V, Guérin S, Denormandie P, éditeurs. Médecines complémentaires et alternatives: pour ou contre ? : regards croisés sur la médecine de demain. Paris: Michalon éditeur; 2019. 422 p.

16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>

17. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Duboousset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bull Académie Natl Médecine*. mars 2013;197(3):717-57.

18. Courtois M. La défiance des patients envers les médicaments: vécu et comportements des médecins généralistes: étude qualitative auprès de médecins généralistes de Drôme-Ardèche [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2019. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6pn94xn>

19. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice médecine]. Université Paris 13; 2012.

20. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires ? [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/place-medecines-complementaires>
21. Homéopathie & médecines alternatives et complémentaires : les patients et les médecins sont à front renversé [Internet]. Odoxa. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/homeopathie-autres-medecines-alternatives-complementaires-patients-medecins-a-front-renverse/>
22. Desmars C. Intérêts de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne [Thèse d'exercice Médecine]. Université européenne de Bretagne; 2011.
23. Guichard-Bouju J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose [Thèse d'exercice Médecine]. Université européenne de Bretagne; 2013.
24. Bosc A. Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose: Etude qualitative en Île de France, Bretagne et Pays de Loire [Thèse d'exercice Médecine]. Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 1 janv 2008;84:142-5.
26. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011. 216 p.
27. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagog.méd. 29 mai 2002;3(2):81-90.
28. Goodall J. Hypnose thérapeutique en médecine générale: une enquête départementale sur l'intérêt, les connaissances et les croyances des médecins sur l'hypnose médicale [Thèse d'exercice Médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2007.
29. Krouwel M, Jolly K, Greenfield S. What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996-2016. Complement Ther Med. juin 2017;32:75-84.
30. Gallet E. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale: enquête

de pratique chez des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale [Thèse d'exercice Médecine]. Université François-Rabelais (Tours); 2011.

31. Mery R. Croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. Université de Clermont Ferrand I; 2018 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02072336/document>

32. Le Roch C. Etude qualitative sur les impacts d'une formation à l'hypnose médicale pour des médecins généralistes d'Île-de-France [Thèse d'exercice Médecine]. Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2018.

33. Jacquot A. Les représentations de l'hypnose médicale chez les médecins généralistes formés ou non à cette pratique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2016.

34. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspect Psy.* 2005;Vol. 44(5):341-5.

35. Dieulouard S. Hypnose et médecine générale: intégration des connaissances actuelles dans la coordination des soins [Thèse d'exercice Médecine]. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2016.

36. Fontanel L. Fréquence du recours à l'Hypnose médicale dans la prise en charge des douleurs chroniques en Médecine Générale dans les Bouches du Rhône et départements limitrophes [Thèse d'exercice Médecine]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017.

37. Gabr Y. Analyse qualitative des motivations, représentations et impacts d'une formation d'initiation à l'hypnose, sur les internes de médecine générale [Thèse d'exercice Médecine]. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2018.

38. Poncet C. Hypnose et stage chez le praticien: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'internes en médecine générale = Hypnosis and internship at the practitioner's office : interviews with interns of general medicine [Thèse d'exercice Médecine]. Université Bretagne Loire; 2016.

39. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 8 mars 2020];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001008.pub3/full>

40. Le Cozanet L. L'hypnose médicale dans les services d'urgences: une étude qualitative auprès de quinze médecins urgentistes [Thèse d'exercice Médecine]. Université Claude Bernard; 2016.

41. Ministère des solidarités et de la santé. L'hypnose [Internet]. 2016 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_hypnose_2016.pdf
42. Thiriat F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain [Internet] [Thèse d'exercice médecine générale]. Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy; 2012 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_THIRIAT_FRANCK.pdf
43. Mayer-Lévy C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris: place de l'acupuncture [Internet] [Thèse d'exercice médecine]. 2010. Disponible sur: <https://docplayer.fr/11013229-Recours-aux-medecines-complementaires-et-alternatives-parmi-les-patients-de-medecine-generale-a-paris.html>