

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 13 octobre 2022 à Poitiers
par **Mélanie Georges**

Intérêt de l'hypnose pour des patients qui souffrent de syndrome vertigineux

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le professeur Jean-Philippe Neau

Membres :

- Professeur Pascal Parthenay
- Professeur François Birault
- Docteur Marc Besnier

Directeur de thèse : Docteur Sarah Guilloton- Autuoro

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – Assesseur 2nd cycle
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – Assesseur recherche
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – Assesseur 1er cycle
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – Assesseur pédagogique médecine
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – Doyen, Directeur de la section

Assesseur L.AS et 1er cycle

- • PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- • PRIES Pierre, chirurgie orthopédique, traumatologie
- • RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- • RICHER Jean-Pierre, anatomie
- • RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- • ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- • ROBLOT Pascal, médecine interne
- • SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- • SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- • SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – Assesseur 3e cycle
- • TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- • THIERRY Antoine, néphrologie – Assesseur 1e cycle
- • THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- • TOUGERON David, gastro-entérologie
- • WAGER Michel, neurochirurgie
- • XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- • ALBOUY Marion, santé publique – Référente égalitédiversité
- • ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardiovasculaire (en mission 1 an 01/11/2022)
- • BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- • BILAN Frédéric, génétique
- • CAYSSIALS Emilie, hématologie
- • CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- • DIAZ Véronique, physiologie – Référente relations internationales
- • EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- • FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- • GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- • GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- • GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- • JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- • JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- • KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- • LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- • LIUU Evelyne, gériatrie
- • MARTIN Mickaël, médecine interne – Assesseur 2nd cycle
- • PALAZZO Paola, neurologie
- • PICHON Maxime, bactériologie-virologie

médecine

- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)

- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, – Directeur de la section pharmacie

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, directeur du C.F.U.O.
- VERON-DELOR Lauriane, maître en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Remerciements

A monsieur le professeur Neau, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre ouverture d'esprit et votre confiance afin de pouvoir présenter ce travail.

A monsieur le professeur Birault, à monsieur le professeur Parthenay et à monsieur le docteur Besnier d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury. Merci pour vos connaissances partagées tout au long de mon cursus d'internat en médecine générale.

A ma directrice de thèse, madame le docteur Sarah Guilloton- Autuoro pour avoir accepté ce défi enrichissant, facilité par votre gentillesse et votre disponibilité. Merci pour vos suggestions afin d'améliorer la qualité de cette thèse. Je vous en suis très reconnaissante.

A madame le docteur Delphine Rannou, pour vos conseils avisés pour la rédaction. Une aide précieuse pour une mise en confiance dans ce projet. Je vous adresse toute ma gratitude.

A ma tutrice, madame le docteur Elise Dupuis Duseau, vous m'avez accueillie avec bienveillance, merci pour votre écoute et vos conseils sur ces trois dernières années.

A l'ensemble de mes maitres de stages, de belles rencontres sur mon parcours. Merci pour vos précieux enseignements qui m'ont permis de m'enrichir dans ma formation.

Aux praticiens ayant accepté de faire partie de ce projet. Merci pour votre intérêt.

A mes parents, de m'avoir soutenue tout au long de ce chemin parcouru. Mes mots ne pourront jamais être à la hauteur de votre amour et votre affection qui m'ont toujours guidée. Je vous aime.

A ma sœur jumelle, Marine, mon bonheur indispensable pour me faire avancer au quotidien. Je t'adore.

A ma famille, tant d'amour partagé, je vous dois la personne accomplie que je suis devenue.

A Geoffrey, une magnifique rencontre qui partage ma vie. Merci d'être là pour moi.

A la famille Joyez, merci pour votre joie et votre bonne humeur infaillible.

A mes amis Brestois, pour ces merveilleux moments partagés tout au long de notre cursus.

A mes amis d'enfance, qui se reconnaîtront et qui sont encore là pour moi. Mille mercis.

A mes amis, belles rencontres, co-internes pour ces supers instants partagés.

Liste des Abréviations

L'échelle VAKOG acronyme correspondant à cinq sens : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif

VAC : acronyme simplifié Visuel, Auditif, Cénesthésiques

IFHE Institut Français d'Hypnose Ericksonienne

EEG : Electroencéphalogramme

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

UNIGE : Université de Genève

RS : Resting State

DN : le Défaut Network

GNW : Global Neuronal Workspace

VPPB : Vertige Paroxystique Positionnel Bénin

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ADETAP : Association D'hypnose Ericksonienne et de Thérapies Actives du Poitou

DU : Diplôme Universitaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

EEV : Echelle Evaluation du Vertige

HAS : Haute Autorité de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

PNL : Programmation Neurolinguistique

LISSA : Littérature Scientifique en Santé

Table des matières

I.Historique de l'hypnose	1
II.Le mécanisme hypnotique	6
1.Le protocole	6
2.Les outils de communication	8
2.1.L'échelle VAKOG.....	8
2.2.Les images métaphoriques	9
2.3. L'empathie.....	10
2.4.La posture mimétique : les neurones miroirs.....	11
III.Anatomophysiologie du phénomène hypnotique	11
1.L'électroencéphalogramme	12
2.L'imagerie fonctionnelle	12
3.Les réseaux cérébraux	14
IV.Du symptôme au changement	15
1.L'apparition du symptôme	15
2.L'évolution vers le changement	17
3.Les champs d'applications	17
V.Les vertiges	19
1.Découverte de la sensation	19
1.1. Historique	19
1.2. Description	20
1.3. Prévalence	20
1.4. Recommandation	21

2. Anatomophysiologie du vertige	21
2.1. L'équilibre	22
2.2. Anatomie de l'oreille interne	23
2.3. Physiologie vestibulaire	24
2.4. Le système otolithique	25
2.5. Le nystagmus	25
3. La consultation au cabinet	26
3.1. L'interrogatoire	26
3.2. L'examen clinique	26
3.3. Les spécialistes à consulter	27
4. Les différents types de vertige	28
4.1. La névrite vestibulaire	28
4.2. Le vertige positionnel paroxystique bénin	29
4.3. La maladie de Ménière	30
4.4. Les vertiges et les migraines	31
4.5. L'anxiété	32
VI. Etude de l'hypnose dans la prise en charge du syndrome vertigineux.	33
1. Caractéristiques de l'étude	34
2. Procédure de rencontre du patient avec le professionnel de santé	35
3. Les critères d'inclusions et d'exclusions	36
4. Objectifs de l'étude	36
5. Les outils de mesure	36
5.1. Critère de jugement principal : score EEV	36
5.2. Les critères secondaires	37
5.3. Eléments complémentaires	37
6. Analyse des données	37

VII. Les résultats	38
1. Caractéristiques et réponses de la population	38
2. Critère de jugement principal : Score EEV	39
3. Etude des critères secondaires	40
3.1 Les items du score EEV	40
3.2. Intensité de la sensation vertigineuse.....	41
3.3. Retentissement dans la vie quotidienne	41
3.4. Questions ouvertes.....	42
VIII. Discussion	42
1. Résultats de l'étude	43
2. La force de l'étude	45
3. Les limites de l'étude	45
4. Les perspectives	46
IX. Conclusion	47
X. Annexes	47
XI. Bibliographie	52
XII. Résumé	55
XIII. Serment d'Hippocrate	57

Introduction

Les sensations vertigineuses sont parmi les motifs les plus fréquents des consultations en médecine générale. D'après le collège des enseignants en neurologie de 2005, il y a une estimation rapportant qu'une personne sur sept dit l'avoir éprouvée au moins une fois au cours de sa vie.

La prise en charge actuelle au cabinet s'appuie d'abord sur l'interrogatoire et l'examen clinique qui permettent une première orientation vers des troubles vestibulaires ou extra-vestibulaires. Il y a ensuite une exploration plus approfondie par des examens complémentaires pour trouver une cause secondaire, organique. En découlent un avis et une prise en charge spécialisée (avis ORL, neurologue ou prise en charge kinésithérapie vestibulaire) avec souvent des délais inadaptés à l'urgence ressentie du patient. Il s'agit donc d'une problématique complexe en médecine générale où le médecin doit faire face à un patient handicapé dans son quotidien. Une instabilité qui altère considérablement sa qualité de vie.

L'hypnothérapie est une méthode non invasive de plus en plus utilisée pour soulager de nombreuses pathologies fréquentes en médecine générale. Aucune étude n'a été effectuée sur son indication pour les problématiques des vertiges. L'objectif principal de cette étude est alors d'évaluer l'efficacité de la pratique de l'hypnose sur des patients souffrant de syndrome vertigineux. Si les résultats sont concluants, cette technique serait alors un outil complémentaire à la prise en charge habituelle afin d'apporter une aide précoce, accessible aux patients souffrant de syndrome vertigineux.

I. Historique de l'hypnose

Il y a 3000 ans avant notre ère, les premiers écrits de soin par la parole ont été découverts sur une stèle, en Égypte sous Ramsès II. Ces derniers décrivent une séance réalisée par le pharaon afin de motiver ses soldats avant de partir au combat. Cette technique sous-entend des états reconnus tel que la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme. (1)

Moins 500 avant J-C, Pythagore affirme que les nombres sont les « particules de l'âme » (définition de la conscience en tant que champ d'information) et admet l'existence d'un fluide subtil émanant de tout le corps. Il décrit également les 3 strates du fonctionnement de notre cerveau comme le fera Paul D. MacLean en 1969 et plus récemment le professeur Binder en 2021 en réalisant une approche métaphorique de leurs fonctions (Figure 1) :

- **Le cerveau reptilien ou paléocortex** : le cerveau primitif assurant les comportements et réflexes nécessaires à la survie (le dragon socle des besoins primaires sur la figure) ;
- **Le cerveau limbique ou cortex** : le cerveau émotionnel gérant le comportement en société, la mémoire des émotions et des premiers apprentissages (le cheval dominant le dragon assure une stabilité dans le monde) ;
- **Le néocortex** : le cerveau intelligent qui permet d'analyser, d'anticiper les actions et la pensée abstraite (l'humain dressant les deux autres animaux finalisant la personnalité adulte).

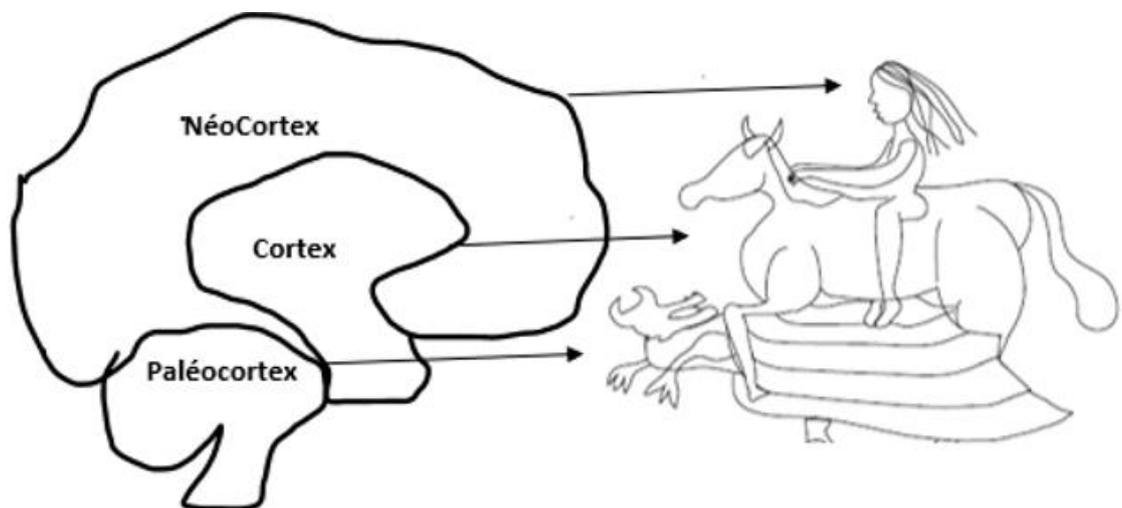


Figure 1. Les modèles des trois âges du cerveau par Paul D. MacLean à gauche avec leur strate de fonctionnement sous forme de métaphore à droite inspirée du court-métrage d'animation sur les tourments des adolescents « comme un possible » du Professeur Binder

À travers les siècles en Grèce, Socrate se décrit comme « *terpnos logos* » comme un « accoucheur d'âme », l'entretien avec le malade permet de le libérer de ses maux.

De par le monde, les différentes cultures tentent d'accéder aux volontés divines avec des rituels, la méditation profonde. Le chamanisme, la méditation, le *cavadee* hindoue et d'autres médecines traditionnelles utilisent **cet état de conscience modifié** permettant les suggestions, entrer dans un imaginaire qui permet une **meilleure absorption**. Cet état ne permet pas de supprimer une souffrance mais permet de faciliter le **processus de changement**. Le visuel est important pour faciliter « le pont imaginaire » par rapport à la réalité. Cette transe permet de développer **le ressenti, loin de l'intellect**.

Les premières données scientifiques avec Paracelse (docteur et alchimiste Suisse) datent de 1529 où il parle du « **magnétisme animal** » ; ainsi la guérison d'un malade peut se faire grâce « un fluide réparateur » passant d'un individu à un autre. (1)

Franz Anton Mesmer marque la transition entre **magnétisme et science**. Ce médecin allemand reprend les travaux de Paracelse et d'autres scientifiques pour publier sa thèse en 1766 « Dissertation physico médicale de l'influence des planètes ». Il démontre l'existence d'un fluide magnétique jouant un rôle central dans le comportement des êtres vivants par rapport aux différents fluides magnétiques responsables du magnétisme terrestre. Il est considéré comme le précurseur de la mise en pratique des **méthodes d'induction**, des états de conscience modifiés par son approche fluidique de la relation à l'autre. Cette méthode sera condamnée par Louis XVI mais se développera toutefois par la « société de l'harmonie universelle ». (1,2)

Plus tard en 1784, un **disciple de Mesmer, Chastenet de Puységur découvre la transe somnambulique**. Une première école à Nancy soutient l'importance de la suggestion. On ne parle ainsi plus de fluide mais de sommeil lucide. Le soignant par sa volonté n'est qu'un vecteur et **le patient effectue par lui-même le travail vers la guérison**.

C'est en 1841 que le chirurgien écossais James Braid pose les bases scientifiques de ce qu'il appelle « l'hypnose » avec le remplacement de la théorie du magnétisme par la relation patient-thérapeute. Durant cette période, de nombreuses interventions chirurgicales comme des amputations, sont effectuées sous hypnose.

En 1878, Jean-Martin Charcot travaille dans un service pour des malades souffrant d'hystérie et découvre l'hypnose lors d'un spectacle. Selon lui, les sujets les plus hypnotisables souffrent d'hystérie car l'état dissociatif leur est plus facile à acquérir. En effet, ces sujets ont le plus souvent recours à l'imagination comme moyen de défense face à un environnement qui leur paraît hostile. Cependant des études ultérieures (Hilgard, Kirsch, Council etc.) réalisées sur des sujets hautement hypnotisables selon leur personnalité en comparaison à d'autres sujets se sont révélées non concluantes. Les états psychotiques ne sont pas une contre-indication à cette pratique mais le sujet ne doit pas être en crise car la relation patient-thérapeute est alors impossible. (1)

En 1885 **Sigmund Freud** alors âgé de 30 ans, effectue un stage à la Salpêtrière auprès de docteur Charcot où il découvre cette technique de soin par la parole. Il effectue ensuite sa formation en hypnose à Nancy où il va fonder **la notion « d'inconscient »**. Toutefois, les techniques hypnotiques de l'époque ne correspondent plus à ses recherches. Il va donc élaborer une autre méthode d'approche dite analytique donnant naissance à la psychanalyse.

Milton Hyland Erickson, psychiatre américain du début du 20^{ème} siècle, est décrit comme « le père de la communication moderne ». Il propose une nouvelle vision de l'hypnose en l'assimilant à de la thérapie brève. La technique est alors exercée de manière moins dirigiste avec **la notion de relation**. Cette dernière est primordiale car l'hypnose est un lien entre deux individus « soignant-soigné » ; ce n'est pas juste une distraction de l'attention.

D'après lui, « *c'est un foyer de ressources, le patient ne sait pas qu'il sait déjà, inconsciemment, ce que son conscient ignore* ». (4)

En 1937, l'hypnose Ericksonienne est née sous **une approche dite « utilisationnelle »** car nécessite l'attention extrême du patient sur sa situation pour pouvoir en exploiter tout le potentiel. (3)

Pour Erickson, « *la conscience est sage, créative et pleine de ressources* ». Néanmoins, il y a des éléments qui ne sont pas accessibles à notre raison. Cet inconscient est capable de traiter

énormément d'informations et peut réagir avant le conscient, ce sont nos automatismes réalisés quotidiennement. Notre comportement physique, psychique et émotionnel est influencé par une réserve d'expériences oubliées.

Les différents disciples qui en découlent ont développé différentes techniques thérapeutiques dont « **la nouvelle hypnose** » (5) dans les années 80. Elle est considérée comme une approche plus moderne centrée sur **la qualité de vie et le développement personnel**.

Plus récemment en 2001, « l'hypnose humaniste » est une technique développée par Olivier Lockert (président de l'institut français d'hypnose Ericksonienne). Il a instauré une philosophie globale de la vie : retrouver l'unité par l'utilisation des différents états de conscience que nous vivons au quotidien, tout en prenant en compte les croyances qui génèrent notre perception de la vie.

Dans les années 1990, des chercheurs ont pu décrire l'état hypnotique par **des caractéristiques neurophysiologiques**. Il restait alors à démontrer son avantage dans la prise en charge des patients. Une série d'études **en imagerie cérébrale** a pu démontrer que l'état hypnotique est associé à un afflux de sang dans les régions cingulaires antérieures ainsi qu'au niveau des aires corticales occipitales et du cortex visuel. Mobilisant alors à la fois **le circuit de la détente et de l'absorption de l'attention**. Ainsi le patient dans un état de détente provoqué, mobilise aussi des ressources ; une activité cérébrale les plaçant dans un état dit « d'éveil paradoxal ».

Il y a alors 4 formes d'hypnose d'après le livre « Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions » (1). Elles sont complémentaires :

- 1- **Hypnose classique** qui apporte l'assertivité dont la plupart des patients ont besoin.
Une communication dirigiste peu centrée sur l'échange avec amnésie ;
- 2- **Hypnose Ericksonienne**, plus stratégique, adoucie avec maîtrise du langage de l'hypnose et des processus de changement, celle qui serait la plus aboutie techniquement mais elle aborde surtout les « plaintes organiques » des patients ;

- 3- **La nouvelle hypnose** qui permet d'adapter les structures d'intervention à notre époque, un autre langage, issus pour la plupart de la PNL (Programmation NeuroLinguistique) qui aborde également les « plaintes psychologiques » des patients ; (5)

- 4- **Hypnose humaniste** qui prend en compte le fonctionnement complet de la personne (corps, émotion, esprit) avec un langage plus symbolique avec des métaphores. Une thérapie qui permet le développement personnel de l'individu, tant recherché de nos jours.

En résumé, les premières traces de soin par la parole sont décrites à l'Égypte antique. Le développement progressif du cerveau humain et son déterminisme dans nos comportements, ont intéressé de nombreux scientifiques avant notre ère. En parallèle, des médecines traditionnelles dans le monde entier révèlent la notion transe, loin de l'intellect. Au XVIII^e Messmer formule l'hypothèse scientifique du « magnétisme animal » où un fluide magnétique influencerait notre vie par sa relation avec l'environnement. La relation du thérapeute avec son patient se développe par la suite, notamment grâce à Charcot au XIX^e siècle puis Sigmund Freud. Ce dernier décrit la notion « d'inconscient » avant de s'intéresser principalement à la psychanalyse. Au XX^e le psychiatre Milton H. Erickson fonde les bases de l'hypnose Ericksonienne centrée sur l'alliance thérapeutique par une relation bienveillante et adaptée au patient. En découleront de nouvelles formes d'hypnothérapies : la nouvelle hypnose, l'hypnose humaniste. Les progrès de la médecine avec l'invention de l'imagerie cérébrale ont permis de décrire les caractéristiques neurophysiologiques de l'état hypnotique en mobilisant à la fois les circuits de la détente ainsi que ceux de l'absorption de l'attention.

II. Le mécanisme hypnotique

1. Le protocole

La mise à l'état hypnotique (Figure 2) est un processus du **fonctionnement normal de la pensée** appelé la « transe commune ». Cette situation familière au quotidien est retrouvée lors des épisodes de rêveries, en méditation ou lors d'actes automatiques. Lors d'une consultation dédiée, la mise en état hypnotique cherche à reproduire cet **état naturel à des fins thérapeutiques au service du patient**. (1,5)

Une séance d'hypnothérapie est destinée à un patient focalisé, immobilisé dans sa vie par un ou plusieurs symptômes ; ayant perdu la capacité d'adaptation à un changement. L'hypnothérapeute va utiliser son expérience, sa propre technique de communication, de manière adaptée et empathique. Il va ainsi créer **une alliance thérapeutique fondamentale** pour mener le patient vers le chemin de la guérison. Le malade mobilise **ses ressources** et devient **actif dans sa guérison**. Il peut alors choisir d'emprunter ou non cette voie vers sa « transe-formation ». La technique classique reconnue pour mener à bien une séance peut se découper en 7 points (Figure 2) d'après le livre hypnothérapie et hypnose médicale (1) :

- 1- **L'anamnèse avec la prise de contact** : c'est la relation avec le thérapeute afin de créer **l'alliance thérapeutique**. Elle permet d'expliquer la séance, faire connaissance rapidement, repérer ses attentes et poser **l'objectif de la séance**. Le patient devra être capable reconnaître les critères de son amélioration, la décrire concrètement. C'est une « synchronisation » ;
- 2- Installation dans son environnement, lui faire réaliser le moment présent bien installé sur son siège. C'est la **phase d'induction** d'un état de conscience modifiée. Défocaliser en amenant à quitter une perception restreinte ;

Les paroles du thérapeute permettent ensuite la focalisation sur **un sujet défini** au début de la consultation, tout en apportant une certaine **confusion** (spatiale, temporelle) pour favoriser la transe. Il s'adapte au langage verbal (niveau de langage), paraverbal (ton de la voix, rythme

respiration) et non-verbal (gestuelle, posture, regard) du malade afin de créer une symbiose, un sentiment de rapport plus intime.

- 3- **L'absorption** de l'attention avec un patient calme, détendu et réceptif à la communication ;
- 4- **La dissociation**. La perception du quotidien est mise de côté pour entrer dans un autre type de perception. Alors il y a déplacement de l'attention sur de nouveaux éléments, tout en restant dans son contexte (image, son, mouvement) ;
- 5- **La phase de travail** et d'approfondissement qui est un accompagnement. C'est la phase la plus importante avec des suggestions en état de conscience modifiée. C'est l'agrandissement des perceptions de l'individu, de l'ouverture, de la souplesse ;
- 6- **La ré-association** avec le retour à la conscience ordinaire : faire revenir le patient dans « l'ici et maintenant » ;
- 7- **La vérification et débriefing** avec des questions brèves sur son ressenti. Le sujet se sent généralement apaisé, équilibré. Une discussion peut alors se centrer sur les points positifs de la séance tout en recadrant sur le problème du patient et ses croyances. La consigne donnée est d'observer l'amélioration dans les jours ou semaines à venir, sans indication précise de temporalité.

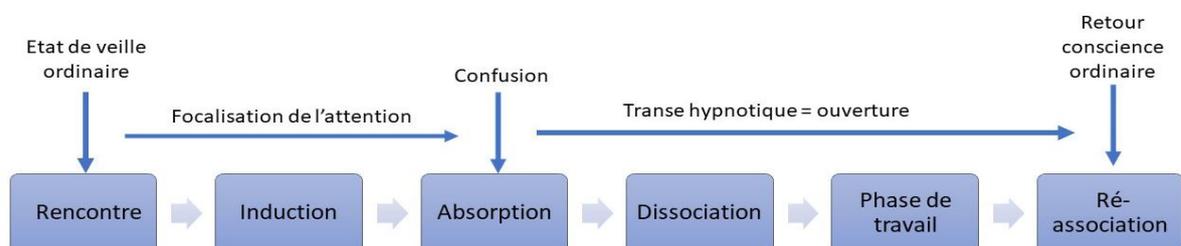


Figure 2. Schéma du protocole de la mise en état hypnotique

Il existe différentes profondeurs de transe mais l'efficacité thérapeutique ne dépend pas de l'intensité de celle-ci.

Pour l'observateur extérieur à une séance, le sujet répond par des signaux corporels cliniques aux suggestions sensorielles apaisantes (souvenirs positifs) du thérapeute. Le patient s'installe spontanément dans un état agréable et se retrouve alors en état de transe ; au repos avec une respiration ample et calme, des mouvements de déglutition plus rares, des boborygmes, des petits mouvements idéo-moteurs et souvent ceux des globes oculaires sous les paupières closes.

2. Les outils de communication

Le thérapeute doit utiliser des termes pertinents avec les bonnes résonances pour le patient, créer les bonnes associations avec une connotation toujours positive.

La construction de l'interaction se fait avec « l'ici et maintenant » en parlant avec un langage propre au patient.

2.1. L'échelle VAKOG

L'échelle « VAKOG » est l'acronyme correspondant aux cinq sens : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif ; souvent dénommé en simplifié par VAC (Visuel, Auditif, Cénesthésique). (1)

Cette échelle permet de détecter le **système principal de perception d'une personne** en détectant les mots utilisés préférentiellement. L'individu fait référence à **un de ses sens en particulier** ; comme un vocabulaire centré sur le système visuel (« vous voyez », « tout s'assombri », « flou », « mise au point »). Au début de la séance, le praticien fait alors le « diagnostic sensoriel » de l'individu pendant l'anamnèse. Il pourra donc s'ajuster et respecter le registre prédominant du patient afin de parfaire son outil de communication. Cette synchronisation est un réflexe naturel chez l'homme dans sa vie en société mais pour que cela devienne une technique thérapeutique il faut acquérir une rapidité d'esprit, le sens de l'observation et une flexibilité.

Il y a également le mouvement des yeux avec la détermination de la personnalité sensorielle selon la direction du regard du sujet. Lorsque nous allons « chercher » l'information, l'activité cérébrale provoque des mouvements oculaires inconscients. Le schéma suivant (Figure 3) permet de les identifier (3) :

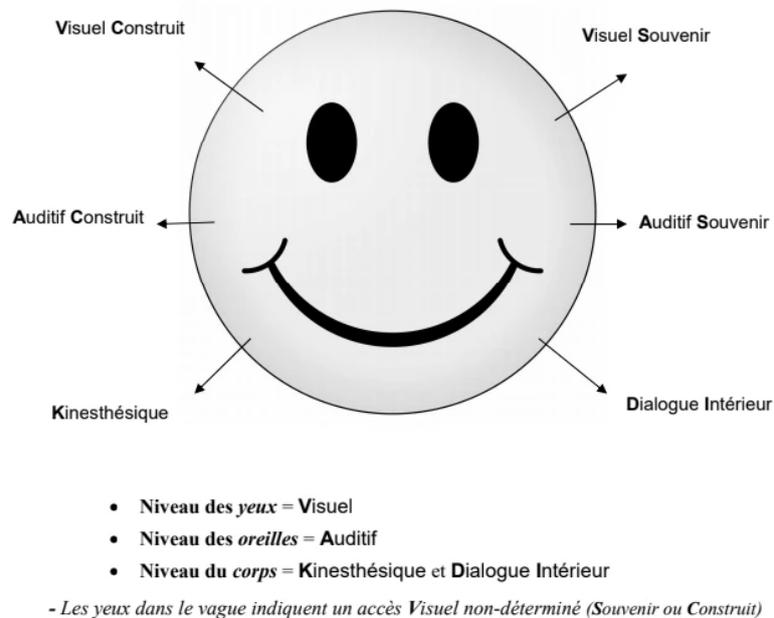


Figure 3. Les mouvements oculaires (d'après l'IFHE (Institut Français d'Hypnose Ericksonienne))

2.2. Les images métaphoriques

La métaphore, utilisée lors de la thérapie, permet **de faire dériver du symptôme vers le changement**. Elle est considérée comme un **outil essentiel** permettant de mettre en scène une situation problématique similaire.

Des expressions permettent de faire vivre une expérience sensorielle pour l'interlocuteur. Ce dernier pourra alors exprimer son ressenti plus facilement « Être dans le brouillard, le poids sur ses épaules ».

Cette technique de communication traduit la souffrance en un langage plus compréhensible. Elle doit être **individualisée**, en parlant au présent, **familière au patient** (se rapporter à l'environnement de son domicile ou de son travail) afin de proposer une ouverture, voir une

solution à la problématique de la séance. Elle permet de **recadrer la difficulté** du patient et d'ouvrir vers une **nouvelle vision plus symbolique** permettant une perspective plus large de changement.

La communication, c'est influencer, produire une inflexion. En effet, influencer vient du mot *influere* qui signifie « couler dans » se traduisant par « faire dévier ». Il se traduit par modifier le cours des choses en exerçant une poussée sur celle-ci. Le praticien converse de manière empathique tout en sachant faire preuve d'une capacité de rêverie, s'ajustant en permanence au patient.

Les suggestions indirectes sont utiles pour susciter des phénomènes automatiques, involontaires et seront considérées comme des réponses hypnotiques.

L'hypnothérapeute utilise la **confusion** afin d'approfondir la phase de travail avec des éléments surprenants dans son discours. Ce dernier est volontairement flou pour décourager les tentatives d'analyses de l'esprit conscient et de favoriser l'activation de certains processus inconscients.

Ce réservoir de ressources permet d'apporter des solutions personnelles qui permettront de libérer le patient du cercle vicieux dans lequel il est pris. Son imagination est un travail actif, un apprentissage. L'hypnose permet de réorganiser les représentations, d'en créer de nouvelles, de modifier les connexions entre les différentes structures qui constituent les souvenirs qui peuvent être, parfois traumatisants.

2.3. *L'empathie*

L'empathie est une capacité de pouvoir se mettre à la place de l'autre sans pourtant y prendre part, telle « une symphonie psychique ». Elle permet de comprendre l'autre tout en ayant la conscience de soi. Elle va favoriser cette relation d'aidant, finalisant la synchronisation avec le ressenti du patient.

La relation hypnotique est bien une rencontre entre deux individus avec leurs perceptions du monde, leur passé, leurs espoirs. L'acceptation du monde interne de l'autre est alors possible. Percevoir de manière empathique c'est « percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue » dicit ROGERS 1962.

L'objectif de cette relation en hypnothérapie est d'éclairer, apaiser les conflits intérieurs, les séquelles traumatiques qui peuvent entraver le quotidien d'un individu.

2.4. La posture mimétique : les neurones miroirs

La coopération entre les deux protagonistes implique la totalité du corps (gestuelle, adaptation de la posture manière d'être dans la relation). La création de ce lien se fait par un mimétisme impliquant les neurones miroirs au niveau cérébral. Ces derniers permettent une transmission d'affect ; une empathie spontanée ancrée dans notre patrimoine génétique. Cette intentionnalité à l'autre est indispensable pour synchroniser les cognitions, corps, sensorialités. En hypnose, la coopération permettra une relation sécurisée afin de permettre au patient de découvrir de nouvelles perspectives et faire des choix. (6)

III. Anatomophysiologie du phénomène hypnotique

La définition de l'être humain se porte sur son activité mentale, qui n'est pas seulement constituée de pensées bien ordonnées, mais également des fragments d'informations, de rêveries, de visualisations et d'images. Il peut réarranger le passé, anticiper et planifier le futur. (1,7)

Le traitement de l'information et des opérations exécutives se situe en grande partie au niveau du non conscient. En effet, le conscient critique occupe seulement 10% de nos actes au niveau cérébral alors que l'état de conscience modifié hypnagogique de nos actes occupe à lui seul les 90% restants. Les progrès scientifiques et technologiques (8) avec l'étude du corps humain dans son anatomie et dans sa physiologie (électro-encéphalogramme et différentes techniques d'imageries cérébrales tels que l'IRM) ont permis d'objectiver le phénomène hypnotique.

1. L'électroencéphalogramme (EEG)

Les premières études de l'effet de l'hypnose sur le cerveau ont été réalisées par Gorton en 1949 grâce à l'électroencéphalogramme (EEG).

Une analyse des fréquences des ondes cérébrales (potentiels électriques issus d'un neurone) grâce à des électrodes placées sur le dessus de la tête d'un individu plongé en état d'hypnose montre (9) :

- Les ondes Bêta (de 14 jusqu'à 38 hertz) retrouvées en état d'éveil ordinaire ;
- Les ondes Alpha lentes (de 8 à 14 hertz) avec un état de conscience ou les paupières sont fermées avec des exercices de visualisation ;
- Les ondes Thêta (de 4 à 8 hertz) est la phase de demi-sommeil, relaxation profonde retrouvée en état optimum de conscience modifié.

En comparatif, les ondes Delta (1 à 4 hertz) sont retrouvées lors de la phase du sommeil profond.

Cette analyse démontre alors que cet état de conscience est en partie bien éveillé et non complètement en demi-sommeil.

2. L'imagerie fonctionnelle

La neurophysiologie a permis de décrire l'état hypnotique comme un processus mental actif tout en étant dans une simulation. Une mise en valeur permise grâce à l'IRM fonctionnelle (technique non invasive qui mesure la dépense d'oxygène liée à l'activité du cortex cérébral), en réponse à la réalisation d'une tâche cognitive.

Plus récemment, une équipe de chercheurs de l'Université de Genève (UNIGE) a publié sur les mécanismes cérébraux de la conscience dans la revue Neuron datant de 2009. Ils ont démontré que cet état de conscience modifié implique des régions du cerveaux qui participent au contrôle de l'attention et de l'inhibition.

L'hypnose intervient au niveau du système limbique (Figure 4) en modifiant son activité. Ce dernier est situé sur la face interne de l'hémisphère cérébral à l'interface de chaque lobe, est impliqué dans **les émotions et la mémoire** (10, 11). Il comprend entre autres l'hippocampe

(apprentissage), l'amygdale (mémoire émotionnelle), le cortex limbique (contrôle conscient), le septum (comportement social), l'hypothalamus, les corps mammillaires (mémoire).

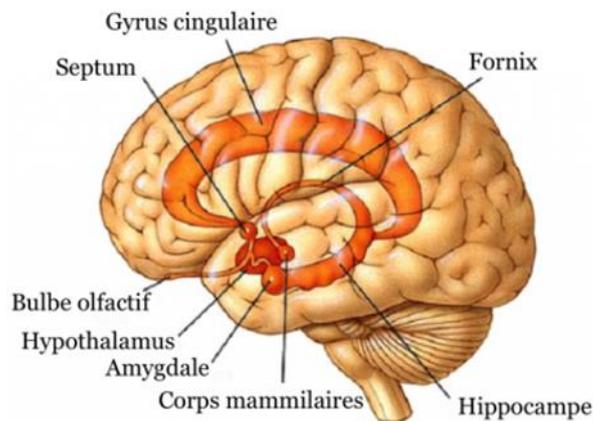


Figure 4. Le système limbique

Un individu sous hypnose modifie son activité cérébrale (Figure 5). Il y a tout d'abord l'activation du gyrus ou cortex cingulaire (10,11) permettant la transmission des messages du système limbique. A l'étape d'absorption, il y a la focalisation de l'attention avec une activité prédominante du cortex cingulaire antérieur impliqué dans les processus attentionnels, le contrôle cognitif. Ensuite à l'étape de dissociation, il y a la réduction de la conscience de soi qui est possible par une baisse d'activité du cortex cingulaire postérieur.

Par ailleurs, il y a l'augmentation des activités d'autres parties du cerveau notamment celles des cortex occipitaux (image mentale), pariétaux (sensations kinesthésiques), frontaux (réalisation d'une tâche, les fonctions exécutives sont préservées) et précentraux principalement à gauche. D'autres zones cérébrales sont désactivées, notamment le pré-cunéus impliqué dans la perception de soi par rapport à l'environnement.

Lorsque le sujet est sous hypnose, des régions liées à la représentation de soi et à l'imagination sont mobilisées.

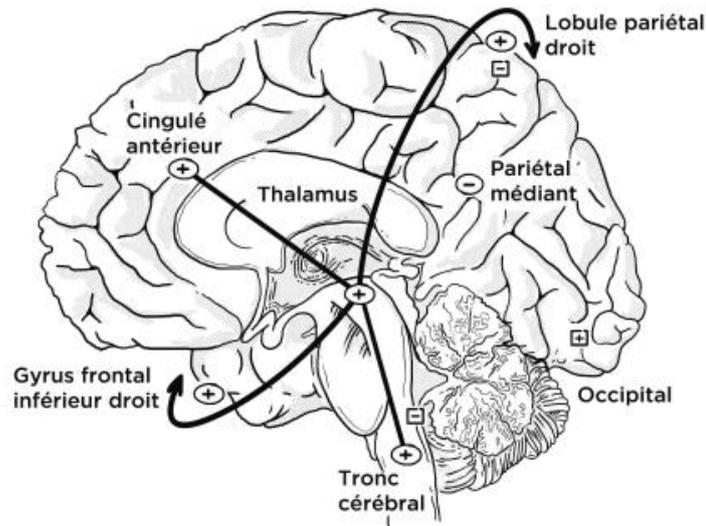


Figure 5. Augmentation (+) ou diminution (-) du débit sanguin cérébral associées à la relaxation (forme carrée) ou à l'absorption mentale (forme en cercle) ressenties pendant l'hypnose. L'absorption hypnotique ressentie est directement proportionnelle à l'activation précise et coordonnée du réseau cérébral responsable de la régulation de l'attention (dont les éléments sont reliés par des traits).

(D'après Pierre Rainville, revue Théologique, vol 12, n°1-2, 2004. (51))

3. Les réseaux cérébraux

L'état de vigilance est maintenu par la substance réticulaire du tronc cérébral sur la totalité du cortex. Des zones du sulcus pariétal (frontière entre le lobe pariétal et lobe limbique) se trouvent à l'arrivée des informations sensorielles auditives, visuelles et de la sensibilité. **Les mécanismes neuronaux du processus hypnotique impliquent la modulation de certains sub Systems (sous corticale).**

Ce fonctionnement de repos (12) de cognition interne, actif au repos sans tâche effective est appelé **le Resting State (RS) ou le Défaut Network (DN).** Ce réseau cérébral est opposé au **Global Neuronal Workspace (GNW)** qui interprète les stimuli extérieurs, planifie les tâches avec une réponse adaptée. La voie finale est constituée de neurones à axones longs, distribués mais particulièrement denses dans les cortex préfrontaux et pariétaux. Elle est considérée comme la voie d'accès à la conscience.

Ces deux fonctionnements interagissent dans l'état de transe hypnotique avec une stimulation plus importante du RS par rapport au GNW.

Ces processus attentionnels sont aussi impliqués dans le fonctionnement neuronal de l'état hypnotique et de la méditation.

En effet, l'individu peut imaginer faire une action telle que « faire du bateau ». Son cerveau va alors réagir « comme si » c'était la réalité en ajustant son activité avec le ressenti corporel. Cette expérience a déjà été vécue par le sujet qui l'expérimente physiquement pendant la séance. Elle a donc la même valeur qu'une expérience réelle.

IV. Du symptôme au changement

1. L'apparition du symptôme

Tout individu développe tout au long de sa vie des apprentissages, des stratégies pour faire face à différents types de situations. Elles deviennent alors des habitudes, des automatismes. Parfois ces derniers sont répétés alors qu'ils ne sont pas toujours adaptés à une situation donnée. L'individu tente alors une solution mais qui s'avère inefficace.

Le symptôme est considéré comme une solution particulière à une situation devenue problématique (Figure 6). Il est le résultat de certains déterminismes internes et externes interagissant entre eux et pouvant limiter les capacités d'adaptation de l'individu. Ce dernier peut même s'isoler de la réalité environnante. (13)

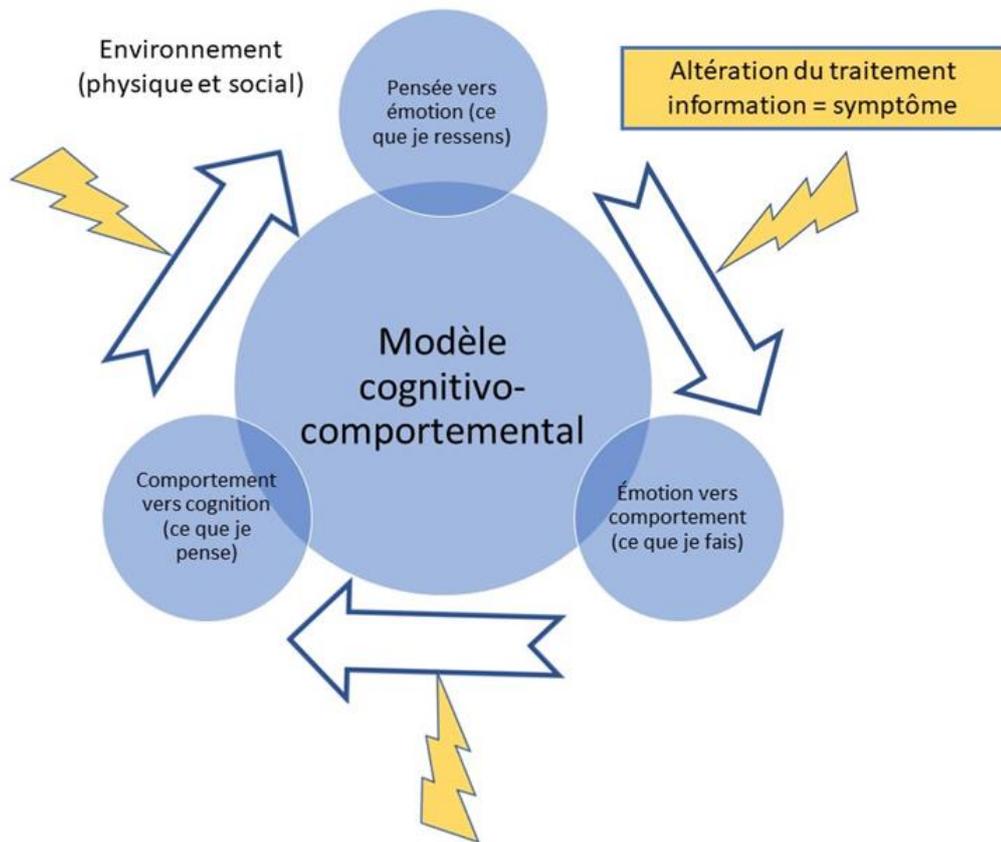


Figure 6. Modèle cognitivo-comportemental inspiré d'un schéma de l'école d'hypnose francophone

Le but du thérapeute est alors de guider son patient, **réactiver ses capacités d'adaptation, en mobilisant ses ressources.**

Pour comprendre l'efficacité de l'hypnose dans divers symptômes tels que la douleur, les crises d'angoisses, certaines manifestations vertigineuses, il faut **modifier la perception** et l'attention qu'engendrent ces symptômes.

L'individu est focalisé sur son mal, le faisant sortir du mouvement habituel de sa vie et réduisant son monde à son problème et à lui seul.

Cela se traduit souvent par une anticipation anxieuse de la prochaine crise ou de l'émotion que déclenche la pathologie. Cette dernière modifie la relation du patient avec son propre corps mais aussi par rapport aux autres et au monde qui l'entoure.

L'hypnothérapie va permettre **de passer de la rigidité vers la fluidité.** Les pratiques montrent l'importance de changer de sensorialité afin de lâcher le contrôle pour s'installer dans une

posture nouvelle et se repositionner au sein de sa vie. Il faut « dissocier » sa perception pour s'ouvrir à d'autres. L'hypnose pourra alors permettre à l'individu d'**adopter d'autres stratégies de réaction.** (1,13,14)

2. L'évolution vers le changement

L'évolution par le changement est un travail autour de la **sensorialité** ; amener le patient à quitter une perception restreinte par un symptôme pour rentrer dans **un autre type de perception, une phase d'ouverture.**

Dans la phase de transe hypnotique, il va pouvoir quitter son espace restreint vers un espace ouvert et percevoir différemment sa problématique. (1,13,14)

Il faut pour cela, travailler avec les cinq sens afin de réussir à mettre de côté le contrôle la logique, l'analyse critique pour que le patient soit amené à une relation instinctive au monde, à son corps et à lui-même. Les différentes techniques d'induction s'appuient sur des voies sensibles d'un ou plusieurs canaux sensoriels. L'échelle VAKOG (voir II.2.2) est une technique qui reflète bien le système dominant de l'individu.

Le patient en hypnose joue un rôle actif, lui permettant de se reconnecter à ses ressources afin de **participer activement à son processus de guérison.** Le praticien est un guide amenant le patient au seuil du changement mais lui seul choisit de le franchir ou non.

3. Les champs d'applications

Aujourd'hui, l'hypnose est reconnue dans de nombreux domaines en cognitivo-comportemental. Son champ d'application s'étend au fil des études et de l'expérimentation des praticiens (14,15,16) :

- **La souffrance psychique, les angoisses,** les troubles du comportement, les phobies, les troubles du sommeil, le syndrome dépressif font partie des demandes majoritaires, en parallèle d'une prise en charge médicale classique. Le patient reconnaît le bénéfice de la prise en charge psychologique permettant de réduire son anxiété et la durée ou le dosage de certains anxiolytiques, antidépresseurs. Un patient souffrant d'anxiété chronique peut manifester des symptômes sans cause organique retrouvée. Ces

troubles somatoformes reflètent la perte de ses capacités d'adaptation à un environnement, à une épreuve et il souffre alors de troubles le paralysant dans son quotidien. L'hypnothérapie pourra l'aider à rompre ses blocages et reprendre confiance ;

- **Les addictions** (tabac, alcool, drogues) peuvent être contrôlées par cette méthode. Le patient sous l'emprise d'une substance va alors apprendre à s'en dégager notamment par la compréhension de cette dépendance, de ses angoisses cachées. L'hypnothérapie va changer la vision de ce besoin, en valorisant ses ressources intérieures ;
- **Les douleurs aiguës ou chroniques** comme les lombalgies, migraines ou encore les douleurs neuropathiques sont des souffrances prises en charge par cette méthode non invasive. Elle permet même une diminution de la prise de traitement antalgique. De plus, en anesthésie ou dans le domaine dentaire, l'hypnoalgésie permet une diminution des doses d'anesthésiques et d'antalgiques. Il y a alors une réduction de leurs effets secondaires et ainsi une meilleure récupération dans les suites de l'intervention ;
- **Les problèmes dermatologiques** tels que l'eczéma, le psoriasis peuvent être liés à une anxiété, une souffrance psychique. Cette technique permet de changer le rapport au corps du sujet, en modifiant ses perceptions et parfois, permet d'appréhender et de traiter de manière concomitante une souffrance psychologique plus profonde ;
- Les patients souffrant **d'asthme** peuvent y avoir recours afin de diminuer les facteurs déclenchants anxieux d'une crise. En effet, une crise est favorisée et prolongée par le stress donc un patient peut apprendre à la maîtriser par certaines techniques. L'étude du contrôle de l'asthme permet de prouver une diminution des crises dans leur durée et leur répétition, ainsi que l'utilisation de son traitement par bronchodilatateur.

Les domaines d'application en hypnose ne cessent de se diversifier. Le vertige est une sensation déroutante pour l'individu, pouvant l'amener à une anticipation anxieuse des récurrences. L'hypnothérapie est déjà reconnue dans la prise en charge des troubles anxieux. Cela nous amène donc à nous questionner sur sa place dans la prise en charge des vertiges.

V. Les vertiges

1. Découverte de la sensation

1.1. Historique

La fonction et la pathologie vestibulaire ne sont connues que depuis moins de 200 ans mais le terme vertige est connue depuis l'Antiquité. En effet, certains patients l'ont décrit comme une « désorganisation angoissante des relations de l'organisme avec l'espace ».

La première situation a été décrite par Ménière en 1861 « Un homme jeune et robuste éprouve subitement, sans cause appréciable, des vertiges, des nausées, des vomissements anéantissant ses forces ». Il décrit les vertiges, telle une enquête policière car **l'interrogatoire est très important.**

De nos jours, en médecine, le vertige a été défini comme **une illusion de mouvement.** (17)

1.2. Description

Cette illusion de mouvement peut varier dans sa description du point de vue du patient. En effet, le vertige est alors **perçu de manière subjective** comme une sensation de pseudo ébriété (dizziness en anglais) ou comme des troubles de l'équilibre, des sensations de flottement ou encore comme des sensations de décalage.

De nombreux symptômes peuvent y être associés : des douleurs, des crises de panique, de l'asthénie. En effet, les connexions vestibulaires se font à tous les étages du névraxe, induisant ces symptômes divers et variés. Ils peuvent ainsi faire penser à des troubles fonctionnels.

Ces symptômes induisent alors des comportements qui peuvent progressivement dégrader la vie sociale et professionnelle de l'individu.

Le vertige est une illusion de déplacement du corps ou d'objets environnants en un sens donné, le plus souvent de forme rotatoire. Parfois s'ajoutent de fausses sensations de position, l'impression que le corps est incliné d'un côté. Les signes de déséquilibre résultent d'une action sur les voies motrices pour corriger l'équilibre que le sujet croit avoir perdu. Le retentissement psychique peut être intense créant des angoisses, avec des difficultés à décrire les symptômes et de répondre aux questions du médecin par exemple. (17,18)

1.3. Prévalence

Les sensations vertigineuses sont parmi les motifs les plus fréquents des consultations en médecine générale (15-20% de la population générale). L'évaluation de la prévalence du symptôme vertigineux considéré comme modéré à sévère est de 29,5% (pour les femmes : 36,2%, pour les hommes : 22,4%). (19)

Une estimation rapporte qu'une personne sur sept dit avoir éprouvé au moins une fois ce symptôme (20).

La haute autorité de santé décrit en 2017 que parmi les vertiges, le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) est le plus fréquent de tous les vertiges (prévalence annuelle : 1 600 pour 100 000 (soit 1,6 %) ; sa prévalence au cours de la vie : 2,4 %). (21)

1.4. Recommandation

La prise en charge actuelle s'appuie d'abord sur **l'interrogatoire et l'examen clinique** qui permettent d'orienter vers une cause neurologique, ORL ou iatrogénique (effets indésirables imputables aux antihypertenseurs, somnifères ou antiépileptiques). Le bilan cochléo-vestibulaire même normal est fondamental. **Une exploration** plus approfondie (imagerie, bilan biologique) peut être nécessaire si l'on suspecte que la manifestation vertigineuse est secondaire à une maladie organique, centrale. L'imagerie cérébrale permet de découvrir une étiologie tumorale (neurinome par exemple), une malformation, un accident vasculaire (AVC latéro-bulbaire touchant les noyaux vestibulaires) ou encore une cause inflammatoire dégénérative telle que la sclérose en plaque.

Il existe plusieurs qualificatifs du vertige comme l'étourdissement ou l'instabilité représentant alors le spectre des symptômes des troubles vestibulaires et extra-vestibulaires. C'est donc une problématique complexe en médecine générale qui touche plusieurs **spécialités (ORL, neurologie)**, une étiologie n'est pas toujours retrouvée.

Pourtant un patient souffrant de vertige reste souvent très handicapé dans son quotidien, altéré parfois considérablement dans sa qualité de vie (arrêt de travail, anxiété, chute). Un avis et une prise en charge spécialisé (avis ORL ou prise en charge kinésithérapie vestibulaire)

pour des explorations plus approfondies demandent parfois des délais en inadéquation avec l'urgence ressentie du patient.

Les traitements anti vertigineux actuels (Acétylleucine, Bétahistine) restent parfois peu efficaces si une étiologie organique curable n'est pas trouvée. Ces derniers ne doivent pas être prescrits au long cours, seulement au cours de la crise vertigineuse. (17,18)

2. Anatomophysiologie du vertige

Tout au long de la vie, nous éprouvons de façon physiologique des sensations vertigineuses dans différentes situations comme après une danse avec des mouvements de rotation, sur un bateau avec une mer houleuse, en avion lorsqu'il monte en pic vers l'altitude au décollage ou encore en état d'alcoolisation. Ces états construisent notre **6ème sens ; la proprioception**. Cette dernière est décrite comme la perception de soi-même statique et en mouvement dans le champ gravitationnel terrestre.

Les stimuli sont des accélérations résultantes des forces appliquées sur la tête. Les capteurs sensoriels sont situés dans le labyrinthe postérieur de l'**oreille interne (vestibule)**.

Parfois, ces vertiges sont déclenchés sans stimuli préalables pouvant engendrer des difficultés dans la vie quotidienne. (17)

Les informations vestibulaires remontent à l'encéphale mêlées aux voies proprioceptives somesthésiques.

Sous le contrôle cérébelleux, des connexions se font sur des voies réflexes vers les noyaux oculomoteurs et la musculature cervicale.

Ces voies passent également par les cornes antérieures de la moelle thoracique et lombaire pour le contrôle du tonus de la musculature anti gravitaire. De plus, il existe des connexions avec des centres neuro-végétatifs. (17,20)

Ce 6ème sens se construit jusqu'à l'âge de 7 ans par l'intégration des stimuli externes vestibulaires et des réponses somesthésiques internes.

2.1. L'équilibre

La perception spatio-temporelle repose sur 2 types de capteurs :

- **l'appareil vestibulaire** situé dans l'oreille interne, capte des stimuli externes ;

Constitué de 3 canaux semi-circulaires et de la macule otolithique qui permettent d'évaluer mécaniquement des accélérations subies par la tête dont la pesanteur.

- **l'appareil proprioceptif** capte les stimuli internes. Il est situé dans les organes de la mobilité pour détecter des positions et signaler les mouvements. Ces récepteurs sont présents dans les tendons musculaires, les fuseaux neuromusculaires et sont sensibles aux élongations de nos muscles. Il y a aussi la participation du système articulaire avec les pressions qu'il subit.

Ces connexions vestibulaires sont situées à tous les étages du névraxe aussi bien au niveau du cortex cérébral, que les noyaux oculomoteurs, des cornes antérieures de la moelle, du noyau du nerf pneumogastrique ou encore du cervelet. (17,20,24)

Plusieurs fonctions sont mises en valeurs :

- la fonction cognitive qui récolte les informations vestibulaires et celles somesthésiques. Au niveau anatomique, ces données remontent au niveau de la conscience par le noyau latéro-ventral-postérieur du thalamus ;

- **la fonction émotionnelle au niveau de l'hippocampe possède des liens de connexion vestibulaire** c'est ce qui peut expliquer des angoisses rencontrées par le patient lors des vertiges ;

- la fonction de stabilisation du regard au cours des mouvements de la tête via les canaux semi-circulaires qui sont connectés aux noyaux oculomoteurs ;

- la fonction de stabilisation du corps par rapport à des forces contraires. Permettant ainsi de gérer le tonus postural des muscles anti gravitaire par le système otolithique qui est connecté à chaque hémicorps ;

- la fonction de stabilisation de la tension artérielle lors de la mise en position érigée. Permise grâce aux connexions vestibulaires avec le système neurovégétatif du noyau pneumogastrique qui induit l'accélération du cœur dès le début du mouvement.

2.2. Anatomie de l'oreille interne

L'oreille interne est constituée du **labyrinthe antérieur ou cochlée** destiné à l'audition (Figure 7). Ce dernier est une structure tubulaire enroulée sur elle-même dans une cavité osseuse, le canal cochléaire contenant l'organe de Corti avec les cellules sensorielles de l'audition.

Elle est également constituée du **labyrinthe postérieur ou vestibulaire** destiné à l'équilibration (Figure 7). Ce dernier contient 3 canaux semi-circulaires (horizontal, antérieur et postérieur qui sont situés dans des plans perpendiculaires entre eux) et de 2 sacs membraneux : le saccule et l'utricule. (22)

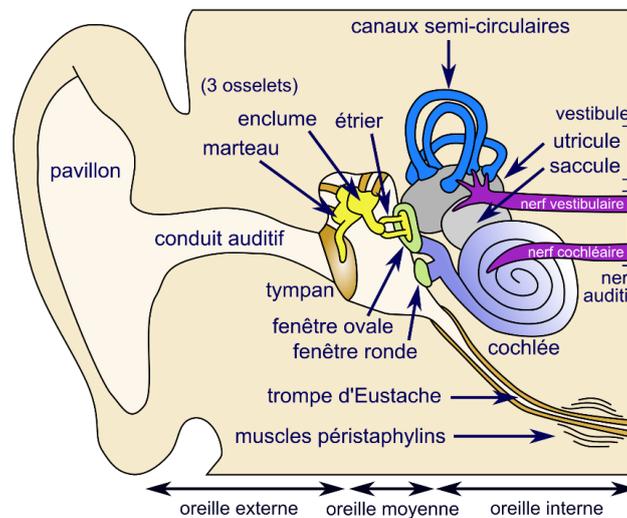


Figure 7. Schéma de l'anatomie de l'oreille (issu du site Divilib.com consulté le 10/08/2022)

2.3. Physiologie vestibulaire

Le rôle de l'appareil vestibulaire est double. Il aide le cerveau à créer une perception consciente de la position et des mouvements du corps par rapport à l'environnement. Il permet de produire 3 réflexes compensateurs qui sont :

- Le réflexe vestibulo-oculaire afin de stabiliser le regard lors des mouvements de la tête.
- Le réflexe vestibulo-spinal qui aide à maintenir la position érigée pendant la station debout et faire l'équilibre lors de la marche.
- Le réflexe vestibulo-vagual qui adapte les fonctions végétatives au changement de position.

L'appareil vestibulaire fonctionne en permanence même pendant le sommeil de manière inconsciente. Il permet le tonus musculaire selon la position même si il n'y a pas de mouvement de la tête.

Le contrôle de cette fonction se fait au niveau du cervelet principalement au niveau de l'archécervelet. (17,18,20)

2.4. Le système otolithique

Il est principalement impliqué dans l'orientation et l'équilibre. Son rôle est de détecter les accélérations linéaires et prévenir les chutes. Ce système permet au cervelet de renseigner sur la position du sujet en gérant le tonus des muscles anti gravitaires. Les otolithes sont composés de fins cristaux de carbonate de calcium « Pierres d'oreilles ».

Les stimuli physiologiques des macules otolithiques sont à la fois statiques et dynamiques. En effet, le statique pour la position de la tête dans l'espace et son inclinaison par rapport à l'axe gravitaire. Les dynamiques ou phasiques c'est-à-dire le rapport des translations rapides et brèves de la tête dans tous les plans de l'espace. (17,24)

2.5. Le nystagmus

Le nystagmus correspond à un mouvement de déplacement rythmique des globes oculaires. Il permet de guider vers un syndrome vestibulaire d'origine périphérique (atteinte du nerf VIII ou de l'oreille interne) ou d'origine central (noyaux vestibulaires dans le tronc cérébral, cervelet).

La direction et la persistance du nystagmus permet de savoir situer les zones atteintes (18,20) :

- **Unidirectionnel** type horizonto-rotatoire **épuisable** pour la lésion **vestibulaire périphérique**. La direction de la secousse rapide détermine son sens et la lente détermine la zone lésée. Il y a souvent des **signes auditifs associés** (surdité, acouphène).

- **Multidirectionnel** (peut changer de direction) et **persistant**, correspond à une lésion **vestibulaire centrale**. La localisation supranucléaire atteinte sera située, par exemple, au niveau du mésencéphale pour des mouvements oculaires verticaux ou au niveau du pont avec des mouvements horizontaux. Les noyaux vestibulaires du labyrinthe afférent permettent de réagir rapidement par un réflexe à 3 neurones. Il y a souvent présence de **signes neurologiques associés**. C'est un système qui intègre tous les autres composants de l'équilibration avec la vision, la proprioception.

3. La consultation au cabinet

Le motif de consultation pour vertiges en médecine générale peut paraître difficile au premier abord. En effet, c'est un événement déroutant pour le patient qui le subit avec des difficultés importantes pour le décrire à cause du ressenti très subjectif. D'ailleurs, il craint souvent de ne pas être reconnu dans sa pathologie.

3.1. L'interrogatoire

Il faut reconstituer l'**histoire de la maladie** avec les antécédents comme toute consultation en médecine générale. Il faut réaliser une enquête policière à la recherche des indices.

Il est important de demander au patient de raconter sa problématique sans utiliser le mot « vertige ». En effet, c'est la meilleure façon de trouver la notion d'illusion de mouvement. Si on retrouve un lien entre ces vertiges et les mouvements de la tête cela oriente le diagnostic vers l'origine vestibulaire.

Il faut chercher des indices à propos :

- **des facteurs déclenchants** (bruit fort, anxiété, une position) ;
- des antécédents du patient (facteurs de risque cardiovasculaire, ses traitements) ;
- des **symptômes associés** (photophobie, hyperacousie, conjonctivite et autres symptômes infectieux principalement ORL).

L'interrogatoire est l'élément clé du diagnostic. Il faut souvent se donner du temps et parfois revoir le patient plusieurs fois afin d'avoir un résultat concordant. (17,23,24)

3.2. L'examen clinique

L'examen oculaire par un bilan simple au cabinet de médecine générale est important afin de déterminer une atteinte **vestibulaire périphérique ou centrale**. Il faut ainsi repérer le **nystagmus** en testant les différents mouvements oculaires dans toutes les directions.

L'étude du patient à la marche et à la station debout afin de rechercher **certaines syndromes** : si il marche à petits pas collés au plancher, on peut évoquer la maladie de Parkinson ou s'il y a un élargissement du polygone de sustentation on évoque un syndrome cérébelleux.

Le test de Romberg : debout les pieds joints, bras croisés sur la poitrine avec les yeux ouverts puis fermés permet de localiser la latéralisation du vertige. Toutefois il est souvent normal dans les pathologies vestibulaires.

Il est important de rechercher au cabinet de médecine générale l'hypotension artérielle orthostatique. Il faut alors mesurer la tension artérielle couchée puis immédiatement après la mise en position érigée sur plusieurs minutes de station debout. (17,24)

3.3. Les spécialistes à consulter

La prise en charge du patient doit être globale avec un **examen neurologique complet et ORL** par l'utilisation de l'otoscope et l'étude des paires crâniennes. Il faut également demander s'il y a eu un **bilan visuel** récent chez un **ophtalmologue**.

Chez le spécialiste en ORL, il peut réaliser une vidéonystagmoscopie monoculaire ou en infrarouge. C'est un masque avec une petite caméra devant l'œil qui permet de repérer un nystagmus provoqué par des manœuvres telles que celle de Dix et Hallpike droite et gauche (relever en position assise d'un côté puis de l'autre avec une légère inclinaison de la tête).

Le spécialiste peut également définir le statut auditif du patient par la méthode de l'acoumétrie.

Il étudie également l'acuité visuelle dynamique par le mouvement rapide de la tête, normalement le réflexe vestibulo oculaire permet de garder une vision stable mais en cas de déficit vestibulaire, l'acuité visuelle du patient diminue.

Le **statut auditif** est indispensable pour le diagnostic des vertiges. L'association d'une surdité avec des vertiges rétrécit le champ des hypothèses diagnostiques. Il y a la réalisation d'une otoscopie pour découvrir une éventuelle otite chronique et rechercher des signes de fistule. L'examen vocal permet de quantifier et qualifier le déficit auditif.

On distingue les surdités de transmission (atteinte de l'oreille moyenne) ou de perception (oreille interne). Elles sont identifiées par le **test de Weber et Rinne** (Mesure de l'acoumétrie par test au diapason). (17,23,24)

4. Les différents types de vertige

Au niveau médical, les différents vertiges connus sont (17,24) :

- **Le vertige positionnel paroxystique Bénin (VPPB)** : vertige provoqué par des changements de position.
- **La maladie de Ménière** : vertiges itératifs avec une crise de vertige pouvant durer plusieurs heures séparées par des intervalles sains.
- **La névrite vestibulaire** : vertige de début brutal et de régression progressive. La récupération peut se faire sur plusieurs semaines pour permettre une compensation par les structures vestibulaire restantes ou les autres systèmes sensoriels.
- **Le vertige chronique migraineux en poussée** : le vertige est à la fois chronique polymorphe entrecoupé de périodes de déséquilibres.

Les pathologies **les plus connues** pouvant atteindre ce système vestibulaire **sont la névrite vestibulaire** correspondant à un déficit unilatéral et **le vertige positionnel paroxystique bénin** d  à une hyperexcitation unilatérale.

4.1. La névrite vestibulaire

Ce syndrome vestibulaire aigu concerne 10 à 20% des personnes consultant aux urgences pour vertiges. C'est un syndrome vestibulaire destructif brusque. Le virus responsable de type herpès a la propriété de rester dormant dans le ganglion de Scarpa après une infection qui aurait pu passer inaperçue.

Le tableau clinique se manifeste par un vertige prolongé d'apparition brutale avec des nausées, vomissements, une intolérance au moindre mouvement de la tête associé à une démarche instable et à un nystagmus pouvant persister plusieurs jours à plusieurs semaines.

À la suite de l'interrogatoire et de la clinique, la névrite est confirmée par des déviations lentes du côté atteint grâce aux épreuves caloriques montrant un déficit vestibulaire unilatéral. Les symptômes régressent progressivement en une à six semaines. Dans la moitié des cas, il s'agit d'une guérison par récupération de la fonction vestibulaire du côté lésé. Pour l'autre moitié, ce n'est pas une guérison mais les résultats d'un phénomène de compensation centrale.

La prise en charge repose sur une rééducation, substitution par la stimulation multisensorielle et la coordination œil-tête grâce à la kinésithérapie, en parallèle d'une activité physique régulière pour continuer de stimuler la compensation centrale.

4.2. Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

Il est reconnu comme **le plus fréquent des vertiges** (HAS 2017). C'est une pathologie **bénigne mais qui ne signifie pas une innocuité** car les patients se sentent très handicapés dans leur quotidien. En effet le début est souvent brutal avec un véritable chavirement de tout l'environnement qui peut bloquer totalement le patient.

Ces vertiges, une fois déclenchés, disparaissent en moins d'une minute et sont parfois associés à des sensations de pseudo ébriété avec des nausées. Après plusieurs semaines d'évolution et sans traitement particulier, les accès de crises ne surviennent plus systématiquement tout en diminuant en intensité. Le patient adopte une attitude précautionneuse en évitant certains mouvements craignant une récurrence. La guérison spontanée peut se trouver dans 50 à 85% des cas dans un intervalle de 12 à 90 jours.

Il est dit positionnel car provoqué par un désalignement de la tête par rapport à la verticale, soit dans tous les mouvements de la tête ou soit d'un côté particulier. Le mécanisme physiopathologique le plus fréquent est une action aberrante de la pesanteur sur les canaux semi-circulaires. Ce serait des canalolithiases constituées de débris d'otolithes dégénérés se mouvant dans l'endolymphe sous l'effet de la pesanteur. À la suite d'un mouvement, ces débris se retrouvent piégés dans les canaux semi-circulaires. Il existe un vertige par canal mais c'est l'atteinte du canal postérieur qui représente 90% des cas car c'est le point le plus déclive du labyrinthe.

Le diagnostic est exclusivement clinique. Il est déduit alors par les symptômes et le nystagmus provoqué par la manœuvre de Dix et Hallpike. La preuve définitive repose sur l'efficacité des manœuvres libératoires de Semont ou d'Epley (Figure 8) qui permettent de replacer les lithiases dans l'utricule où elles sont résorbées.

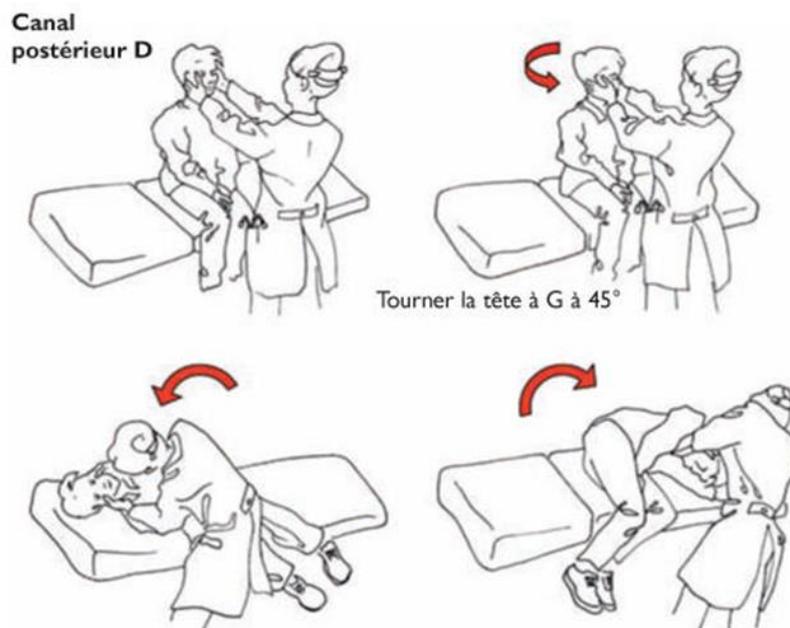


Figure 8. Manœuvres libératoires de Semont ou d'Epley (issues de la Revue médicale Suisse 356 ORL du 03/10/2012)

4.3. La maladie de Ménière

Une maladie chronique évoluant par crises de vertiges paroxystiques durant moins de 24h. Les critères diagnostiques reposent sur un syndrome auditif unilatéral caractéristique chez un même individu (bourdonnements, sensation d'oreille bouchée, surdité prédominant sur les basses fréquences) faisant suite à une illusion de rotation. Donc les 3 signes à identifier sont :

- les signes vestibulaires ; au moins 2 crises de vertige rotatoire de plus de 20 minutes accompagné souvent de nausées, vomissements.

- les signes auditifs : audiogramme montre une hypoacousie prédominant sur les fréquences graves.

- d'autres signes otolithiques ; acouphènes et plénitude d'oreille.

L'origine encore discutée, serait virale ayant pour conséquence un dysfonctionnement des voies endolymphatiques entraînant une accumulation liquidienne (à la manière du glaucome pour l'œil).

La maladie de Ménière ne concerne pas un type de population mais est surtout retrouvée chez le sujet d'âge moyen en activité professionnelle. Au cours de la vie de l'individu, la pathologie s'installe sur plusieurs années avec des crises de plus en plus rares, diminuant progressivement en intensité laissant alors parfois une simple sensation de bascule, de flottement ou de pseudo ébriété.

Des symptômes qui handicapent le quotidien des malades par la crainte des récives de nouvelles crises. Ces dernières induisent souvent une incapacité à se tenir debout et des symptômes végétatifs intenses. Certains patients s'isolent socialement et peuvent même être catalogués avec « des manifestations psychosomatiques ». Leur qualité de vie est alors très altérée par la restriction des activités et la modification du mode de vie même si au fur et à mesure des années les crises sont réduites en intensité et en fréquence.

Cette maladie chronique, invalidante nécessite un régime hypohydrique et hyposodique ainsi qu'un diurétique. Le traitement médical de première intention par antihistaminique et anticholinergique a démontré son efficacité malgré un effet placebo reconnu. Dans les cas le plus sévères, le traitement peut être chirurgical.

4.4. Les vertiges et les migraines

La migraine constitue un facteur prédisposant significatif pour les vertiges, ce serait la deuxième cause de vertiges après les VPPB. Ainsi 27 à 33% des migraineux se plaignent de vertige épisodique et jusqu'à 72% d'accès de pseudo ébriété.

La crise vertigineuse correspondrait à la marche migraineuse qui se développerait au niveau du tronc cérébral ; « aura d'une migraine basilaire ». La forme typique est des vertiges rotatoires épisodiques positionnels avec des accès d'instabilité survenant quelques minutes après les troubles visuels (phosphène scintillant, vision floue).

La crise, comme toute aura, dure moins d'une heure puis laisse place à des céphalées pulsatiles. Certaines formes incomplètes se résument à des crises de vertiges isolés.

Certains états migraineux sont susceptibles de retentir directement sur l'oreille interne et d'induire des vertiges type positionnels bénins classiques ou de mimer au stade précoce la maladie de Ménière (avec ses symptômes auditifs, plénitude de l'oreille ou encore des acouphènes). Il n'y a malheureusement pas de test objectif qui prouve la responsabilité de la migraine mais l'efficacité thérapeutique du traitement anti migraineux reste la preuve étiologique (éliminer les facteurs déclenchants, traitement tel que les triptans).

Plusieurs hypothèses du mécanisme sont proposées :

- Théorie de l'origine de la douleur sur une hypoperfusion sanguine transitoire au niveau labyrinthique.
- Mécanisme de désinhibition des structures sensorielles avec des influx nociceptifs provoquant une inflammation non appropriée.
- La théorie des neurotransmetteurs (noradrénaline, dopamine et autres) qui sont relargués au cours d'une crise migraineuse et peuvent influencer sur l'activité vestibulaire.

4.5. L'anxiété

L'anxiété est co-existentielle des vertiges à cause notamment des connexions vestibulaires linguaires : cette « angoisse vestibulaire » est secondaire à une authentique pathologie vestibulaire qu'il s'agisse d'une névrite, d'une maladie de Ménière ou des vertiges paroxystiques positionnels bénins. Le patient est guéri de sa pathologie mais se retrouve déstabilisé au moindre symptôme lui rappelant ses maux. Il peut alors ressentir des sensations de déséquilibre, pouvant mimer une récurrence.

Ces vertiges et déséquilibres chroniques sont dit psychogéniques ; sans anomalie vestibulaire, ni cause médicale et sont rarement acceptés par le patient. Il est important de noter que 30% des migraineux et des patients atteints d'une pathologie chronique s'accompagnent d'une anxiété chronique. (17,24)

VI. Etude de l'hypnose dans la prise en charge du syndrome vertigineux.

L'hypnothérapie est une méthode non invasive de plus en plus utilisée pour soulager de nombreuses pathologies fréquentes en médecine générale comme déjà citées (angoisse, dépression, céphalée, insomnie, douleurs chroniques, colopathies). Cette méthode est peu étudiée dans le cadre des syndromes vertigineux d'après les recherches bibliographiques avec ressources odebuplus.univ-poitiers, SUDOC, PUBMED, Google scholar et Google. Un article évoque la méthode de training autogène de Schultz (25) qui est une technique de relaxation par méthode d'autohypnose. Elle s'applique à des patients souffrant d'une pathologie vertigineuse chronique en lien avec une lésion vestibulaire. L'angoisse générée est alors efficacement prise en charge par cette méthode, réduisant la plainte vertigineuse du patient.

Si les résultats de l'étude avec la prise en charge des vertiges par l'hypnothérapie sont concluants, alors cette technique serait un outil complémentaire à la prise en charge habituelle. Elle comprend notamment un avis ORL, dont les délais de rendez-vous ne sont souvent pas en adéquation avec l'urgence ressentie... La thérapie par l'hypnose permettrait d'apporter une aide précoce, accessible, non invasive aux patients souffrant de syndrome vertigineux et cela sans retarder la prise en charge habituelle.

1. Caractéristiques de l'étude

L'étude menée est observationnelle descriptive prospective avec recueil des données chez des professionnels de santé formés en hypnose et des hypnothérapeutes au niveau national sur une période d'un an (juillet 2021 à juillet 2022). Le patient consulte spontanément pour ce motif dans un cabinet ou est conseillé par un médecin, un proche.

Le questionnaire est rempli soit directement par le patient après la première séance, soit par l'intermédiaire du dossier médical du patient transmis par le praticien. Ces deux options sont réalisées après consentement écrit du patient.

L'individu doit remplir de nouveau le questionnaire après plusieurs séances en hypnose.

Notre hypothèse principale est une amélioration des symptômes évaluée par l'amélioration significative du score EEV. La seconde partie permet d'évaluer les éventuels changements sur la qualité de vie et d'objectiver des événements intercurrents (rendez-vous spécialisé par exemple).

Les rencontres lors des consultations de méthodologie en biostatistiques au CHU de Poitiers, m'ont permis de réaliser une déclaration de la base de données auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Ce dépôt de formulaire (contenant le résumé du protocole) à la CNIL est nécessaire pour le respect de la Méthodologie de Référence des traitements des données personnelles opérés dans le cadre des recherches MR004.

2. Procédure de rencontre du patient avec le professionnel de santé

J'ai contacté plus d'une centaine de professionnels en métropole Française avec présentation de l'objectif de ma thèse, la procédure, ainsi que mon questionnaire. Ce projet de thèse sur l'ensemble du territoire a suscité l'intérêt de nombreux professionnels de santé. Malgré les rappels fréquents et l'élargissement du périmètre géographique je n'ai pu recevoir des données que de 6 praticiens différents. Ceux qui ont pu recruter les patients éligibles durant cette période sont :

- Une médecin généraliste formée en hypnose par l'organisme ADETAP (Association d'hypnose Ericksonienne et de thérapies actives du Poitou) ;
- Un chirurgien-dentiste formé au DU d'Hypnose dentaire à la Faculté d'odontologie de Montpellier ;
- Deux hypnothérapeutes formées à l'Institut Français d'Hypnose Humaniste et Ericksonienne (IFHE) de Bordeaux ;
- Une hypnothérapeute ayant un master en Hypnose Ericksonienne délivré par l'Institut Français d'Hypnose Ericksonienne (IFHE) de Bordeaux, ainsi qu'en Programmation Neuro-Linguistique (PNL). Elle est formée à la Thérapie Brève Stratégique à l'Institut Grégory Bateson de Liège ;
- Un Hypnothérapeute ayant servi dans le Groupement d'intervention de la gendarmerie national (Gign) formé à la PLN (programmation neurolinguistique) et à

l'hypnose Ericksonienne par l'intermédiaire d'une école en hypnose l'AFNH (Association Française de Nouvelle Hypnose) Perrot 2015 sur Paris et Rennes ;

- Une hypnothérapeute formée en hypnose Ericksonienne à Nantes.

L'objectif fixé est d'une dizaine de patient. Les premiers retours des praticiens en hypnose ont d'ailleurs souligné la faible demande pour cette plainte.

Ils sont informés oralement par le praticien puis doivent signer un consentement écrit (annexe 1). Ils reçoivent une explication au sujet des données personnelles récoltées (questionnaire, âge, sexe etc.). Ces dernières seront protégées, gardées confidentielles et ne seront utilisées que pour des études statistiques. Il leur est également demandé leur numéro de téléphone si j'ai besoin de préciser certaines informations ultérieurement. Par ailleurs, je leur laisse également mes coordonnées afin de pouvoir répondre à leurs interrogations si besoin.

3. Les critères d'inclusions et d'exclusions

Les critères d'inclusion sont : patients majeurs ayant pour motif de consultation, le vertige. L'étiologie de ce symptôme n'est pas forcément étiquetée par un professionnel de santé ou spécialiste.

Les critères d'exclusions sont : les vertiges de hauteurs, les patients mineurs.

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est : d'évaluer l'efficacité de la pratique de l'hypnose sur des patients souffrant de syndrome vertigineux.

Il sera évalué par la variation du Score EEV (Echelle Evaluation des Vertige).

Les objectifs secondaires sont :

- l'étude des variations des items de l'échelle EEV les plus importantes ;
- l'évaluation du ressenti personnel du patient sur ses symptômes par une échelle numérique ;
- mesure de l'impact sur la qualité de vie avec l'aide d'une échelle numérique ;
- identifier les types de vertiges répondant à cette méthode.

Cela permettrait de démontrer l'intérêt de l'hypnose en médecine générale.

5. Les outils de mesure

Les outils de mesure reposent sur un questionnaire. Il est rempli soit directement par le patient après la première séance, soit par l'intermédiaire du dossier médical du patient.

Le même questionnaire (voir en annexe 2) est réalisé à nouveau quelques mois plus tard afin d'objectiver des variations de réponses.

5.1. Critère de jugement principal : score EEV

Mes recherches bibliographiques m'ont permis de trouver l'échelle (26) la plus représentative de la plainte des patients : la **variation du Score EEV** (Echelle Evaluation des Vertige) dans une étude de Validation clinique échelle de vertige sur LISSA (Littérature Scientifique en Santé).

Ce score est validé en 2001 par une étude tirée de la revue de laryngologie otologie et rhinologie numéro 2 de 2001. En effet, cette échelle est en hétéro-questionnaire permettant autant au médecin qu'au patient, de quantifier le vertige, les symptômes vestibulaires associés et d'en suivre l'évolution. Elle représente l'ensemble des symptômes du syndrome vestibulaire avec l'illusion de mouvement, la durée de l'illusion, l'intolérance au mouvement, les signes neurovégétatifs, et l'instabilité. L'évaluation de l'efficacité thérapeutique est possible, tout en permettant au patient de bien repérer sa propre perception de son symptôme.

5.2. Les critères secondaires

Il est pertinent d'approfondir l'étude des variations des items de l'échelle EEV les plus importantes. Cela permettrait d'évaluer sur quelle partie de la sensation vertigineuse, l'hypnothérapie est la plus efficace.

Les autres critères secondaires posent de nouvelles questions, plus subjectives. Elles mesurent :

- L'impact et l'intensité du syndrome vertigineux dans la vie quotidienne ;
- Le ressenti personnel du patient sur la sensation vertigineuse.

Une échelle de variation avec une aide de cotation de 0 à 10 (absence à intensité maximale) permet de les aider.

5.3. Eléments complémentaires

D'autres éléments sont ajoutés au formulaire tels que les spécialistes consultés (ORL, orthoptistes, kinésithérapie vestibulaire). Il y a également une question sur le diagnostic établi ou non de leur syndrome vertigineux. Une autre demande se porte sur la prise médicamenteuse, si les patients ont testé d'autres méthodes thérapeutiques ou encore s'il s'agissait d'un premier épisode de vertige.

6. Analyse des données

Les données du critère de jugement principal par le score EEV sont rapportées sur tableau EXCEL ainsi que sur le site biostat.tgv. C'est un site gratuit qui permet de réaliser simplement des tests statistiques en ligne via un logiciel de calcul.

Les critères secondaires et les données sur les caractéristiques de la population sont également rapportés sur tableau EXCEL.

VII. Les résultats

1. Caractéristiques et réponses de la population

La période de juillet 2021 à juillet 2022 a permis le recrutement de quatorze patients. Il comprend 5 femmes (36% des sujets) et 9 hommes (64%). La moyenne d'âge est de 53 ans allant de 37 à 72 ans.

Peu de patients ont un diagnostic établi par un professionnel spécialisé en ORL :

- Un malade évoque « un état inflammatoire chronique de l'oreille interne avec hydrops endolymphatique »,
- Un malade souffre de névrite vestibulaire
- Deux sujets ont des vertiges paroxystiques positionnels bénins

Parmi ces patients, deux ont pu bénéficier de séances d'hypnothérapie par l'intermédiaire de leur médecin traitant qui le pratique. Les autres patients sont adressés par leur médecin à un praticien en hypnothérapie de leur connaissance ou se sont rapprochés de cette technique

par les conseils d'un proche. La moyenne des séances est de 3, allant d'une seule jusqu'à 6 séances pour un même patient. Ces thérapies sont effectuées avec des délais variables d'environ 15 jours entre chacune.

Le formulaire fait ressortir que 2 patients ont reçu un traitement par acétylleucine seule, 2 autres ont pris de l'acétylleucine avec de l'alprazolam associé et 2 ont reçu un traitement par escitalopram.

De plus, 5 patients ont pu bénéficier de séances de kinésithérapie vestibulaire (allant de 3 à 10 de séances). Seulement 2 patients ont reçu une prise en charge orthoptique.

Un patient a consulté un ostéopathe dans la rubrique « autres méthodes thérapeutiques » et un autre a été pris en charge en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) par un psychologue.

2. Critère de jugement principal : Score EEV

L'étude réalisée repose sur la variation du score chez un même patient avant et après la ou les séances d'hypnothérapie (Figure 9). Le facteur d'étude est deux échantillons qualitatifs (patients avant et après les séances) appariés dans le temps avec une variable de réponse quantitative (différence moyenne entre deux mesures). Le test le plus adapté est alors les Tests des rangs signés de Wilcoxon, d'autant plus que l'étude rapporte peu de données à cause du faible effectif. On cherche à prouver une efficacité de cette méthode non invasive sur la réduction des symptômes vertigineux.

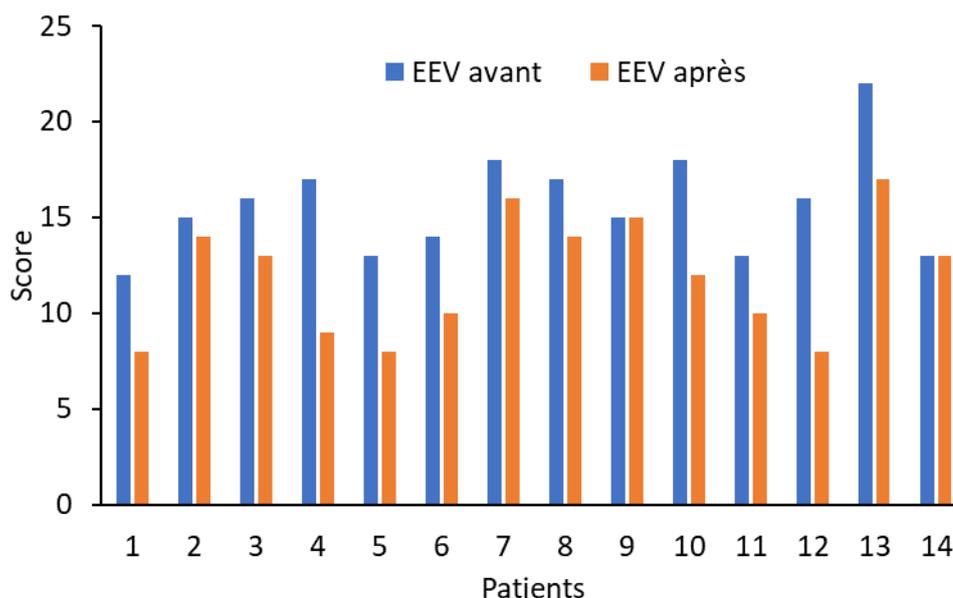


Figure 9. Score EEV chez des patients avant et après séance(s) d’hypnothérapie.

Le score initial de l’échelle EEV est en moyenne de $16/25 \pm 2.67$ contre un score en moyenne de $12/25 \pm 3.09$ à l’issue des séances. Le seuil est statistiquement significatif par les Tests des rangs signés de Wilcoxon avec une p-value <0.05 ; aux environs de 0.0025. Le score minimal de l’échelle EEV est de 5/25 correspondant à une disparition complète de la sensation vertigineuse (Figure 9). Un score inférieur à 8 correspond à des symptômes vertigineux bien tolérés par les patients alors qu’un score supérieur à 16 les rend difficiles à supporter dans la vie quotidienne.

Le Tableau 1 montre qu’aucun des patients n’a obtenu de score inférieur à 8 avant les séances. De plus, la moitié d’entre eux avaient des symptômes difficilement tolérables (≥ 16). Après une ou plusieurs séances les patients ayant un score ≤ 8 concernent 22% en moyenne des sujets de l’étude et ceux qui ont un score ≥ 16 ne représentent plus que 14%.

	Avant séance	Après séance(s)
Score $\leq 8/25$	0	3 (22%)
$8 < \text{Score EEV} < 16$	7 (50%)	9 (64%)
Score ≥ 16	7 (50%)	2 (14%)

Tableau 1. Score échelle EEV avant et après séance(s).

3. Etude des critères secondaires

L'étude porte sur la mesure des variations les plus pertinentes des items du score EEV dans le cadre de la pratique de l'hypnothérapie. La seconde partie de l'étude repose sur la description plus subjective des sensations vertigineuses et leurs impacts sur la vie quotidienne des individus.

3.1 Les items du score EEV

Il est intéressant d'étudier chaque item de ce score afin d'identifier sur quelle partie du vertige, l'hypnothérapie est la plus efficace. Ainsi la diminution majeure du score concerne la durée de l'illusion d'une part et l'intolérance au mouvement d'autre part. (Tableau 2).

	Pourcentage de régression du score de l'item avant /après séance(s)
Illusion de mouvement	0%
Durée illusion	57%
Intolérance au mouvement	57%
Signes neurovégétatifs	21% *
Instabilité	50%

*(mais seulement 4 personnes étaient concernées (75% des 4 ont une régression))

Tableau 2. Calcul du pourcentage de régression du score de chaque item de l'EEV en comparant avant et après séance(s) d'hypnothérapie.

3.2. Intensité de la sensation vertigineuse

L'échelle subjective de l'intensité de la sensation vertigineuse est en moyenne de 8 ± 2.28 contre un score en moyenne de 4 ± 1.60 à l'issue des séances (Figure 10). Le seuil est statistiquement significatif par les Tests des rangs signés de Wilcoxon avec une p-value <0.05 ; aux environs de 0.0010.

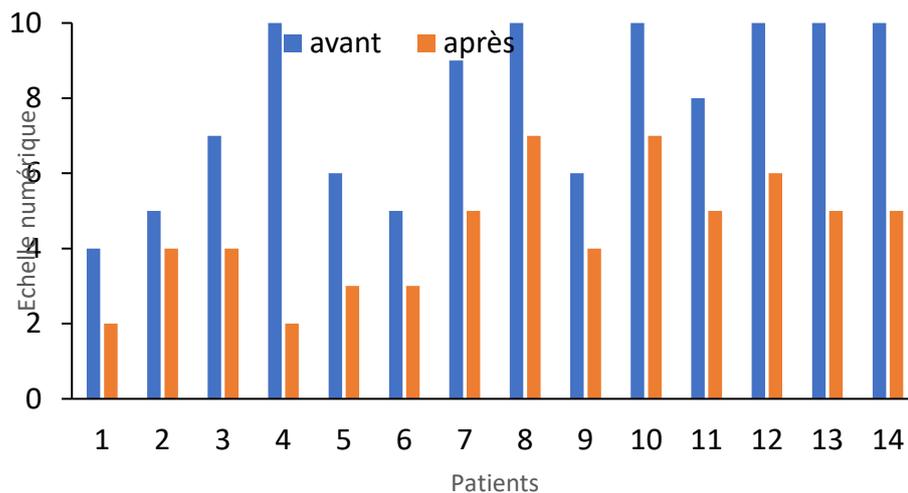


Figure 10. Echelle subjective de l'intensité de la sensation vertigineuse avant et après séance(s) d'hypnothérapie.

3.3. Retentissement dans la vie quotidienne

L'échelle subjective du retentissement dans la vie quotidienne est en moyenne de 8 ± 2.25 contre un score en moyenne de 4 ± 1.51 à l'issue des séances (Figure 11). Le seuil est statistiquement significatif par les Tests des rangs signés de Wilcoxon avec une p-value <0.05 ; aux environs de 0.0010.

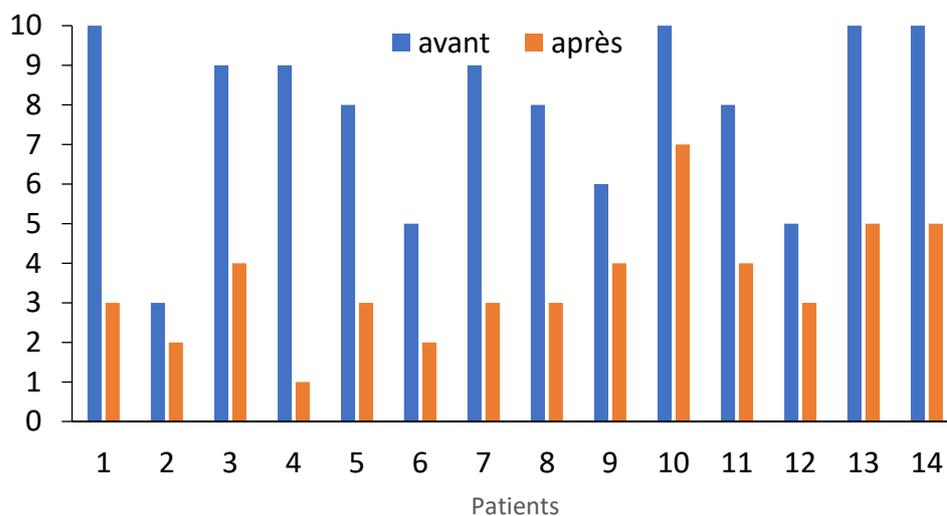


Figure 11. Echelle subjective du retentissement dans la vie quotidienne de patients avant et après séance(s) d'hypnothérapie.

3.4. Questions ouvertes

La majorité des sujets (8 patients) touchés par les épisodes chroniques répétés (durées allant de 3 à 40 ans) souligne le stress engendré et l'altération considérable de leur quotidien ; trois ayant dû privilégier le télétravail, 2 autres étant devenus inaptes à la conduite automobile.

Dans les réponses libres, l'ensemble des patients approuve cette technique pour la sensation de calme et plénitude immédiate après la séance. L'alliance thérapeutique avec le praticien est importante dans le processus de guérison. Des sujets soulignent cette rencontre, ils décrivent un professionnel à l'écoute et attentif à leur besoin ; « belle découverte de la technique et surtout un plaisir d'échanger ». La perception de leur corps avec l'environnement a évolué, devenant plus à l'écoute des sensations perçues. De plus, des patients constatent une amélioration de leur sommeil dans les suites de la séance, un sujet utilise même la phrase « repos récupérateur qui me permet de retrouver un équilibre dans ma vie ».

VIII. Discussion

1. Résultats de l'étude

L'étude menée sur la pratique de l'hypnothérapie pour des patients souffrant de syndrome vertigineux montre une amélioration significative de leurs symptômes par l'analyse de la variation du score EEV (Figure 9).

On remarque que chez certains individus malades, la correction de ce syndrome s'appuie sur la réduction de la durée de l'illusion de mouvement, pour d'autres, sur la tolérance du mouvement et encore sur la régression de la sensation d'instabilité. Les individus peuvent également ressentir une combinaison de ces différentes améliorations.

L'interrogatoire plus subjectif, avec les échelles numériques, appuie cette évolution. Ainsi l'intensité du mouvement et son retentissement dans la vie quotidienne sont réduits de manière significative (Figure 10 et 11).

Il est curieux de noter l'absence d'évolution du score EEV après les séances d'hypnothérapie pour certains patients. Pourtant, ils éprouvent une amélioration à leurs réponses subjectives.

Ce paradoxe pourrait s'expliquer par le fait que les patients qui n'ont pas (ou très peu) de changement de leur sensation vertigineuse « ont appris à vivre avec », devenant supportable au quotidien.

L'objectif secondaire de trouver sur quel type de vertige la pratique de l'hypnothérapie est la plus efficace est toutefois compromise. En effet il y a une disparité des sensations vertigineuses avec peu de diagnostic établi au préalable sur un faible effectif de patient.

Toutefois dans l'étude des questionnaires, les patients souffrant de sensation vertigineuse chronique (depuis plus de 3ans) et faisant suite à une pathologie vestibulaire organique guérie semblent se détacher dans la plus grande variation de score.

Celui d'identifier le type de population est également compliqué par la distribution non équitable entre les sexes, âge et durée d'évolution des vertiges. Par ailleurs, il serait intéressant de catégoriser le patient dans son environnement psychosocial afin de cerner un individu type ; le plus réceptif à cette méthode.

Il serait pertinent d'étudier le délai nécessaire entre la plainte du patient pour vertige et l'efficacité de la méthode thérapeutique par hypnose. Autrement dit, si un délai d'intervention en hypnose précoce par rapport au début de la crise serait corrélé à une meilleure efficacité de la prise en charge.

Le critère de jugement principal ainsi que ceux secondaires permettent d'évaluer une amélioration de la symptomatologie vertigineuse dans la vie quotidienne des patients. Cette technique non invasive a intérêt dans la demande des patients en médecine générale.

En effet, le patient possède des ressources inconscientes pouvant être mobilisées à l'aide d'un praticien formé en hypnose.

La méthode de training autogène de Schultz (25) sur le syndrome vertigineux n'est pas une pratique répandue en France. De plus, il est difficile pour un patient d'appréhender l'auto-hypnose sans avoir vécue au moins une transe hypnotique guidée par un thérapeute. Conseiller cette méthode est alors difficilement envisageable.

Différentes études ont démontré l'efficacité de certaines médecines alternatives sur les vertiges périphériques. Par exemple en Espagne par l'acupuncture (27). Cette étude démontre

une amélioration des symptômes avec seulement 2 de leurs 25 patients qui n'ont pas éprouvé d'amélioration. Cette méthode peut être jugée comme invasive par certains patients par l'utilisation des aiguilles à des fins thérapeutiques.

Une prise en charge ostéopathique structurale sur les VPPB du canal postérieur a fait l'objet d'un mémoire (28). La conclusion est que cette technique permet de potentialiser les bénéfices physiques, émotionnels et fonctionnels des personnes atteintes. Cette étude est toutefois limitée à ce seul type de vertige.

Ainsi au cabinet de médecine générale, proposer l'hypnothérapie pour des sujets souffrant de syndrome vertigineux est d'autant plus judicieux si le patient attend une démarche centrée sur l'amélioration de son symptôme au sein d'une amélioration globale. L'hypnose est reconnue comme bénéfique pour des patients anxieux et le vertige est lié intimement à cette sensation.

2. La force de l'étude

Les recherches ont permis de constater qu'aucune étude n'avait été effectuée sur l'intérêt de l'hypnose pour des patients souffrant de sensations vertigineuses. Elle permet d'apporter aux patients une meilleure qualité de vie avec une réduction voire une abolition complète des sensations d'instabilité. L'échelle EEV, validée par les spécialistes en ORL, permet d'étudier tout type de sensation vertigineuse. Actuellement, la population française est ouverte aux thérapies basées sur des techniques de communication et les preuves de son efficacité ne cessent d'être révélées par des thèses ou autres études pour diverses pathologies. De plus, les vertiges font partie des maux les plus répandus dans la population française. Les patients interrogés ont été ravis de partager cette expérience et ont tous répondu ; l'étude ne déplore alors aucun perdu de vue. Cette étude est alors originale, reproductible et porte un intérêt dans la population générale.

3. Les limites de l'étude

L'étude avait un faible objectif de patient (14 sujets inclus) malgré une étendue de recrutement sur le territoire français. Un faible retour, expliqué par le peu de consultation pour ce motif en hypnothérapie. La puissance de l'étude pourrait être augmentée avec une plus grande échelle de patients et serait donc plus représentative de la population française.

Il existe un biais de recrutement des intervenants. Les praticiens n'ont pas la même formation initiale en hypnothérapie, il est possible qu'ils utilisent des techniques différentes lors de leurs séances. Il est difficile de réaliser des études en hypnothérapie car elle est basée sur une relation entre deux individus et une communication propre à l'intervenant.

Le biais de mémorisation est expliqué par la difficulté pour les sujets de se rappeler exactement de leurs sensations antérieures aux séances et répondre à nouveaux au questionnaire.

Le biais de suivi car les patients n'ont pas tous eu le même nombre de séances et avec des intervalles pouvant varier d'un sujet à un autre. Un protocole établi au préalable avec un nombre de séance et avec intervalle défini est difficile à envisager car le patient est autonome dans sa demande selon ses besoins et disponibilités. Une séance d'hypnothérapie est unique avec une relation propre aux deux protagonistes.

Il y a le biais de confusion, certains patients bénéficiaient de séances de kinésithérapie vestibulaire, d'autres de séances d'orthoptie ou autres. Des sujets prenaient un traitement médicamenteux (acétylleucine, escitalopram et alprazolam) afin d'aider à réduire leurs symptômes vertigineux. L'amélioration clinique ne serait alors peut-être pas due uniquement aux séances d'hypnothérapie. Il est difficile de demander, du point vu éthique, à un patient de ne tester que cette pratique non invasive. En effet, les patients ayant plusieurs thérapies simultanées invoquent le besoin de se donner le maximum de moyens afin de guérir.

4. Les perspectives

Une étude à plus large échelle permettrait de confirmer ces résultats, en étant plus représentative de la population française. Une étude comparative avec des patients n'ayant pas de prise en charge en hypnose, afin d'évaluer si l'amélioration des symptômes est plus rapide ou juste mieux tolérée pour ceux bénéficiant des séances.

L'hypnothérapie serait alors complémentaire à la prise en charge classique du patient souffrant de vertige. Ce dernier pourrait réduire sa consommation médicamenteuse, améliorer sa qualité de vie. Il pourrait également prendre conscience de ses ressources afin d'affronter d'autres problématiques grâce à cette technique non invasive.

L'hypnothérapie est un outil reconnu dans le domaine médical, pourtant les étudiants en médecine n'ont pas ou très peu de connaissance sur le sujet durant leur cursus. De plus, son utilisation en médecine générale peut être utile en tant qu'outil de communication pour accomplir la relation médecin-patient et renforcer les capacités propres au malade.

IX. Conclusion

Le syndrome vertigineux en médecine générale est un motif de consultation fréquent et difficile à prendre en charge. En effet, le patient peut éprouver des difficultés à décrire son ressenti avec un impact non négligeable dans sa vie quotidienne. Malgré une approche conventionnelle et optimale, le soignant se retrouve souvent dans l'attente d'un avis spécialisé. La prise en charge est alors ralentie, renforçant la détresse du patient. L'hypnothérapie est une technique thérapeutique en pleine essor dans de nombreuses pathologies. Son indication pour des patients souffrant de syndrome vertigineux permet une approche globale, précoce et non invasive. Notre étude démontre une efficacité significative sur la diminution des symptômes ; ils sont moins intenses voir totalement abolis avec une amélioration de qualité de vie. L'hypnothérapie permet de renforcer la relation soignant-soignée, par un soin basé sur la communication et centré sur l'individu. Ce dernier prend conscience de ses ressources intrinsèques, lui permettant d'affronter d'autres épreuves tout au long de sa vie. Les résultats encourageants de cette étude permettraient de continuer les recherches en incluant un plus grand nombre de patients.

X. Annexes

Annexe 1 : Consentement à remplir et signer destiné au patient

Consentement écrit du patient :

Je soussigné (nom, prénom)

.....né(e) le

...../...../....., apporte mon consentement pour participer à l'étude menée par l'interne GEORGES Mélanie sur le thème de l'hypnose médicale.

Conformément à l'obligation médicale du secret professionnel, toutes les données personnelles du patient sont protégées et gardées confidentielles.

Numéro de téléphone auquel je souhaite être rappelé :

.....

Le/...../.....

Signature :

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patients ayant participé à l'étude

Questionnaire Patient :

Nom :

Age :

Sexe : Masculin ou Féminin

Date de la consultation :

Nom du praticien :

➤ Praticien habituel ou Première consultation ?

➤ Traitements en lien avec le syndrome vertigineux ? OUI ou NON
Si OUI précisez quel traitement, depuis combien de temps ?

➤ Démarche auprès d'un spécialiste ORL ? OUI ou NON
Si OUI précisez le diagnostic posé chez ce spécialiste et sa prise en charge :

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

➤ Pratique de kinésithérapie vestibulaire ? OUI ou NON
Si OUI précisez le nombre de séances effectuées

➤ Pratique des séances d'orthoptie ? OUI ou NON
Si OUI précisez le nombre de séances effectuées

➤ Autres méthodes thérapeutiques ? OUI ou NON
Si OUI précisez

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

Calcul du score EEV

➤ Illusion de mouvement :

- 1) Aucune
- 2)
- 3) Impression d'être emporté à droite ou à gauche / mouvement d'ascension ou de descente /pseudo ébriété (comme une ivresse), tangage
- 4)
- 5) Impression de rotation (de soi ou des objets environnants)

➤ Durée de l'illusion

- 1) Aucune
- 2) Moins de 1 minute
- 3) De 1 minute à 1heure
- 4) De 1 heure à 3 heures
- 5) De 3 à 24heures

➤ Intolérance au mouvement

- 1) Aucune
- 2) Rarement ou peu
- 3) Parfois ou modérément
- 4) Souvent ou pas beaucoup
- 5) Systématiquement ou intensément

➤ Signes neurovégétatifs (Nausées)

- 1) Pas de signe
- 2) Nausées sans corrélation (liées) avec les accès vertigineux
- 3) Nausées corrélées (liées) aux accès vertigineux
- 4) Nausées à l'origine d'un ou deux vomissements
- 5) Vomissement incoercibles (incontrôlables)

➤ Instabilité (y compris pendant l'illusion)

- 1) Pas d'instabilité
- 2) Instabilité qui ne fait pas tomber et qui ne gêne pas le quotidien
- 3) Instabilité qui ne fait pas tomber mais qui gêne au quotidien
- 4) Instabilité qui fait parfois tomber, soit en station debout, soit à la marche
- 5) Instabilité qui fait tomber dès que le patient se lève

Questions à réponse libre :

- 1) Décrivez de manière subjective ; avec vos mots, l'intensité ressentie de la sensation vertigineuse :

Si vous pouviez coter entre 0 et 10 l'intensité du vertige ou de la sensation vertigineuse, à combien la coteriez-vous ?

Considérant que 0 = absence et 10 = intensité maximale possible :

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

- 2) Quel retentissement et son intensité dans la vie quotidienne

Si vous pouviez coter entre 0 et 10 l'intensité du retentissement, à combien la coteriez vous ?

Considérant que 0 = absence et 10 = intensité maximale possible :

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

- 3) Depuis combien de temps évoluent les vertiges ? Est-ce le premier épisode ?

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

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

le retourner à l'adresse mail : manigegorges@orange.fr

si vous avez des questions n'hésitez pas à me contacter au 06.76.62.77

XI. Bibliographie

1. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Aide-mémoire - Hypnothérapie et hypnose médicale : en 57 notions. Dunod; 2014. 382p.
2. L'AFNH - association francophone de nouvelle hypnose : <https://hypnoses.org/> consulté le 10/09/2022.
3. Institut Français Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne - IFHE Disponible sur: <http://www.ifhe.net> consulté le 12/09/2022.
4. Sydney R. Ma voix t'accompagnera, Milton H. Erickson raconte - Hommes et groupes. 1998. 260p.
5. Godin J. La Nouvelle Hypnose : Vocabulaire principes et méthode- Albin Michel; 2017. 419p.
6. Betbèze J. Neurones miroirs, mimétisme et hypnose. In: Interventions et Thérapies Brèves : 12 Stratégies Concrètes Elsevier; 2020 p. 1-7. Disponible sur <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294768125000019> consulté le 20/09/2022.
7. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin.* oct 2014;44(4):343-53.
8. Goyheneche J. La neuro-imagerie au service de la `` neurophénoménologie '' de l'hypnose. Étude de l'effet anti-nociceptif. : Juil 2016 ; 66p.
9. Munoz Musat E, Rohaut B, Sangare A, Benhaïem JM, Naccache L. Hypnotic Induction of Deafness to Elementary Sounds: An Electroencephalography Case-Study and a Proposed Cognitive and Neural Scenario. *Front Neurosci.* 17 mars 2022;16:756651.
10. Le système limbique. Neuromedia. 2021.Disponible sur: <https://www.neuromedia.ca/le-systeme-limbique/> consulté le 07/09/2022.
11. Rainville P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Théologiques.* 2004;12(1-2):15.
12. Bastin C. Le réseau cérébral par défaut : un repos qui n'en est pas un. *Revue de neuropsychologie.* 1 janv 2018;10:232.

13. Hypnose et Thérapie Cognitivo-Comportementale. École d'Hypnose Francophone 2020. Disponible sur <https://www.ecole-hypnose-francophone.fr/hypnose/hypnose-therapie-cognitivo-comportementale/> consulté le 10/09/2022.
14. Benhaiem JM. Hypnose-toi toi-même : Tabac, perte de poids, migraine, stress, sommeil... Paris : FLAMMARION ; 2019. 320p.
15. Angèle Demion - Intérêt de l'hypnose chez les patients anxio-dépressifs en médecine générale Octo 2018 ; 78p - Disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/61340> consulté le 10/09/2022.
16. Deleplancque J. L'hypnose dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable : évaluation de l'amélioration de l'état général, du stress perçu, et des stratégies de coping: étude de terrain grenobloise. Janv 2015; 95p.
17. Sauvage JP. Vertiges: Manuel de diagnostic et de réhabilitation. Elsevier Health Sciences; 2020. 376p.
18. Vertige : Collège des Enseignants de Neurologie. 2016. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/vertige> consulté le 11/09/2022.
19. Bisdorff A. Épidémiologie du vertige, de l'étourdissement et de l'instabilité, ainsi que leurs relations avec la migraine, le mal des transports, l'anxiété-dépression, le malaise vagal et l'agoraphobie. : Sept 2013 ; 103p.
20. Neurologie Collège des enseignants en neurologie de 2005 Livre + Compl. Disponible sur : <https://www.elsevier-masson.fr/neurologie-9782294774379.html> consulté le 11/09/2022.
21. Masson E. Vertige positionnel paroxystique bénin Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/858498/vertige-positionnel-paroxystique-benin> consulté le 15/04/2022.
22. Francis V. Imagerie de l'oreille et de l'os temporal - Volume 5 : Pédiatrie. Lavoisier; 2013. 303p.
23. Berthoz A, Lacour M, Toupet M, Ohresser M, Motsch JF, Société internationale d'otoneurologie. Congrès. Vertiges et acouphènes. Marseille, France: Solal; 2003. 206 p.

24. Robier Alain. Les vertiges. Rueil-Malmaison: Doin éditeurs; 2004. 80p. (Collection Conduites).
25. Eber AM, Paul C. Indication du training autogène de Schultz chez les patients vertigineux. ORN. 2000;10(1):16-9.
26. CA, Sauvage JP, Launois R. Validation clinique d'une échelle du vertige : EEV (European Evaluation of Vertigo). Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2001;122(2):95-102.
27. Cabrera Cordovés C, Santana Alvarez J, Chávez García J, Valier Villar L. Uso de la acupuntura y técnicas afines en el tratamiento del síndrome vertiginoso. Archivo médico de Camagüey. 2000;
28. DONGUY JONATHAN Année 2013-2014 - Contribution de l'ostéopathie structurale dans la prise en charge des vertiges positionnels paroxystiques bénins disponibles sur <https://www.bretagne-osteopathie.com/app/uploads/2019/06/Mémoire> consulté le 10/09/2022

XII. Résumé

Introduction : Les sensations vertigineuses sont parmi les motifs les plus fréquents des consultations en médecine générale (15-20% de la population générale). Le professionnel de santé conduit une prise charge conventionnelle nécessitant souvent des avis spécialisés et des examens complémentaires dans un délai peu optimal pour le patient. Ce dernier présente en effet, une instabilité l'handicapant considérablement dans sa vie quotidienne. L'hypnothérapie est une technique non invasive, accessible reconnue dans de nombreuses pathologies. Ce travail thérapeutique est une adéquation relationnelle qui se fait par l'alliance thérapeutique. Cette relation est permise lorsque le thérapeute s'engage et s'accorde psychiquement et corporellement au patient afin de le mener vers la voie du changement.

Notre étude cherche à prouver une efficacité de cette technique pour des patient souffrant de vertige.

Méthode : Etude observationnelle descriptive prospective chez des médecins et hypnothérapeutes sur une période de 1an sous forme de questionnaire (échelle EEV et questions subjectives) à remplir avant puis après la ou les séances d'hypnothérapie. Il y a eu 14 patients inclus sans perdu de vue. L'étude se fait sur deux échantillons qualitatifs (patients avant et après les séances) appariés dans le temps avec une variable de réponse quantitative donc le test le plus adapté est celui rangs signés de Wilcoxon.

Résultats : Le score initial de l'échelle EEV est en moyenne de $16/25 \pm 2.67$ contre un score en moyenne de $12/25 \pm 3.09$ à l'issue des séances. On remarque une diminution significative plus importante pour la durée et l'intolérance au mouvement.

L'échelle subjective de l'intensité de la sensation vertigineuse est en moyenne de 8 ± 2.28 contre une diminution de ce score de manière significative à 4 ± 1.60 à l'issue des séances.

De plus, l'échelle subjective de l'intensité de la sensation vertigineuse est en moyenne de 8 ± 2.25 contre une diminution significative de ce score en moyenne de 4 ± 1.51 à l'issue des séances. Ainsi les patients ressentent une amélioration de leur qualité de vie même si paradoxalement certains sujets n'ont pas d'amélioration de leurs symptômes.

Discussion : Cette étude révèle des résultats encourageants qu'il faudrait étendre avec une étude à plus grande échelle. Des critères de sélections plus précis pourraient apporter des réponses sur le type de population la plus réceptive ainsi que sur le type de vertige. Des biais notamment avec une prise en charge complémentaire (médicamenteuse, kinésithérapie vestibulaire) en parallèle des séances d'hypnothérapie peuvent interagir avec l'amélioration clinique. Dans l'ensemble, les patients sont satisfaits de cette prise en charge globale avec une technique de communication qui renforce leurs capacités.

Mots-clés : Hypnothérapie, vertige, syndrome vestibulaire, échelle EEV.

XIII. Serment d'Hippocrate

« En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! »

