

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2018

### **THÈSE**

#### **POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 4 octobre 2018 à Poitiers  
par **Mlle Angèle Demion**

Intérêt de l'hypnose chez les patients anxio-dépressifs en médecine générale.

Composition du Jury

**Président** : Monsieur le Professeur Nemat Jaafari

**Membres** :

- Professeur Bernard Freche
- Professeur Pascal Parthenay
- Docteur Pierrick Archambault

**Directeur de thèse** : Docteur Joël Tondusson



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

**ANNÉE 2018**

### **THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 4 octobre 2018 à Poitiers  
par **Mlle Angèle Demion**

Intérêt de l'hypnose chez les patients anxio-dépressifs en médecine générale.

Composition du Jury

**Président** : Monsieur le Professeur Nemat Jaafari

**Membres** :

- Professeur Bernard Freche
- Professeur Pascal Parthenay
- Docteur Pierrick Archambault

**Directeur de thèse** : Docteur Joël Tondusson

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 12/2017)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORJOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEJGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (mission 09/2017 à 03/2018)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

**Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy (disponibilité de 10/2017 à 01/2018)

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

**Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (18/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- BECO-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
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (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)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

"Tous les jours et à tous points de vue, je vais de mieux en mieux."  
Emile Coué

## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur Nemat Jaafari:**

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Bernard Freche**

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury. Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Professeur Pascal Parthenay**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Docteur Pierrick Archambault**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Docteur Joël Tondusson**

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Tu m'as fait découvrir l'hypnose, qui m'a permis d'enrichir ma relation à l'autre. Merci de prendre du temps pour nous former et transmettre ta précieuse expérience.

*Voici venu le temps des remerciements.  
Parce que ce bouquet final de mes études n'aurait existé sans la  
conjonction de nombreuses étoiles qui ont croisé ma trajectoire.  
Ma vie professionnelle n'est pas celle que j'ai rêvé, mais pour autant  
chaque jour je réalise de nouveaux rêves.  
La vie est tellement belle, il faut juste en être persuadé.*

**À mes parents,**  
*merci de m'avoir transmis vos valeurs, votre amour, votre optimisme.  
Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Je m'évertue à faire aussi bien que  
vous avec mes enfants.*

**Maman,** *ma maman chérie, tu es tout pour moi. Nos fous-rires, nos souvenirs, notre  
complicité me guident chaque jour.*

**Papa,** *je suis fière de toi, de ton travail, ton professionnalisme. Ta relation aux  
patients est un modèle pour moi que j'essaie d'égaler chaque jour.*

*Tous les deux, je vous aime plus haut que la maison du père Noël.*

**À Adrien,**  
*mon petit frère chéri. Je t'aime tellement. Je sais que je t'ai pas mal agacé,  
involontairement et je m'en excuse. Notre complicité a illuminé mon enfance. On  
s'est bien marrés ! Je suis fière de ta réussite. J'aimerais tellement te voir plus  
souvent! Smojen gouja for numéro.  
À **Mélanie**, merci de rendre mon frère heureux !*

**À Mamie Marie, et Papy Aimé,**  
*cette dernière année n'a pas été des plus faciles pour vous, gardez le moral. Je  
vous aime fort.*

**À Mamie Bernadette et Papy Gérard,**  
*vous aussi l'année a été chargée. Mais on se relève encore plus forts ! A travers  
mon père vous m'avez transmis vos valeurs et votre goût du jeu. Je vous aime fort.*

*À tous mes oncles et tantes, mon parrain, ma marraine, mes cousins et cousines,  
les réunions familiales sont un vrai bonheur.*

**À la mémoire de Jeanine,**  
*merci pour tout, j'aurais tellement aimé partager ce moment avec toi.  
Tu m'a tant appris. Tu me manques.*



À **Marguerite et Michel**,  
merci de m'avoir accueillie dans vos familles. Vous avez fait un fils formidable.  
À **Marc et Anne**,  
on aimerait vous voir plus souvent. Merci d'abreuver ma soif de voyage

À **Alice**,  
contente que tu sois revenue au pays. Je suis admirative de ton travail et ta  
patience. Tu es merveilleuse. Merci d'être ma partenaire d'hypnose !

À **Guillaume**, la fouine,  
bien contente de partager tous nos potins malgré la distance. Que ferais-je sans  
tous tes conseils?

À **Adélie**,  
ma voisine de sang, j'espère te voir plus souvent maintenant que j'ai fini ma thèse et  
mes grossesses ! Je t'aime fort.

À **Marine**, ma colloc,  
t'es folle ! Je t'adore ! Saint-Nicolas priez pour nous.  
À **François**, ton mari, fais attention à elle.

À **Élodie et Romain**,  
merci pour votre belle amitié. Plein de bonheur à vous !

Aux copains du PTO,  
**Mathilde, Tess, la Mustang, Claudine, Pierre, Clémence, Anaïs, Antoine,**  
**Chloé, Clément, Ombeline, Mathieu, Catie, Douby, Ombeline, Paulo.**

À **Claire-Solenne et Nicolas**,  
merci pour votre amitié.

À **Lauranne**,  
tant de chemin parcouru depuis le Québec. Merci de ton amitié. Merci de m'avoir fait  
une place dans ton planning chargé, je suis touchée.

À **Nada**,  
une rencontre magique en Indonésie, j'admire ton travail et ta passion pour l'humain.  
See you soon.

À **Mélissa, Florian, Sandrine et Fred**,  
vous formez une famille merveilleuse, je vous adore.

À **Régine**,  
merci pour tout ce que tu fais pour nous.

À **Trudy** et tous les poitevins de ces années de fêtes de médecine,  
on ne se voit plus mais je pense à vous.

À **Khemara**,  
merci pour tes connaissances en biostatistiques.

**Aux médecins qui m'ont formée,**  
*Docteurs Lemerrier, Rubi, Deleau-Bouges, Quais, Fleurant, l'équipe des urgences  
de Niort, l'équipe de Gynécologie-Maternité de Châtellerauld, le service des soins  
palliatifs de Poitiers et le service de maladie infectieuse de Poitiers..  
et ceux que j'oublie.*

**Aux médecins ayant participé à ma thèse,**  
*merci d'avoir pris le temps. Continuez l'hypnose vous faites un chouette travail.,  
et leurs patients qui ont accepté mes rappels*

*À tous les **soignants**, aux **secrétaires**,*

*A ceux pour lesquels on exerce ce métier :  
aux **patients**.*

*Et enfin,*

**À Alain,**  
*Mon amour. Bravo de me supporter depuis tant d'années !  
Tu me connais comme personne. On a grandi ensemble.  
Nous sommes devenus parents de trois merveilleux enfants.  
Merci de ton soutien sans faille.  
Tu me redonnes confiance dans mes nombreux moments de doute.  
Tant complices dans notre organisation quotidienne et notre goût pour la  
procrastination (mais pour ça c'est toi qui gagne !) que dans nos voyages et  
dépenses insensées.  
Rien n'est insensé avec toi.  
Tu es un papa extraordinaire.  
Tu es un médecin formidable, entier. Prends soin de toi.*

**À mes enfants,**  
*vous êtes tout pour moi. Vous êtes la plus belle chose qui me soit arrivée.  
Vos éclats de rire sont si précieux.*

**Hector,**  
*mon chéri, tu es un petit garçon merveilleux, enthousiaste.  
J'ai hâte de continuer à te faire découvrir le monde.*

**Agathe,**  
*ma chérie, tu es une boule d'énergie, tellement drôle.  
Continue de nous faire rire.*

**Daphné,**  
*mon bébé, tu as vécu tout ce travail de thèse à l'intérieur comme à l'extérieur.  
Merci d'être aussi calme.  
À partir de maintenant tu peux te lâcher je vais avoir le temps !*

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AFSSAPS : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  
CCAM : Classification commune des actes médicaux  
CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10ème édition  
DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition  
DIU : Diplôme Inter-Universitaire  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DU : Diplôme Universitaire  
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing, (Mouvement des yeux, Désensibilisation et Retraitement (de l'information)).  
HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale  
HAS : Haute autorité de santé  
IRSN : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline  
ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine  
SFMG : Société Française de Médecine Générale

# Table des matières

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| I - INTRODUCTION.....                                             | 13 |
| 1 Hypnose.....                                                    | 13 |
| 1.1 Définition.....                                               | 13 |
| 1.2 Représentation.....                                           | 14 |
| 1.3 Historique.....                                               | 14 |
| 1.4 En pratique.....                                              | 21 |
| 1.5 Déroulé d'une séance d'hypnose formelle.....                  | 24 |
| 1.5.1 L'entretien.....                                            | 24 |
| 1.5.2 L'induction :.....                                          | 24 |
| 1.5.3 La transe.....                                              | 25 |
| 1.5.4 La fin de la séance : suggestions et réveil.....            | 25 |
| 1.5.5 La communication hypnotique.....                            | 26 |
| 1.5.5.1 Les techniques d'opportunité.....                         | 26 |
| 1.5.5.2 Les techniques de suggestion.....                         | 27 |
| 1.5.5.3 Les techniques de travail avec la résistance.....         | 29 |
| 1.5.5.4 Les suggestions post-hypnotiques.....                     | 30 |
| 1.5.5.5 Le non verbal.....                                        | 30 |
| 1.5.5.6 Les autres outils.....                                    | 31 |
| 1.5.6 Les contre-indications.....                                 | 32 |
| 1.6 Reconnaissance scientifique.....                              | 32 |
| 1.6.1 Généralités.....                                            | 32 |
| 1.6.2 Études sur la douleur.....                                  | 33 |
| 1.6.3 Les limites de l'expérimentation :.....                     | 34 |
| 1.7 Champs d'application.....                                     | 35 |
| 1.7.1 La douleur.....                                             | 35 |
| 1.7.1.1 Les douleurs chroniques.....                              | 35 |
| 1.7.1.2 Les douleurs aiguës.....                                  | 35 |
| 1.7.1.3 L'anesthésiologie.....                                    | 36 |
| 1.7.2 Phobies, attaques de panique et troubles obsessionnels..... | 36 |
| 1.7.3 Les affections psychiatriques.....                          | 36 |
| 1.7.4 Les affections à composante psychosomatique.....            | 37 |
| 1.7.5 Les addictions.....                                         | 37 |
| 1.7.6 Les troubles du comportement alimentaire.....               | 37 |
| 1.7.7 Les troubles gastro-entérologiques.....                     | 37 |
| 1.7.8 Les affections dermatologiques.....                         | 38 |
| 1.7.9 L'asthme.....                                               | 38 |
| 2 Hypnose et médecine générale.....                               | 38 |
| 2.1 Définition de la médecine générale.....                       | 38 |
| 2.2 Formation en hypnose des médecins généralistes.....           | 40 |
| 2.3 Pratique de l'hypnose en médecine générale.....               | 41 |
| 3 Syndrome anxio-dépressif.....                                   | 42 |
| 3.1 Généralités.....                                              | 42 |
| 3.1.1 Syndrome dépressif caractérisé.....                         | 42 |
| 3.1.2 Troubles anxieux.....                                       | 44 |
| 3.2 Prévalence.....                                               | 45 |
| 3.2.1 Dépression.....                                             | 45 |
| 3.2.2 Troubles anxieux.....                                       | 45 |
| 3.2.3 Syndrome anxio-dépressif.....                               | 45 |
| 3.3 Prise en charge.....                                          | 45 |

|       |                                          |    |
|-------|------------------------------------------|----|
| 3.3.1 | Dépression.....                          | 45 |
| 3.3.2 | Troubles anxieux.....                    | 46 |
| 3.3.3 | Syndrome anxio-dépressif.....            | 46 |
| 3.3.4 | Arrêt de travail.....                    | 46 |
| 3.4   | Place de l'hypnose.....                  | 47 |
| II    | - MATÉRIEL ET MÉTHODES.....              | 48 |
| 1     | Objectif.....                            | 48 |
| 2     | Type d'étude.....                        | 48 |
| 3     | Population cible et recrutement.....     | 48 |
| 4     | Éthique.....                             | 49 |
| 5     | Recherche bibliographique.....           | 49 |
| 6     | Questionnaire.....                       | 49 |
| 7     | Collecte des données.....                | 50 |
| 7.1   | Première phase.....                      | 50 |
| 7.2   | Seconde Phase.....                       | 50 |
| 8     | Analyse des données.....                 | 51 |
| III   | - RÉSULTATS.....                         | 52 |
| 1     | Caractéristiques de la population.....   | 52 |
| 1.1   | Les médecins contactés.....              | 52 |
| 1.2   | Les patients.....                        | 52 |
| 2     | Résultats.....                           | 52 |
| 2.1   | Échelle HADS (Tableau 4).....            | 53 |
| 2.2   | Thérapie médicamenteuse (Tableau 7)..... | 55 |
| 2.3   | Arrêts de travail.....                   | 55 |
| 2.4   | Psychothérapies.....                     | 55 |
| 2.5   | Ressenti des patients.....               | 56 |
| IV    | - DISCUSSION.....                        | 57 |
| 1     | Résultats.....                           | 57 |
| 2     | Critique.....                            | 59 |
| 2.1   | Points forts.....                        | 59 |
| 2.2   | Limites.....                             | 59 |
| 3     | Perspectives.....                        | 60 |
| V     | - CONCLUSION.....                        | 62 |
| VI    | - ANNEXES.....                           | 63 |
| 1     | Annexe 1.....                            | 63 |
| 2     | Annexe 2.....                            | 64 |
| 3     | Annexe 3.....                            | 65 |
| 4     | Annexe 4.....                            | 67 |
| VII   | - BIBLIOGRAPHIE.....                     | 68 |
| VIII  | - RÉSUMÉ ET MOTS CLEFS.....              | 72 |
| IX    | - SERMENT.....                           | 73 |

## Index des tableaux

|                                                                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1: Symptômes d'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10 (tableau de l'HAS) .....                                                                      | 43 |
| Tableau 2: Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V .....                                                                                      | 43 |
| Tableau 3: Définition du trouble anxieux généralisé selon le DSM-V .....                                                                                           | 44 |
| Tableau 4: Score moyen d'anxiété et de dépression initialement et à 3 mois.....                                                                                    | 53 |
| Tableau 5: Scores d'anxiété et dépression initialement puis à 3 mois.....                                                                                          | 54 |
| Tableau 6: Corrélation entre le nombre de séances, l'échelle de bien-être, le score d'anxiété et de dépression.....                                                | 55 |
| Tableau 7: Résultats des patients sous antidépresseurs, anxiolytiques, ayant un suivi psychiatrique ou en arrêt de travail initialement (M0) et à 3 mois (M3)..... | 55 |

## Index des Figures

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1: Traitement des informations.....                                                                                               | 23 |
| Figure 2: Aires cérébrales activées en hypnose.....                                                                                      | 33 |
| Figure 3: Les compétences en médecine générale.....                                                                                      | 40 |
| Figure 4: Score d'anxiété de chaque patient selon l'échelle HADS initialement et après 3 mois de leur première séance d'hypnose.....     | 53 |
| Figure 5: Score de dépression de chaque patient selon l'échelle HADS initialement et après 3 mois de leur première séance d'hypnose..... | 54 |

## Index des Illustrations

|                                                                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Illustration 1 : La Pythie rendant un oracle. Peinture de vase, vers -440.....                                                                                                              | 15 |
| Illustration 2: Franz Anton Mesmer (au centre) pendant une cérémonie du baquet. Photo © AKG Images.....                                                                                     | 16 |
| Illustration 3: Statue de l'abbé Faria à Panaji (Goa) (Wikipédia).....                                                                                                                      | 17 |
| Illustration 4: James Braid.....                                                                                                                                                            | 18 |
| Illustration 5 : Une leçon à la Salpêtrière, de André Brouillet, 1887, qui met en scène Charcot présentant sa célèbre patiente, Blanche Wittmann, à ses collaborateurs, élèves et amis..... | 19 |
| Illustration 6: Milton Erickson.....                                                                                                                                                        | 20 |

# I - INTRODUCTION

L'hypnose, phénomène naturel, est de plus en plus pratiquée en médecine générale. Elle est un outil lorsque le praticien se sent impuissant face à des pathologies souvent chroniques pour lesquelles les pratiques traditionnelles offrent peu de solutions.

Pour réaliser cette thèse, nous avons choisi de nous intéresser aux troubles anxio-dépressifs. En effet, c'est un motif de consultation quotidien en médecine générale pour lequel nous nous sentons souvent impuissants. Il est le motif de consultation principal en hypnose, selon la thèse de Philippe Bry (1) (2).

Il est facile de constater le nombre croissant « d'hypnothérapeutes » qui s'installent et ne disposent d'aucune connaissance médicale. Est-ce un danger pour le patient ? La pratique médicale commune répond-elle vraiment aux attentes de ces patients en pleine souffrance ?

Pourquoi cet intérêt arrive-t-il aujourd'hui, alors que la médecine est devenue extrêmement technique ? Est-ce le fait que les professionnels de santé ne se retrouvent plus dans une médecine purement technique et factuelle ?

Le phénomène hypnotique n'est absolument pas nouveau. L'intérêt actuel correspond plutôt à une redécouverte de pratiques très anciennes, largement utilisées par des médecins, chirurgiens et guérisseurs... jusqu'à la fin du XIXe siècle, avant de tomber dans l'oubli de par l'avènement de la psychanalyse puis du fait des progrès de l'anesthésie générale (3).

Nous allons tout d'abord nous intéresser à la définition de l'hypnose, son historique, son fonctionnement et son application puis sa pratique en médecine générale et enfin les troubles anxio-dépressifs et leur prise en charge.

## 1 Hypnose

### 1.1 Définition

Fils de la nuit et frère jumeau de la Mort, Hypnos personnifie le Sommeil dans la mythologie grecque. Cependant l'état hypnotique se caractérise par un état différent du sommeil et de l'état de veille.

Le terme hypnose désigne aussi bien *l'état hypnotique* (ou transe) dans lequel est plongé le sujet hypnotisé, la *technique* utilisée par l'hypnotiseur et le type d'*interaction* particulière qui s'établit entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé (4)

Il est difficile de définir l'état hypnotique. Il n'y a pas de définition consensuelle, étant donné que c'est un vécu personnel, partiellement subjectif.

Le Larousse le définit comme un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion » (5)

L'Association américaine de psychologie donne une nouvelle définition en 2015 « A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion » (6) que l'on peut traduire par « un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion. »

Le Professeur Marie-Elisabeth Faymonville, cheffe du service d'algologie et du Centre de la douleur de Liège, pionnière dans l'utilisation de l'hypnose en milieu hospitalier, définit l'hypnose comme « un processus d'immersion dans un état de conscience différent, où le jugement, la perception et la notion du temps peuvent être modifiés. » (7)

Erickson disait « l'hypnose est quelque chose qui naît dans un corps à la chaleur d'un autre corps »

Chertock parle d'« état de conscience modifiée, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire, des perceptions sensorielles »

L'hypnose est une expérience personnelle.

## 1.2 Représentation

L'hypnose a de multiples représentations. Comme le montre Adeline Bosc dans sa thèse (8), les patients en ont diverses images. Certains y voient une sorte de sommeil ou une perte de contrôle, une manipulation, d'autres encore du charlatanisme ou une thérapie psychique ne relevant pas de la médecine générale. D'ailleurs trop longtemps l'hypnose est restée une sorte de « chasse gardée » des médecins psychiatres.

L'amalgame avec l'hypnose de spectacle vient souvent entretenir cette représentation sociale collective, dont pâtissent les praticiens médicaux. Elle contribue à jeter le doute sur les approches rigoureuses réalisées dans des buts thérapeutiques.

## 1.3 Historique

L'histoire de l'hypnose est riche et nous permet de comprendre les différentes représentations et évolution des pratiques au cours du temps.(9) Elle débute lorsque les humains ont perçu que l'art de soigner passait par la relation au patient.



Les plus anciennes traces d'hypnose remontent à -6000 en Mésopotamie où des écrits décrivent des guérisons obtenues par des états modifiés de la conscience.

Des papyrus égyptiens évoquent des principes d'incantations pour traiter des affections des voies aériennes supérieures. L'archéologie égyptienne nous enseigne que les prêtres plongeaient les malades dans une certaine forme de transe pour les guérir de leurs maux

A Delphes, les pythies grecques entraient en transe hypnotique pour communiquer leurs oracles aux visiteurs du temple.

Dans la Grèce antique, on soignait dans les temples d'Esculape autant par les paroles que par les médicaments. A quelques remèdes tirés du règne végétal, Esculape (Asclépios) ajoutait presque toujours des chants agréables ou des prières mystiques qu'on appelait « charmes »(10)

Chez les hébreux, l'exercice de la médecine était entre les mains des lévites qui guérissaient les maladies en purifiant le corps et en faisant des sacrifices expiatoires.

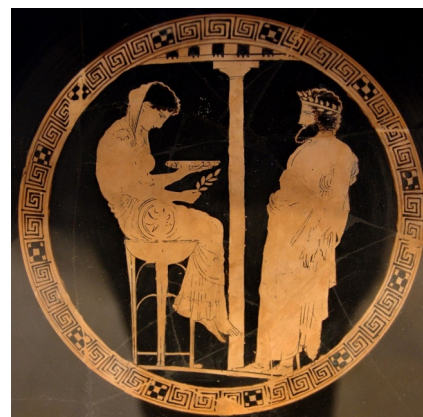


Illustration 1 : La Pythie rendant un oracle. Peinture de vase, vers -440.

Plus tard, le don de guérir appartient aux prophètes. Puis, avec l'avènement du christianisme, ce furent les moines qui s'attribuèrent le pouvoir de guérir en multipliant les prières et les cérémonies religieuses pour combattre l'influence des puissances maléfiques sur les malades, avec, en parallèle à ces guérisons miraculeuses, des pratiques s'apparentant à la magie ou la sorcellerie.

Alexandre de Trallès (525-605), grand médecin byzantin, fait part dans ses « Douze livres de médecine » de rites magiques et amulettes qu'il cite comme un moyen de soulager l'angoisse du patient.(11)

Saint Thomas d'Aquin (1225-1274) écrivait : "*Toute idée conçue dans l'âme est un ordre auquel obéit l'organisme. Ainsi, la représentation de l'esprit produit, dans le corps, la chaleur ou le froid, elle peut engendrer ou guérir la maladie*".

Paracelse (1493-1541), médecin alchimiste est l'auteur des premiers ouvrages sur le traitement magnétique des plaies (Practica Théophrasti Paracelsi en 1529). Il expose la théorie de fluide universel. Le « magne de la personne saine et de la personne malade entrent naturellement en relation et influent sur le processus de guérison. Il admet le caractère relationnel, et introduit la notion d'imagination quand il affirme « *Supprimez l'imagination et la confiance, et vous n'obtiendrez rien* », ou encore « *Que l'objet de votre croyance soit vrai ou imaginaire, vous obtiendrez le même résultat* »

Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin badois est considéré comme le fondateur de la théorie du magnétisme animal. Il soutient à Vienne une thèse intitulée «De planetarum influxu in corpus humanum» qui présente une théorie selon laquelle tous les corps vivants sont soumis à l'influence des astres par l'action d'un fluide magnétique universellement répandu. La maladie résulterait d'une mauvaise distribution du fluide dans les différents organes.

Avec ses techniques de magnétisme (imposition d'aimants sur le corps), il essaie de rétablir l'équilibre de ce fluide dans le corps pour provoquer des crises et soigner.

Ainsi née la cérémonie du « baquet » : au milieu d'une grande salle, une caisse circulaire en bois d'où émergent des tiges de fer. Les malades sont placés autour, touchant les tiges métalliques tandis que Mesmer allait et venait tout autour, pratiquant à sa guise l'application d'aimants ou des passes magnétiques. Il déclenchait ainsi des crises convulsives. Le contexte puritain de l'époque, effrayé de la proximité thérapeute/patient, redoute d'éventuels travers "sexuels" des mesmériens.



Illustration 2: Franz Anton Mesmer (au centre) pendant une cérémonie du baquet. Photo © AKG Images

Un élève de Mesmer, Deslon, qui n'est autre que le frère du roi Louis XVI, provoque un jour un évanouissement chez Marie-Antoinette. Mais ceci est considéré comme un privilège que seul le roi devrait avoir... Ce dernier en profite pour éclairer son scepticisme sur la question, et nomme en 1784 une commission chargée d'enquêter sur l'existence du magnétisme animal et l'origine des guérisons qu'il procure.

Le rapport est défavorable : « *Au point de vue de l'effet curatif, le magnétisme animal n'est que l'art de faire tomber en convulsions les personnes sensibles, le magnétisme est inutile ou dangereux (...) l'imagination sans magnétisme produit des convulsions (...) le magnétisme sans imagination ne produit rien* »

Il s'agit d'une étape fondamentale, puisque pour la première fois de façon officiellement reconnue par les autorités, l'imagination a un pouvoir sur la guérison. L'idée d'une « médecine d'imagination » est peut-être la première vraie porte ouverte à l'avènement d'une « psychothérapie ».

Suite aux conclusions de cette commission, la pratique du « magnétisme animal » est interdite, la popularité de Mesmer diminue considérablement. Il est couvert d'opprobre et se retire en Suisse. Il a néanmoins laissé derrière lui un grand nombre de disciples, qui continuent à pratiquer les passes magnétiques et évoluent en différents courants. Deslon notamment, répliqua astucieusement qu'il était remarquable d'obtenir de l'imagination des effets aussi visibles sur la santé. Si un tel traitement s'avérait aussi efficace, pourquoi ne pas l'utiliser ? (12)

Les fluidistes, tout d'abord, qui se voulaient les fidèles élèves de Mesmer, continuaient à se servir de passes, de baquets ou d'autres objets pour obtenir des crises salutaires. Les animistes, dissidents du mesmérisme, niaient l'action d'un quelconque fluide mais affirmaient l'existence d'une force vitale. Ils soutenaient que la foi, la volonté, la concentration de la pensée peuvent agir sur la matière et ainsi permettre des guérisons.

Le Marquis de Puységur (1751-1825), officier d'artillerie, disciple de Mesmer, découvre par hasard la transe somnambulique en hypnotisant un jeune paysan. Il ne renie pas la théorie de Mesmer mais il s'intéresse plus à l'état induit lors de la crise magnétique, qu'il décrit comme être entre la veille et le sommeil et qu'il appelle « somnambulisme magnétique » et dans lequel la crise convulsive n'est pas nécessaire. Dans cet état, le sujet conserve son activité, et peut soutenir une

conversation. Il semble accroître certaines de ses dispositions naturelles : augmentation de l'intelligence, capacité de lucidité à propos des maladies et leurs remèdes. Il montrera de plus l'importance du contact verbal magnétiseur-magnétisé, permettant au magnétiseur de puiser dans les ressources étonnantes révélées au sein de ce qu'il appellera « le sommeil lucide ». Ainsi, il mettait un point d'honneur à respecter les désirs et suggestions des patients qui le guidaient dans ses interventions et prescrivaient les traitements leur paraissant appropriés. Il affirmera à plusieurs reprises que le véritable agent curatif se trouve dans la volonté du magnétiseur, sans pour autant rejeter totalement l'existence d'un éventuel fluide.

L'Abbé de Faria (1756-1819), prêtre portugais et professeur de philosophie ayant inspiré le personnage du comte de Monte-Cristo d'Alexandre Dumas, est aussi un élève de Mesmer. Auteur du fameux « De la cause du sommeil lucide », il va bouleverser les théories qui avaient cours jusque là. Il considère en effet qu'aucun fluide n'émane du magnétiseur, mais que tout se passe dans l'esprit du sujet. Plutôt que de magnétisme, il parle de « concentration ». Il décrit l'état des patients comme un « sommeil lucide », pour lequel les patients sont naturellement prédisposés.



Illustration 3: Statue de l'abbé Faria à Panaji (Goa) (Wikipédia)

De Faria confère un rôle essentiel à la confiance et à la relation. Sa technique et sa vision des soins annoncent clairement l'hypnose moderne, puisqu'il place ses sujets dans une position confortable, leur fait fermer les yeux ou se concentrer sur sa main qu'il tient à une certaine distance des yeux, et leur fait des suggestions de concentration de l'attention, ou de modifications perceptives.

Alexandre Bertrand (1795-1831), médecin français, fut le premier à avoir eu l'intuition que les phénomènes psychologiques observés pendant l'état magnétique ne sont pas des phénomènes exceptionnels, que ce sont des phénomènes normaux ou du moins susceptibles d'être observés dans bien d'autres circonstances. Il supputa que la cause principale du somnambulisme provoqué était à rechercher dans l'imagination du sujet et non dans celle du magnétiseur. *"la mère qui s'endort auprès du berceau de son fils n'en continue pas moins de veiller sur lui, puisqu'elle entend le moindre de ses cris alors qu'elle reste insensible à des bruits plus forts"*. Il observa lui aussi les effets des suggestions post-hypnotiques et modéra l'aspect inéluctable des amnésies du réveil : *"Si, pour des raisons quelconques, les somnambules ont la volonté de se souvenir de quelque chose, ils ne manquent jamais de se le rappeler au réveil"*.

Le baron Étienne Félix d'Hénin de Cuvillers (1755-1841), magnétiseur français, est le premier à utiliser le préfixe "hypn" (hypnose, hypnotisme, hypnotiseur) pour décrire les phénomènes du magnétisme animal.

Différentes personnalités, scientifiques ou médecins, réclamèrent alors de la part de l'Académie Royale de Médecine un nouvel examen du magnétisme, ne serait-ce que pour l'affranchir du charlatanisme qui l'exploitait à son profit. Les conclusions rédigées par Husson sont si favorables au magnétisme animal que l'académie en refusera la publication. Une nouvelle commission en 1837 nie l'état de somnambulisme magnétique, et c'est le début d'une autre période de déclin.

Jules Cloquet (1790-1883), chirurgien français, réalise la première mastectomie sous « sommeil magnétique en 1829, au cours de laquelle la patiente ne montre aucun signe de douleur. Les académiciens ne crurent pas à cette communication et se moquèrent de lui.



Illustration 4: James Braid

James Braid (1795-1860), chirurgien anglais, est séduit par un spectacle d'hypnotiseur de foire (Lafontaine). Il publiera en 1843 « Neurohypnologie, traité du sommeil nerveux ou hypnotisme ». Il utilise toujours la même technique, facilement reproductible, de fixation oculaire. Les passes sont pour lui inutiles et il nie l'existence d'un quelconque fluide. Il propose une théorie « psycho-neurophysiologique », et nomme ce « sommeil spécial », secondaire à une stimulation rétinienne « l'hypnotisme ». Pour lui, un individu peut s'hypnotiser seul. Il utilise l'hypnose pour anesthésier ses patients avant de procéder à des interventions chirurgicales, même lourdes. Il ne trouve pas une grande audience.

Le Professeur Eugène Azam (1822-1889), chirurgien bordelais et le Professeur Paul Broca (1824-1880) entreprirent de refaire et de vérifier les expérimentations décrites par Braid. En 1859, ils rendent compte devant l'Académie des sciences d'une intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie hypnotique.

Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904), médecin français s'intéresse à ces recherches et publie en 1866 son livre « *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique* ». Il fonde sa thérapie sur la suggestion verbale qu'il emploie en tant que médecin généraliste dans la région de Nancy. L'affluence à ses séances d'hypnose devint telle qu'il crée sa propre clinique sur Nancy. Il utilise l'hypnose pour soigner principalement les troubles fonctionnels et psychosomatiques. Bernheim dira à son propos : « *Il endort par la parole, il guérit par la parole, il met dans le cerveau l'image psychique du sommeil, il cherche à y mettre l'image psychique de la guérison* »

Le Professeur Hippolyte Bernheim (1840-1919), interniste réputé de la Faculté de Nancy, eut connaissance de ces pratiques et décida de s'initier puis d'introduire cette technique du sommeil provoqué dans son service hospitalier. Il forme avec Liébeault l'Ecole de Nancy. Il publie en 1884 « *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* » où il définit l'hypnose comme un simple sommeil produit par la suggestion et susceptible d'applications thérapeutiques. Il démontre que l'hypnose est un phénomène psychologique normal. Pour lui le sommeil hypnotique n'était même pas nécessaire à la suggestion.

Emile Coué (1857-1926), pharmacien nancéen, était convaincu du pouvoir de l'imagination dans le développement des maladies, et s'intéresse particulièrement au pouvoir que peuvent avoir les paroles des soignants sur la santé des malades. Très vite, il remarque qu'une plaisanterie, un conseil ou un commentaire personnel augmente l'efficacité des pilules ou de la pommade. Il tenta d'expliquer le phénomène suggestif et en vint à soutenir avec force et conviction le pouvoir de l'imagination sur la volonté du sujet. Il prôna l'autosuggestion, assuré que chacun est



maître de sa santé physique et psychique et que, de même, chacun possède en lui les moyens de sa guérison. « *Nous sommes ce que nos pensées nous font* » Un de ses conseils fit le tour du monde et est encore connu : Coué préconisait d'utiliser chaque jour une petite ficelle à vingt nœuds et de l'égrener en répétant : "*Chaque jour, en tout point de vue, je vais de mieux en mieux*".

Jean Martin Charcot (1825-1893), neurologue français, académicien, de renommée internationale fonde l'École de la Salpêtrière. Il pense que le sommeil hypnotique est une névrose qui ne se développe que chez les sujets hystériques. Il s'agit pour lui de névrose expérimentale composée de trois grands états : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme formant ensemble le « grand hypnotisme ». Malgré l'inexactitude de sa théorie, un des mérites de Charcot est d'avoir introduit l'hypnose dans l'hôpital le plus réputé de l'époque.

De là débute alors une bataille d'écoles entre la Salpêtrière de Charcot et l'école de Nancy de Bernheim: "état physiopathologique" pour la première contre un "état naturel" et une approche psychologique pour la deuxième.



Illustration 5 : Une leçon à la Salpêtrière, de André Brouillet, 1887, qui met en scène Charcot présentant sa célèbre patiente, Blanche Wittmann, à ses collaborateurs, élèves et amis.

Le premier Congrès International d'Hypnotisme eut lieu en 1889, réunissant de nombreux médecins et savants, dont certains devaient connaître plus tard la célébrité, comme Freud ou Janet. La communauté scientifique de l'époque avait pris part à la querelle qui opposait les deux écoles. L'autorité de Charcot avait été mise en difficulté, le bruit courait que ses patientes étaient préparées et éduquées sans qu'il s'en rende compte, pour produire un beau "grand hypnotisme". Les membres du congrès semblèrent majoritairement favorables aux thèses de Bernheim. Ils se mirent d'accord pour définir par le mot "hypnotisme" tous les phénomènes produits par suggestion

Sigmund Freud (1856-1939), neurologue autrichien, utilise l'hypnose qu'il a vu pratiquer à La Salpêtrière et à Nancy, au début de ses traitements psychanalytiques. Il remarque que cette méthode fait apparaître ou disparaître des symptômes en relation avec un traumatisme affectif. Il nomme ce phénomène catharsis. Il utilise l'hypnose pour faire revivre affectivement à ses patients des événements traumatiques oubliés.

Il s'intéresse de plus en plus aux résistances du patient et plutôt que de les briser par une hypnose autoritaire, il décide de les analyser. Il abandonne les suggestions directes au profit de la suggestion indirecte. Il s'éloigna donc petit à petit de l'hypnose, abandonna les suggestions visant à produire un hypnotisme complet ainsi que l'induction par confrontation visuelle ou injonction verbale. Il alléguait le caractère aléatoire de l'hypnotisabilité, l'aspect parfois éphémère des guérisons obtenues, et craignait une implication érotique de la relation hypnotiseur hypnotisé. Puis il renonça au contact physique, ne demandant plus au malade, allongé sur un divan sans contact même visuel afin d'exclure toute influence, de fermer les yeux et de laisser les idées surgir sans aucun filtre, spontanément

Pierre Janet (1859-1947) philosophe et médecin français, continue à étudier l'hypnose après le déclin d'intérêt qu'elle connaît dans les suites de la bataille entre les écoles de Nancy et de Paris

Il utilise l'hypnose pour explorer les souvenirs traumatiques, supposés responsables d'une forme de dissociation psychique. Il profite de la potentialisation hypnotique pour émettre des suggestions contre-symptomatiques, révélant puis modifiant le récit traumatique. Il utilise le phénomène de la régression hypnotique.

L'idée que certaines pensées pouvaient être dissociées de l'état vigile conscient conduit Freud à développer la théorie de l'inconscient et Janet celle de la dissociation. Cette notion qu'il introduisit garde, bien que quelque peu modifiée, une place centrale dans la compréhension de l'hypnose moderne

Milton Erickson (1901-1980), psychiatre américain, révolutionne la pratique de l'hypnose. Déjà daltonien et dyslexique, atteint de poliomyélite sévère à l'âge de dix-sept ans, Erickson sort tétraplégique d'un coma de trois jours. Ne pouvant bouger, il meuble son ennui par des jeux d'observation, par lesquels il développe une capacité à percevoir les signes non-verbaux. Il réapprend à coordonner sa motricité en regardant

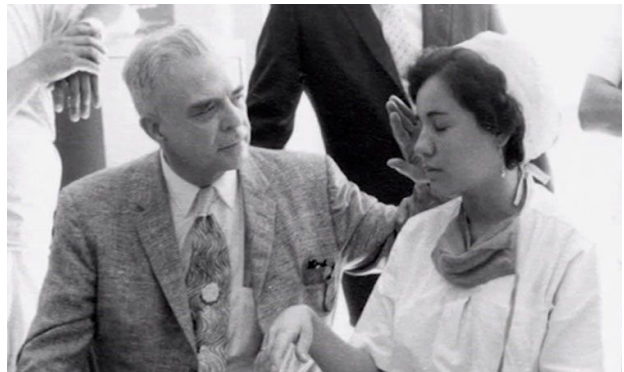


Illustration 6: Milton Erickson.

sa sœur apprendre à marcher, et en moins d'un an récupère une très grande partie de ses capacités musculaires. Il a même déclaré que la poliomyélite était le meilleur professeur qu'il n'ait jamais eu en ce qui concernait le comportement humain. Il développe pour lui-même des techniques d'auto-hypnose qu'il ne cesse d'explorer et de perfectionner par la suite auprès de ses patients.

Il considère que l'hypnose relève d'un phénomène physiologique naturel et l'aborde de façon très permissive. Il est convaincu que les gens sont déjà en possession de ressources qui leur sont nécessaires pour changer. Il met au point un grand nombre de méthodes et de tactiques d'approche interpersonnelle dont l'objectif est de libérer chez le patient les potentialités qui lui permettront de s'améliorer.

Le patient trouve lui-même la solution qui lui convient le mieux pour guérir. Le thérapeute l'accompagne dans cet inconscient qui est « un vaste réservoir d'apprentissages » et l'aide à trouver la clé de son problème. La psychothérapie est faite par le patient lui-même, le thérapeute fournissant au patient la possibilité et le contexte pour le faire. Il développa des suggestions indirectes et non pas directes, réalisées de manière non autoritaires, mais permissives.

En 1957, Erickson fonde l'American Society of Clinical Hypnosis. Les élèves d'Erickson seront nombreux, les plus célèbres étant Sidney Rosen, Ernest Rossi, Jeffrey Zeig, Bill O'Hanlon, tous auteurs de livres de références en hypnothérapie. On pourrait citer aussi tous les fondateurs de l'école de Palo Alto (école renommée de communication à l'origine aussi des thérapies familiales et systémiques).

Léon Chertok (1911-1991), psychiatre psychanalyste français, donne un nouvel essor à l'hypnose en France. Il considère que tout le monde est hypnotisable. Il situe l'hypnose au carrefour du psychique et de l'organique. Il l'imagine comme le lien psychosomatique. Il parle de « Quatrième état » pour la définir. Il inaugure à Paris le Laboratoire d'Hypnose Expérimentale en 1972.

Jean Godin (1931-2002), psychiatre français, fondateur du premier Institut Milton Erickson à Paris en 1982. Jean Godin et A. Malarevicz introduisent en France les théories éricksoniennes dans les années quatre-vingt, ce qui explique en grande partie le regain d'intérêt actuel pour l'hypnose en France. Il crée l'Association francophone de nouvelle hypnose (AFNH).

François Roustang (1923-2016), philosophe, psychanalyste puis hypnothérapeute célèbre français, enrichi les réflexions sur la pratique de l'hypnose. Il s'attacha à décrire les différentes étapes de l'hypnose ainsi qu'à développer de nouveaux concepts, comme celui d'état "d'éveil paradoxal".

Jean-Marc Benhaiem, praticien hospitalier français, aux Centres de traitement de la douleur de l'Hôpital Ambroise Paré et de l'Hôtel Dieu. En 1990, le Dr Benhaiem, élève du Dr Chertok, crée l'association française pour l'étude de l'hypnose médicale (AFEHM) et en 2000 le premier diplôme universitaire (DU) d'hypnose médicale en Europe à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Il fait intervenir des praticiens européens et américains au sein des enseignements.

## 1.4 En pratique

La transe n'est pas le monopole de l'hypnothérapie. Il s'agit d'un état physiologique qu'il est possible de rencontrer dans la vie de tous les jours. Un état de conscience différent où l'on fait « disparaître le savoir dans l'action » (Roustang) et dans la sensation.

Certaines personnes décrivent parfois être rentrées chez elles en voiture, sans plus savoir en arrivant comment elles y sont parvenues. En réalité, tout porte à croire que cet état « dissocié », dans lequel une partie de l'esprit arrive à conserver la concentration nécessaire pour conduire, respecter le code de la route etc. et consacre d'autres ressources à discuter ou résoudre un autre problème, ressemble à l'état hypnotique.

Les cinéphiles ou les bons lecteurs connaissent aussi un état d'absorption dans lequel une suggestion fonctionne. Si on décrit un désert brûlant, le lecteur peut avoir subjectivement chaud, si on décrit de la nourriture de façon particulièrement suggestive, on pourrait lui donner faim, si on décrit une couleur ou un paysage, il pourrait sans effort le « voir », sans faire d'effort pour se le représenter. De même, pris par ses sensations et émotions suscitées par les suggestions, le lecteur peut parfois

être indifférent aux stimuli l'entourant. Le sportif, le peintre ou autre personne devant réaliser une performance, connaît cet état où il est « dans son geste » ou sa performance, ou il dépasse son cadre habituel de perceptions sans effort cognitif, sans contenu de pensée particulier, il n'est que sensation pure.

Il ne s'agit pas de « relaxation » ou de « rêverie » car le contenu de conscience n'est pas anarchique et fluctuant, il peut être focalisé. Mais ce n'est pas non plus un état d'effort cognitif puisque cette « concentration », cette « absorption » se fait sans effort. Quand on est dans une sensation, réellement focalisé dessus, cela ne supporte pas la dénomination. Si on se dit « je suis en train de prendre du plaisir », la sensation s'arrête. Si le sportif réfléchit à ce qu'il fait sans se laisser absorber dedans, il peut rater sa performance.

L'hypnose consiste à reproduire de façon volontaire, voire assistée, cet état particulier dans un but thérapeutique. Libéré du contrôle cognitif, de l'anticipation, de la pensée automatique, de la pensée-action, le patient peut s'appuyer sur ses ressources pour réinterpréter son monde.

Cette expérience laissera une trace à l'état de veille et pourra lui être utile pour résoudre un problème. Elle est une aide au changement.

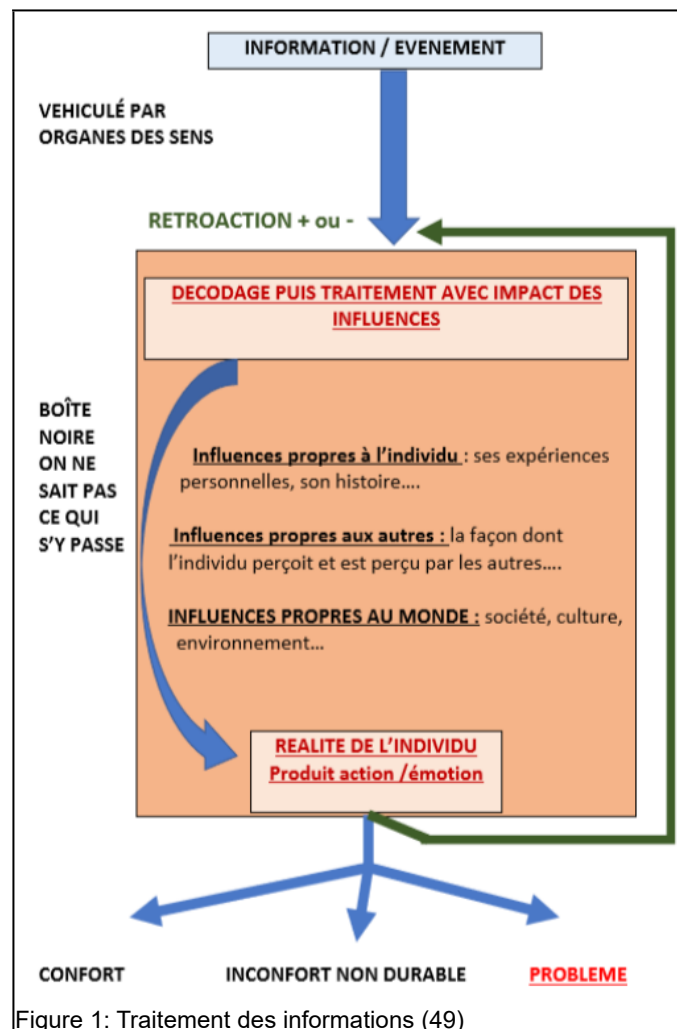
Le problème est en fait une solution mise en place par l'individu à un moment donné et qui ne lui sert maintenant plus. Le passé n'est utilisé qu'en tant que ressource. Erickson peut parler du passé si c'est pour mettre en évidence une capacité ancienne d'apprentissage du patient, ou une capacité qu'il a eu d'aller mieux ou de réagir différemment par exemple. Ici encore le paradigme change: le thérapeute n'est pas celui qui a un effet, mais accompagne, facilite un processus.

Le thérapeute est le guide, il ne connaît pas là où le patient veut aller mais l'aide à prendre la décision.

L'inconscient est un peu « la boîte noire », et n'est pas abordé frontalement. Le traitement repose sur la pédagogie, le déconditionnement, et la restructuration cognitive. Les cognitions, les comportements, les émotions peuvent être modélisées, de façon quasi mathématique. La cause n'est plus recherchée, on s'efforce de corriger les pensées automatiques, d'apprendre d'autres processus cognitifs, d'autres schémas de comportement face aux situations problématiques.

Le passé n'a aucune influence sur nous. C'est la perception qu'on a de cet événement, c'est l'image qu'on s'en fait qui peut nous « rendre malade ». On modifie cette perception par l'hypnose, on ne modifie pas le passé lui-même.





On distingue plusieurs formes d'hypnose :

- l'**hypnoanalgésie** pratiquée dans la prise en charge de la douleur, aiguë ou chronique
- l'**hypnosédation** utilisée en anesthésie
- l'**hypnothérapie** utilisée dans le cadre d'une psychothérapie, qui nous intéressera dans cette thèse. Elle comprend l'**hypnose conversationnelle**, ou conversation hypnotique, qui regroupe des règles de communication, telles qu'avoir un discours positif, qui vont amener le patient dans une transe hypnotique légère, sans qu'il en ait conscience (Thérapie orientée solution ou thérapie stratégique).
- l'**auto-hypnose** pratiquée seule par le patient après l'apprentissage auprès d'un praticien.
- l'**EDMR** ou technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR) est une intervention à visée psychothérapeutique qui a été développée par une psychologue américaine, Francine Shapiro, à la fin des années 1980.

## 1.5 Déroulé d'une séance d'hypnose formelle

Une séance d'hypnose formelle se déroule généralement selon le schéma suivant :

- L'entretien,
- L'induction,
- La transe,
- Les suggestions hypnotiques et post hypnotiques,
- Le réveil.

### 1.5.1 L'entretien

C'est au cours de l'entretien préalable que se noue la relation de confiance entre le patient et son thérapeute, indispensable au bon déroulement de la thérapie. C'est un moment crucial d'alliance thérapeutique.

Les trois piliers de cette alliance sont :

- la nécessité,
- la ratification,
- la détermination de l'objectif.

Le thérapeute s'imprègne de la personnalité du patient, son vécu, son entourage, ses représentations, la signification que revêt le symptôme, ses bénéfices secondaires possibles, ses motivations à guérir, ses éventuels freins à la guérison, etc. sans rentrer dans les détails du problème.

L'accent est mis sur le rôle actif que joue le patient lors d'une thérapie hypnotique. C'est ensemble que le thérapeute et le patient définissent les objectifs de la thérapie. Ensuite, le thérapeute peut proposer une stratégie adéquate à mettre en place pour régler le problème posé. « *A quoi vous apercevriez-vous que ça irait mieux ?* »

Au cours de cette première rencontre avec le patient, le thérapeute est souvent confronté à toutes les croyances portées par l'hypnose. Une fonction importante du thérapeute est de la démystifier.

On permet au patient d'arrêter la séance à tout moment. On l'informe qu'il va continuer à entendre ce qui peut se passer dans le bureau (téléphone, bruits divers..).

### 1.5.2 L'induction :

Elle permet au sujet d'accéder à l'état d'hypnose. Le but est de restreindre le champ de conscience du sujet en réduisant les stimulations extérieures et en focalisant l'attention sur une tâche particulière. Cette manœuvre vise une dépotentialisation de la pensée consciente en faisant focaliser sur quelque chose pendant que la vigilance et le contrôle disparaissent ou s'atténuent. Elle est de durée variable et différentes techniques sont possibles.

Différentes techniques sont possibles selon le patient, le thérapeute, le moment..

- La fixation de l'attention,
- L'induction extérieur/intérieur,

- L'évocation d'un souvenir agréable,
- La fixation de la main à hauteur du visage,
- La catalepsie ou lévitation de la main : Ces phénomènes sont des manifestations du processus dissociatif hypnotique et permettent de ratifier la transe, ce qui peut aider le sujet à comprendre que d'autres phénomènes inhabituels vont pouvoir se produire.

Pour évoquer un souvenir agréable on le fait décrire par le patient en utilisant le VAKOG (Vue, Auditif, kinesthésique, Olfactif, Gustatif). De cette façon, on le fait « glisser » encore plus profondément dans l'expérience qu'il est en train de vivre.

Exemple d'induction :

- « *Qu'est-ce que vous ressentez maintenant ?*  
 - *un nœud*  
 - *Mettez-la main dessus. Observez ce nœud. Je comprend que ce soit difficile (ratification). Ne faites rien pour tenter de l'éliminer. Observez simplement. Observez la façon dont il se transforme. »*

### 1.5.3 La transe

Il existe différents indicateurs de la transe, aucun n'est pathognomonique :

- regard fixe,
- diminution de la mobilité corporelle,
- ralentissement de la respiration,
- aplatissement des traits du visage, pâleur,
- mouvements oculaires,
- mouvements fréquents de déglutition,
- fasciculations musculaires et mouvements involontaires.

Elle correspond à la phase de travail, reposant sur la sollicitation des ressources mentales insoupçonnées par le patient qui se les approprie. Lors de cette phase, il se produit une sorte de reprogrammation mentale et un réaménagement comportemental. L'hypnose extrait l'individu de ses limitations acquises et favorise la réorganisation globale du fonctionnement cognitif en cours.

Il existe différents degrés de profondeur de la transe, (légère, moyenne ou profonde) qui peuvent être évaluées par des outils comme le tableau de Stanford.

### 1.5.4 La fin de la séance : suggestions et réveil

La sortie de transe c'est ramener le patient vers son état de conscience normal, donc le réassocier.

Il est possible, avant de procéder au retour du sujet, de proposer des suggestions post-hypnotiques de bien-être, de nouvelle harmonie, de présupposition au changement, éventuellement d'auto-hypnose.

Le thérapeute peut également énoncer des suggestions post-hypnotiques qui consistent à programmer dans l'esprit du patient pendant la séance un comportement qui se produira par la suite, immédiatement après la transe ou plus tard. Ces suggestions sont utilisées soit pour prolonger les effets de la transe, soit pour faciliter la séance suivante.

Par exemple :

*« Je ne sais pas quand le changement va se produire : peut-être dès la fin de la séance, peut-être plus tard dans les jours ou semaines à venir. J'aimerais que vous soyez attentif à cela.*

*Je ne sais pas comment vous allez vous apercevoir de ce changement, il va peut-être se produire naturellement, automatiquement, sans vous en rendre compte. Peut-être aurez-vous dit ou fait quelque chose qui va le déclencher. Est-ce quelqu'un d'autre qui aura dit ou fait quelque chose pour qu'il se produise. J'aimerais que vous soyez attentif à cela.*

*Je ne sais pas qui va s'apercevoir du changement : est-ce vous ou quelqu'un d'autre ? J'aimerais que vous soyez attentif à cela.»* (J.Tondusson)

Le retour doit ensuite se faire graduellement, avec des suggestions de bien-être et de repos. Il s'agit de procéder dans le sens inverse de l'induction faite et de réassocier l'esprit et le corps du patient. Il faut le ramener dans ses sensations corporelles, puis dans la pièce environnante et ce à son rythme.

Il faut vérifier que le patient soit confortable. Il doit toujours se sentir bien à la fin d'une séance.

*«Quand cette partie intérieure que vous avez découvert, qui vous a surpris, qui sait ce qui est bon pour vous, quand elle aura intégré tout ce dont vous avez besoin, tout ce qui est utile pour vous, de façon automatique, inconsciente, involontaire, elle vous permettra d'ouvrir les yeux, de reprendre contact avec le monde extérieur, avec une harmonie nouvelle.»*

### 1.5.5 La communication hypnotique

#### 1.5.5.1 Les techniques d'opportunité

##### ○ Les truismes

Ils sont l'énoncé d'une évidence banale. L'acceptation de ces évidences permet au patient de ne pas discuter. Ce sont des mises à plat sécurisantes qui permettent au patient de se centrer sur le vécu intérieur.

*« c'est bien agréable d'être confortable », « comme c'est bon de s'asseoir quand on est fatigué et qu'on veut se détendre », « chaque personne entre dans le processus hypnotique à sa façon »*

##### ○ Valorisation, permission

Toute réponse tout comportement du patient doit être accepté ; tout ce qu'il fait est bien. *« C'est bien... comme ça... oui... c'est cela... voilà... »*

Tout ce qui se passe chez le patient volontairement ou pas participe au processus en cours.

##### ○ Les compliments

On complimente le patient sur n'importe quelle réponse ou même sur l'absence de réponse et même sur rien en se contentant de dire *« c'est bien »*, tout en observant la réaction non verbale à cet énoncé. C'est une façon de conserver le cadre en mettant le sujet en réflexion sur ce qui a bien pu provoquer un tel compliment.

- Les répétitions

Elles ancrent peu à peu le message. L'expérience montre qu'un message important doit être répété trois fois.

- Les distractions

Elles sont destinées essentiellement à confusionner, à diminuer les résistances. Obtenir un sourire est très souvent un gage de réussite.

- La confusion

Elle est parfois utilisée dans l'entrée du processus hypnotique pour créer un effet de surprise, pour diminuer les résistances. On ne cherche plus à suivre ce qui est devenu incompréhensible. La confusion fait perdre pied au patient. Il se raccroche ensuite à la première branche venue qui est, en fait, la première idée qu'on lui suggérera ensuite. On peut utiliser un proverbe de façon inadéquate, faire une réponse à côté, ou passer du coq à l'âne...

*« Et vous n'êtes pas très sûr de ne pas vous souvenir de ce que vous n'avez pas déjà dit... » « Vous n'aurez pas besoin d'oublier sans penser vous souvenir, ni de ne pas vous souvenir d'oublier ou non. »*

#### 1.5.5.2 Les techniques de suggestion

- Les suggestions directes

Le thérapeute suggère exactement et directement ce qu'il souhaite obtenir. La suggestion directe est caractéristique de l'hypnose traditionnelle, elle ne laisse pas de choix au patient, elle ouvre ainsi la porte aux résistances.

*« au chiffre 5, vos yeux se fermeront. »*

- Les suggestions indirectes

Les suggestions indirectes possèdent une intention connue du praticien, lequel recherche à ce que celle-ci ne soit pas reconnue par le patient. Elles sont proposées à un patient qui reste libre de les accepter ou non, de les refuser ou non.

- ✓ La suggestion ouverte

Le thérapeute énonce tout un ensemble de possibilités susceptibles d'apparaître.

*« Et dans votre main ou dans une partie de votre main... dans un doigt peut-être... ou bien un autre doigt... vous pouvez être intéressé de voir apparaître une sensation... peut-être un fourmillement... un engourdissement... de la chaleur... de la fraîcheur... de la pesanteur... de la légèreté... ou bien peut-être une autre sensation. »*

Cette énumération a peu de chance de ne pas tout couvrir.

- ✓ La suggestion contextuelle

Certaines suggestions très générales peuvent prendre un sens dans des contextes parfois très éloignés les uns des autres. Ainsi, le fait d'évoquer les vacances le bord de mer, réactualise généralement des sensations de détente et de repos.

✓ L'implication

C'est un artifice de langage qui, en supposant l'événement accompli, entraîne automatiquement l'acceptation du chemin qui y mène. Exemple : « *Savez-vous à quel moment vous allez vous détendre ?* », « *Dans un instant vous allez prendre deux ou trois respirations profondes avant de revenir... d'abord lentement...* ».

Les propositions comme « *pas avant que* », « *pas encore* » sont également très puissantes.

✓ Le choix illusoire

Le thérapeute propose à son patient de faire un choix entre deux ou plusieurs propositions qui ont en commun de l'amener à mieux accepter un message.

Les parents le savent bien quand ils proposent à leur enfant : « *Préfères-tu la soupe chaude ou froide ?* », « *veux-tu te coucher tout de suite ou dans un quart d'heure ?* ».

Pour le thérapeute, ce sera : « *souhaitez-vous vous détendre lentement ou rapidement ?* »

✓ Les liens

Le thérapeute va faire des liens entre deux expériences, la première étant concrète et irréfutable, ce qui va rendre la seconde plus probable.

Exemple : « *... et à chaque respiration, vos paupières peuvent devenir plus lourdes...* » le fait de respirer est inévitable ce qui rend plus probable l'apparition de la lourdeur dans les paupières.

✓ Le double lien

C'est une communication qui ne peut générer qu'un seul et même résultat.

« *Pile je gagne, face tu perds* ». Il s'agit d'une technique d'implication où le simple fait de répondre entraîne l'acceptation. « *Laquelle de vos deux mains va se soulever la première ?* », « *avant que vous n'entriez en transe, j'aimerais dissiper quelques idées fausses sur l'hypnose* »

✓ L'anticipation

Il faut toujours, et c'est vrai quelque soit la thérapie, que le thérapeute soit celui qui a un coup d'avance. Certaines formules permettent de garder cette avance avant de trouver une autre idée.

Exemple : « *et votre partie intérieure sait déjà que cette expérience peut lui être utile* », « *je ne sais pas ce que ces larmes qui coulent ont envie de vous dire* »

✓ La ratification

Chaque fois qu'un des signes habituels de l'état de transe se manifeste, le thérapeute doit en tirer parti et faire remarquer ces signes à voix haute.

La séance d'hypnose est un moment de communication interactive entre le thérapeute et le patient. Il s'agit en fait d'aider le patient à se rendre compte qu'il est entré dans un processus hypnotique, de construire ainsi la transe, de lui donner consistance, de la solidifier. On utilise en fait tout ce que le patient nous apporte. Ce qui témoigne du bon accompagnement et place le patient en sécurité.

Exemple : Le patient tousse : « *et vous pouvez constater qu'il est possible de tousser chaque fois que vous en avez besoin, tout en poursuivant votre expérience, et vous pouvez même découvrir qu'en toussant vous allez encore plus profondément au fond de vous-même* »

✓ Le saupoudrage

Il s'agit, pour le thérapeute, d'aménager des pauses autour d'un mot, ou d'un groupe de mots, en les prononçant d'une manière légèrement différente. Cette différence de prononciation peut se faire soit par un accent plus tonique, ou à l'inverse par une tonalité plus faible.

Exemple : « *et vous pouvez...à un moment ou à un autre... à chaque respiration... expérimenter encore mieux... cette...(pause)... détente...(pause)... avant de pouvoir mieux... laisser cette...(pause)... lourdeur...(pause)... s'installer dans vos paupières... ».*

Le fait de détacher ainsi un mot, ou un groupe de mots, lui donne une importance spécifique.

✓ La dissociation

Cette pratique est assez spécifique de l'hypnose éricksonnienne. Elle va permettre de construire un monde virtuel en autonomisant des parties qui vont, ainsi, échapper au contrôle conscient du patient.

Il s'agit de distinguer artificiellement des choses, ou idées, ou de morceler un élément en plusieurs jusque-là confondus.

« *Et vos yeux peuvent avoir envie de se fermer... Votre dos peut maintenant ressentir le contact du dossier... »* « *conscient/inconscient, cerveau droit/cerveau gauche, l'extérieur de vous-même/l'intérieur, une partie de vous-même/l'autre partie, ici/ailleurs... ».*

Le langage dissociatif constitue un des moyens essentiels de la communication hypnotique.

✓ La métaphore

Caractéristique du travail d'Erickson qui racontait beaucoup d'histoires à ses patients, la métaphore ne prend pas toujours la forme d'une histoire mais d'un représentant de la maladie dans l'imaginaire du patient. L'inconscient s'exprimant par images, l'utilisation de métaphores est généralement bien acceptée, surtout si elle vient du patient. « *Ça me fait comme une boule dans le ventre »* « *Et comment est cette boule ? A-t-elle une forme ? Une couleur ? Peut-on changer quelque chose de cette boule ?... ».* C'est véritablement entrer dans le monde du patient. Par ailleurs cette technique permet l'externalisation du symptôme, pour éviter l'identification au problème et l'enkystement.

### 1.5.5.3 Les techniques de travail avec la résistance

○ Le travail avec la négation

Le langage hypnotique mobilise l'imagination du patient, or le concept de négation fait défaut au langage figuratif. En effet lorsque l'on dit : « *Ne pensez pas à une voiture rouge* », nous sommes d'abord obligés de penser à cette voiture de couleur rouge avant de comprendre la phrase. De même si l'on dit à un patient anxieux ou douloureux : « *Ne faites pas attention à cette sensation dans votre jambe* », on l'amène justement à être attentif à sa jambe. Ainsi il faut éviter de l'utiliser en hypnose. Néanmoins, elle peut parfois être utilisée pour contourner certaines résistances en suggérant de ne pas répondre à la proposition faite : « *Je vous demande de ne pas vous détendre trop vite, de ne pas fermer les yeux trop vite... ».*

L'emploi de la négation dans la communication hypnotique a plusieurs finalités : créer et renforcer la dissociation, créer et maintenir la position basse, confuser le patient.

- La séquence d'acceptation

Cette technique consiste à amener le sujet à répondre positivement à un certain nombre de questions jusqu'à ce que, par entraînement, il arrive à répondre par la positive à une question à laquelle il aurait, dans d'autres conditions, répondu soit par hésitation soit par la négative.

Il s'agit donc de créer un contexte de positivité. « *Êtes-vous venu en voiture aujourd'hui ? Oui. Êtes-vous bien assis dans cette chaise ? Oui. Est-ce que vous me regardez bien fixement ? Oui. Est-ce que vous allez entrer en transe rapidement ? Oui.* »

- La confusion (cf supra)
- La dissociation (cf supra)

#### 1.5.5.4 Les suggestions post-hypnotiques

Le changement est généralement attendu après une séance d'hypnose. Aussi, il apparaît utile de faire des suggestions destinées à préparer le futur, mais aussi à permettre que le patient n'attende pas un changement immédiat et, de ce fait, ne se désespère pas.

Elles peuvent être directes. Freud disait : « *Et à partir de maintenant, vous ne vomirez plus !* ». Bien souvent ces suggestions autoritaires ne donnent aucun résultat.

Les suggestions post hypnotiques peuvent aussi être indirectes

Elles correspondent parfaitement à une utilisation éricksonnienne, elles respectent la personnalité du patient, ses motivations, son apprentissage lors de la séance. Elle est censée être adressée à l'inconscient, et se manifeste ultérieurement parvenant alors à la conscience du sujet, mais généralement de façon incomplète.

Une suggestion post-hypnotique peut se montrer efficace longtemps après qu'elle ait été donnée.

C'est une pré-supposition au changement. « *à votre avis dans combien de temps reviendrez-vous me voir en me disant que ça va mieux ?* »

#### 1.5.5.5 Le non verbal

- Le langage non-verbal

L'observation du patient et de son langage non verbal (croiser les bras, se gratter, porter la main à la bouche, hocher la tête, se rapprocher, etc.) apporte beaucoup de renseignements.

Le langage non verbal du thérapeute est également perçu par le patient, l'observateur est toujours observé par celui qu'il observe, et réciproquement. Il possède en état d'éveil une importance et un impact souvent mésestimés. En effet, notre cerveau enregistre et traite les signaux non verbaux associés à la parole directement et souvent avant même que le sens global de la phrase ait été compris. Il n'est pas souvent intentionnel, et influe considérablement le caractère et la valence émotionnelle de l'information. Les pauses, les sourires, la tonalité du regard, la maîtrise de la voix et du timbre sont tout aussi importants que les mots pendant l'état hypnotique.

- Le toucher

Le toucher est très hypnotique, et permet de renforcer l'alliance thérapeutique.



Le tapping : c'est le fait de tapoter avec un ou deux doigts au niveau des espaces interosseux de la main du patient.

Le patting : c'est exercer avec la main au niveau des muscles de l'avant-bras du patient une alternance de pressions et de relâchements.

Dans les 2 cas on crée une surprise mais aussi et surtout une dissociation en focalisant l'attention du patient sur sa main (tapping) ou son avant-bras (patting), ce qui lui permet de sortir assez facilement du processus émotionnel dans lequel il est installé.

#### 1.5.5.6 Les autres outils

##### ○ Les échelles

Nous pouvons tout mesurer en utilisant des échelles. Et notamment tout ce qui est flou : « *Je suis angoissé.* », « *à zéro vous n'êtes pas angoissé du tout, à 10 c'est le maximum que vous puissiez connaître, vous êtes à combien maintenant ?* », « *7* ».

Ainsi le patient voit très clairement le résultat sur l'échelle qu'il a imaginée. Les échelles constituent un outil très puissant qui dissocie.

Elles permettent aussi d'évaluer la stabilité. « *Vous êtes aujourd'hui à 7, il faudrait que ce soit à combien pour que votre vie devienne supportable ?* ».

##### ○ L'ancrage

Il consiste à lier un état interne à une situation physique. La technique d'ancrage consiste pour un sujet à réaliser un acte (faire un geste donné, ou dire un mot) pour retrouver, en auto hypnose, l'état auquel l'acte a été au préalable lié. Par exemple, la fermeture d'un poing que l'on associe à un état de bien-être ressenti au moment où le geste est effectué.

##### ○ La safe place (ou espace sûr)

C'est un endroit imaginaire exploré en hypnose, où le patient construit un sentiment important de sécurité interne et de protection. La safe place n'est pas le lieu « ressource » ou de « détente ». Elle peut permettre au patient, secondairement, de ressentir au moins l'une de ces deux dimensions. Elle est très utile pour les traumatismes importants.

##### ○ La lévitation

A la différence de la catalepsie, la lévitation du bras se fait sans l'intervention physique directe du thérapeute. Elle ne fait intervenir que son imagination. Dans ce phénomène, à la suite des suggestions, la main, l'avant-bras et parfois le bras du sujet s'élèvent soit pour se stabiliser dans une position confortable à la hauteur du visage, soit plus haut encore.

« *... et à un moment ou à un autre... peut-être dans cette main droite... peut-être dans un doigt... et vous ne le savez pas encore... vous allez bientôt avoir la surprise de découvrir... (léger mouvement de l'index du patient) ... voilà... maintenant vous commencez à savoir... et c'est agréable d'apprendre... de cette manière... et ce doigt peut entraîner maintenant... un autre doigt... et la paume de cette main droite... voilà c'est bien...* ».

Il est utile d'amplifier le phénomène en faisant imaginer au patient que son poignet est entouré par un fil de soie au bout duquel sont attachés plusieurs ballons de baudruche gonflés à l'hélium.

Il existe de nombreux autres outils, mais l'essentiel dans l'hypnose, au-delà de l'état hypnotique ou des outils techniques, est le processus relationnel. L'alliance thérapeutique.

L'hypnose n'est pas « magique » et ne fait pas de miracles. La thérapie ne peut rien sur le passé du patient pas plus que sur les événements futurs à venir. Elle permet cependant d'aider le patient à modifier les perceptions sensorielles qu'il a de ce passé afin de le conduire vers le mieux-être.

#### 1.5.6 Les contre-indications

Il n'existe quasiment aucune contre-indication à l'hypnose. Elle semble néanmoins devoir être évitée chez les patients psychotiques en décompensation et dans les troubles de la personnalité de type paranoïaque du fait pour les premiers du risque d'aggravation du syndrome dissociatif et pour les seconds, de difficulté de maintien de la relation thérapeutique hors de la sphère conflictuelle. Pour Salem, la plus grande contre-indication est l'incompétence du thérapeute (4).

### 1.6 Reconnaissance scientifique

La recherche a mis en évidence les particularités de l'état hypnotique, un état différent du sommeil, de la vigilance ou encore la méditation (13).

#### 1.6.1 Généralités

D'un point de vue neurophysiologique, ni les échelles d'hypnotisabilité, ni les paramètres physiologiques vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire), ni les mouvements oculaires ne constituent un marqueur objectif et spécifique du processus hypnotique. L'étude des enregistrements électroencéphalographiques n'ont pas permis de détecter des rythmes particuliers en cours d'hypnose. Les potentiels évoqués visuels, auditifs ou somesthésiques ne montrent pas de caractéristique spécifique du processus hypnotique et ne constituent donc pas une signature objective de ce processus. Le développement de la neuro-imagerie fonctionnelle, dès les années 1980, a permis d'explorer davantage le fonctionnement du cerveau

L'étude de Maquet et Faymonville, réalisée en 1999 (14), porte sur la distribution des débits sanguins cérébraux, étudiés grâce à une caméra à positons (tomographie par émission de positons), chez un groupe de sujets dans un état de repos, puis dans un état d'hypnose, alors que leur sont suggérés d'agréables souvenirs de leur histoire personnelle. On leur demande de se souvenir d'un moment agréable de leur vie puis de visualiser leur couleur préférée. Il semble, selon cette étude, que l'état d'hypnose soit associé à l'activation d'un ensemble étendu d'aires corticales (occipitales, pariétales, précentrales, prémotrices), ainsi qu'au cortex préfrontal, ventrolatéral et occipital. Il en résulte que l'hypnose, selon les auteurs, serait un « état d'éveil cérébral spécifique » : alors que le sujet semble somnolent, il est l'acteur d'une expérience très vive qui emplit totalement sa

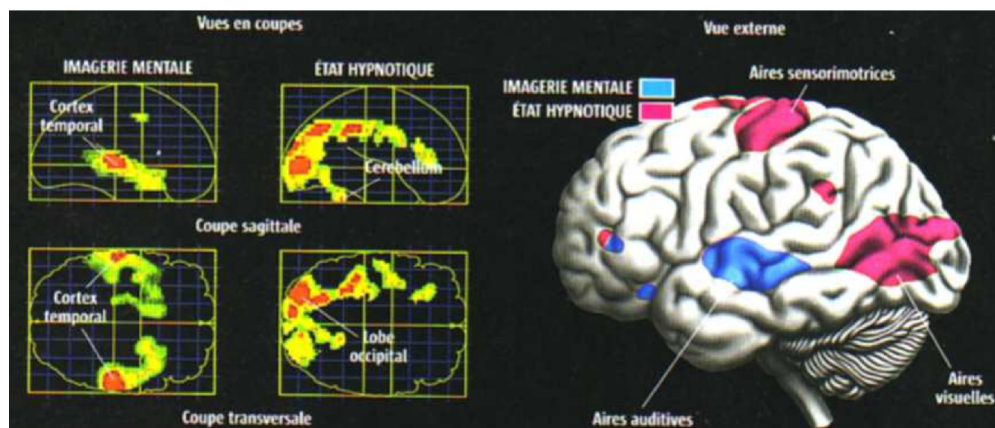
conscience. Il s'agirait davantage d'une expérience de « revécu » que d'une simple remémoration.

Ainsi, l'état hypnotique correspond à une activation cérébrale particulière médiée par le cortex cingulaire antérieur ainsi qu'à une désactivation de certains réseaux de contrôle (ou d'attention), au profit des réseaux dits de « mode par défaut » (default mode network) (15).

## Remémoration d'un souvenir agréable sous hypnose

*voir, sentir, bouger tout en étant immobile .*

« Revivre » plutôt que « se remémorer »



P. Maquet, S. Laureys, ME Faymonville, Biol Psychiatry 1999 ; 45 : 327.

Figure 2: Aires cérébrales activées en hypnose

### 1.6.2 Études sur la douleur

L'étude réalisée par Willer, Michaux et al., publiée en 1977 (16), montre que la suggestion hypnotique d'analgésie provoque une augmentation significative du seuil de tolérance à la douleur, ainsi qu'une modification de l'ordre de 20 % ou plus du réflexe de flexion nociceptif. Par ailleurs, le seuil de tolérance reste abaissé plusieurs heures après qu'on ait mis fin à la séance d'hypnose, ce qui suggère que l'effet reposerait plutôt sur un « système » que sur la simple sécrétion d'un polypeptide.

De récentes études faites en IRM(17) indiquent clairement aujourd'hui l'existence de réseaux spécifiques anatomiques et fonctionnels impliqués dans le processus hypnotique.

Il faut savoir que l'activité du cerveau humain se base sur deux principes : la ségrégation fonctionnelle c'est-à-dire la localisation d'une fonction (ex. : vision) dans un réseau déterminé de régions cérébrales (ex. : régions occipitales) et l'intégration fonctionnelle, c'est-à-dire l'interaction entre ces régions fonctionnelles ségréguées (ex. : la région occipitale est en connexion fonctionnelle avec d'autres aires du cerveau) (13).

En utilisant des méthodes d'analyses élaborées, on peut évaluer la connectivité fonctionnelle, c'est-à-dire la communication entre des aires cérébrales

éloignées. On peut mettre ainsi au jour un réseau de connexions fonctionnelles entre la région médiane du cortex cingulaire antérieur (région liée à la modulation de la nociception sous hypnose) et différentes autres régions cérébrales qui doivent être connues comme étant connectées anatomiquement avec le cortex cingulaire antérieur. La région du cortex cingulaire antérieure possède différentes fonctions, entre autres la régulation ou la modulation de l'interaction cognitive, la perception et le contrôle moteur en relation avec l'état émotionnel, attentionnel ou motivationnel du sujet.

L'étude de connectivité réalisée par le professeur Freymonville suggère que, sous hypnose, plus les stimuli sont perçus comme douloureux, plus le réseau de régions corticales et sous-corticales s'active. Celui-ci comprend le cortex cingulaire antérieur, l'insula, le cortex prégnéual, le cortex préfrontal, le pré-SMA, les noyaux de la base, les noyaux du tronc et le thalamus. Le processus hypnotique permet ainsi un recrutement des régions critiques à la gestion de la douleur. Ceci mène à une meilleure évaluation discriminative, émotionnelle, cognitive du stimulus douloureux. Le traitement et l'information optimisent la réponse affective et comportementale du sujet. Leurs observations mettent en avant le rôle critique que joue le cortex cingulaire antérieur dans la modification qu'induit l'hypnose sur la composante sensorielle affective, cognitive et comportementale de la douleur.

L'hypnose serait capable d'agir sur les 2 composantes de la douleur : le ressenti émotionnel mais également la sensation douloureuse elle-même. Certaines études (réalisées chez des sujets très hypnotisables) ont même montré la capacité de l'hypnose à activer les circuits neuronaux correspondants à une douleur physique suite à une suggestion hypnotique et ce même en l'absence de stimuli douloureux (18).

Plus récemment, une étude a montré que la diminution de la perception des stimuli douloureux et non douloureux pendant un état d'hypnose par rapport à un état de veille était associée à une diminution de l'activation fonctionnelle non seulement du cortex cingulaire antérieur, mais aussi des cortex insulaire, préfrontal, prémoteur, du tronc cérébral, du thalamus, du striatum et du cortex somatosensoriel primaire (19).

### 1.6.3 Les limites de l'expérimentation :

Pour devenir objet de science, l'hypnose doit se soumettre à la méthode scientifique.

L'exigence de l'expérimentateur est de créer une scène expérimentale pour contrôler toutes les variables et isoler des témoins parfaitement fiables, nécessitant une neutralité relationnelle indispensable. Or avec l'hypnose, on peut s'interroger sur cet idéal de scientificité : l'hypnose expérimentale, qui doit satisfaire la neutralité relationnelle, nie la relation entre l'expérimentateur et son sujet.

La science moderne procède par un découpage méthodique du vivant pour l'analyser élément par élément, alors que l'hypnose ne s'appréhende et ne se produit que dans la mise en action de la totalité de la personne.

## 1.7 Champs d'application

Tous les domaines où le psychique et le physique se trouvent mêlés ont trouvé une place pour l'hypnothérapie (20). De nos jours, l'application la plus fréquente de l'hypnose est dans le domaine de l'algologie. C'est aussi le domaine où elle est le plus étudiée.

Il n'existe pas de techniques spécifiques relatives à une affection donnée ou à une zone particulière du corps. La démarche thérapeutique dépend surtout des croyances et des attentes du patient, de son ressenti par rapport à sa pathologie et de l'impact qu'elle a sur sa vie en général, sur le plan familial, social ou professionnel. Chaque prise en charge doit être adaptée au patient.

### 1.7.1 La douleur

Le traitement de la douleur est probablement l'application thérapeutique de l'hypnose la plus connue et la plus utilisée. Comme nous l'avons vu précédemment, la douleur est une expérience globale, complexe, multidimensionnelle, subjective, résultant de l'interaction de différentes composantes qui se potentialisent. L'hypnose influe sur la douleur en réduisant les composantes sensorielles et affectives.

L'hypnose peut contribuer à améliorer pour le patient sa relation au corps, sa relation aux soins, sa relation aux autres, sa relation à lui-même, et l'aider à accepter le diagnostic de la maladie ou le handicap engendré. Cela permet au patient de se réapproprier la partie de son corps qui souffre.

#### 1.7.1.1 Les douleurs chroniques

L'hypnose peut être appliquée dans le traitement des migraines (25), des lombalgies chroniques, des fibromyalgies, l'algodystrophie (21), et des douleurs neuropathiques (27).

Dans l'accompagnement et le traitement de la douleur des patients cancéreux en phase terminale, l'hypnose est un adjuvant utile. En diminuant l'utilisation des sédatifs et des antalgiques et leur effet sédatif secondaire, il permet à la personne de mieux profiter des plaisirs qui lui restent et des contacts avec ses proches.

D'autres maladies douloureuses avec une composante psychosomatique y trouvent aussi une application comme le colon irritable (22), les gastralgies et ulcérations peptiques (23), en consultation douleur pour les adultes ou les enfants.

#### 1.7.1.2 Les douleurs aiguës

L'hypnose est très utile pour réduire ou supprimer la douleur afin d'effectuer des soins, notamment les pansements des grands brûlés (24). La technique hypnotique peut diminuer l'utilisation des antalgiques et éviter une partie de leurs effets secondaires. Elle apporte également un bénéfice psychologique au patient qui peut éprouver dans ces situations des sentiments de culpabilité, de colère, de désespoir et d'impuissance pouvant mener à un syndrome dépressif secondaire. L'apprentissage et l'utilisation de l'auto hypnose peut permettre au patient de s'autogérer, d'être plus confiant et moins dépendant de l'environnement médical.

L'hypnose s'avère également intéressante dans les situations d'urgence et est d'autant plus efficace que le patient est en attente d'aide. Le stress associé à toute urgence médicale peut induire en lui-même un état hypnoïde spontané très proche de la transe hypnotique.

Dans un contexte d'urgence, il est possible de soulager une douleur aiguë chez des patients qui se présentent avec des traumatismes orthopédiques, des abrasions cornéennes, des douleurs abdominales et menstruelles, ou des syndromes dentaires.

#### 1.7.1.3 L'anesthésiologie

L'hypnose est utilisée par certains anesthésistes lors d'interventions chirurgicales comme les mastectomies, les thyroïdectomies ou encore l'extraction dentaire. Elles permettent une amélioration de la qualité des soins, une diminution de l'appréhension liée à l'anesthésie et une utilisation moindre de produits anesthésiques. Plusieurs études ont montré un réveil plus facile lors de l'utilisation de techniques hypnotiques pendant l'intervention.

L'odontologie est également un domaine où l'hypnose a des effets bénéfiques prouvés en diminuant l'anxiété liée aux soins et en modifiant le seuil de la douleur.

Elle est aussi utilisée en obstétrique comme outil de préparation à l'accouchement. Elle permet de diminuer l'anxiété et la douleur, essentiellement par des techniques de relaxation, de visualisation positive et de gestion de la douleur. Elle peut parfois se substituer à la péridurale si celle-ci n'est pas réalisable ou non souhaitée par la patiente.

#### 1.7.2 Phobies, attaques de panique et troubles obsessionnels

Ces pathologies se développent chez des personnes qui veulent contrôler à l'excès leur environnement. La perte de contrôle de tout ou partie de son environnement est source d'une anxiété majeure insupportable pour la personne. L'hypnose est une bonne méthode de traitement des phobies (25).

#### 1.7.3 Les affections psychiatriques

L'anxiété est un état intérieur latent d'insécurité douloureuse indéfinissable qui peut se traduire par diverses manifestations physiques. Cet état, lorsqu'il devient incontrôlable, perturbe la vie quotidienne de la personne. L'objectif de l'hypnose est d'aider le patient à dépasser les blocages liés à cet état.

L'état dépressif est un motif de consultation fréquent. Il est lié à une rumination et à une immobilisation de la pensée et du corps du patient qui génèrent une souffrance psychique se traduisant par des troubles variés. Lorsque le patient est demandeur d'hypnothérapie dans ce contexte, il fait preuve d'une dynamique débutante propice à l'utilisation de l'hypnose. Le rôle du thérapeute est de mettre en évidence et d'amplifier cette amorce de mouvement chez le patient qui dispose alors d'une ouverture possible vers la guérison (26).

L'EDMR est particulièrement utilisé dans les syndromes de stress post traumatique.

#### 1.7.4 Les affections à composante psychosomatique

L'hypnothérapie contribue efficacement au traitement des troubles psychosomatiques en apaisant la composante anxieuse associée et en facilitant la maîtrise consciente des fonctions autonomes.

#### 1.7.5 Les addictions

Les addictions sont également une indication thérapeutique classique de l'hypnose. Comme dans le traitement de la douleur chronique, la technique hypnotique vise à modifier ou à couper les liens noués par le patient avec la substance toxique et qui peuvent être source de souffrance. La dépendance s'installe lorsque la substance toxique devient la solution d'un problème (anxiété, ennui ou solitude).

L'objectif thérapeutique est d'amener le patient à redéfinir la place de cette substance et à la reconsidérer comme problème et non plus comme solution. Le thérapeute accompagne le patient vers ses ressources intérieures, corporelles et hormonales, pour aider à prévenir et calmer les symptômes de manque.

Le sevrage tabagique est une des addictions les plus fréquemment traitées avec l'hypnose (27). Les études montrent des taux de réussite de 72% un mois après la séance puis de 40% six mois après.. Il semble que le succès de l'hypnothérapie dans ce domaine est fortement lié à la volonté du sujet d'arrêter de fumer.

L'hypnose peut également être utilisée dans d'autres addictions comme l'alcoolisme et les toxicomanies, en s'intégrant au sein d'une prise en charge pluri disciplinaire.

#### 1.7.6 Les troubles du comportement alimentaire

La boulimie et l'anorexie sont un motif fréquent de demande de prise en charge par l'hypnose. L'hypnothérapie est utilisée ici avant tout comme un traitement des troubles du comportement. Le but est de détourner le patient d'une fixation sur l'alimentation et de l'aider à changer son rapport à la nourriture et à son corps, en traitant simultanément l'anxiété associée.

Dans l'anorexie, l'hypnose aide également la personne à accepter de rétablir une image du corps conforme à la réalité et à apprendre le lâcher prise.

#### 1.7.7 Les troubles gastro-entérologiques

L'hypnose donne de bons résultats dans le traitement des troubles gastro-entérologiques, et ce d'autant plus lorsque la corrélation entre stress, anxiété et manifestations cliniques est forte.

Elle est particulièrement utile dans le traitement des colopathies fonctionnelles et des troubles dyspeptiques. L'hypnothérapie améliore la qualité de vie et réduit à long terme la fréquence et l'intensité des symptômes, l'anxiété, le nombre de consultations et la consommation de médicaments (23).

### 1.7.8 Les affections dermatologiques

La peau est un organe relationnel possédant une valeur symbolique importante. La composante psychique a un rôle déterminant dans l'apparition et/ou la sévérité des maladies dermatologiques.

La thérapie hypnotique, tout en s'attachant au symptôme, cherche à soigner, en en modifiant la perception, les liens établis par la personne avec son corps, ses croyances et ses rituels.

Des études mettent en avant un lien entre suggestion et stimulation du système immunitaire, permettant d'observer la régression des lésions cutanées dans des pathologies diverses comme le psoriasis, l'eczéma, ou l'urticaire ; ainsi que la disparition de verrues ou d'un prurit.

### 1.7.9 L'asthme

L'hypnose se révèle utile et efficace dans la prise en charge de l'asthme, essentiellement de par la composante anxieuse majeure présente lors des crises. L'hypnose permet d'apaiser l'anxiété et le niveau de stress émotionnel, facteurs favorisant le déclenchement et l'installation d'une crise.

L'efficacité de la technique hypnotique peut être évaluée par : la capacité du patient à juguler plus facilement ses crises, l'espacement des crises, et la réduction de la prise de médicaments bronchodilatateurs (28).

## 2 Hypnose et médecine générale

### 2.1 Définition de la médecine générale

Les caractéristiques de la discipline médecine générale (médecine de famille) sont définies par la WONCA (World Family Doctors. Caring for people) (29)

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.



- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires,
2. Les soins centrés sur la personne,
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes,
4. L'approche globale,
5. L'orientation communautaire,
6. L'adoption d'un modèle holistique.

Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- démarche clinique,
- communication avec les patients,
- gestion du cabinet médical

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture,
- b) Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique,
- c) Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

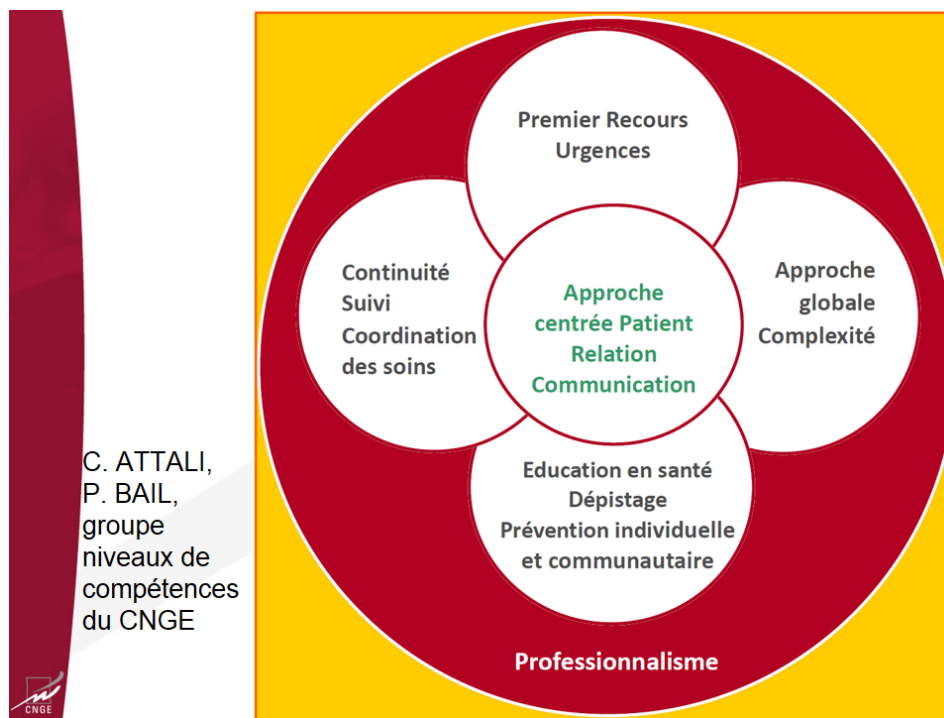


Figure 3: Les compétences en médecine générale

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation. C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide.

## 2.2 Formation en hypnose des médecins généralistes

Alors que de nos jours, la pratique de l'hypnose fait partie de la formation des médecins scandinaves, et elle est inscrite au cursus des psychiatres anglo-saxons, ce n'est pas le cas pour les praticiens français (30). L'hypnose n'est pas enseignée en formation initiale au cours des études de médecine. Le niveau de connaissance de l'hypnose des médecins généralistes dépend principalement de leurs parcours personnels et peut varier d'un médecin à l'autre.

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose. L'Ordre des médecins ne reconnaît pas les Diplômes Universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) d'hypnose. Réglementairement, mentionner cette pratique sur sa plaque ou ses ordonnances n'est donc pas autorisé. Pour les chirurgiens-dentistes, la reconnaissance d'un DU/DIU et l'autorisation de le mentionner sur ses documents professionnels est à demander au cas par cas à l'ordre national des chirurgiens-dentistes. (20)

Il existe onze DU, un diplôme d'études supérieures universitaires (DESU) et un DIU à ce jour en France. L'enseignement associatif et privé proposent également des formations, dont la durée est très variable (de 2 jours à plus de 45 jours sur plusieurs années). Certaines n'acceptent que les professionnels de santé, d'autres sont ouvertes à un public plus large. De nombreuses formations sont proposées dans le cadre de la formation continue et du Développement Professionnel Continu.

(DPC) et sont alors réservées aux professionnels de santé. Les formations peuvent aussi être proposées hors DPC, par exemple la Société Française de Médecine Générale (SFMG) propose un module d'initiation aux techniques d'hypnose.

Il n'existe pas d'enquête décrivant le nombre total de soignants formés à l'hypnose en France, ni la pratiquant que ce soit en libéral ou à l'hôpital. Certaines associations proposent des annuaires non exhaustifs.

## 2.3 Pratique de l'hypnose en médecine générale

La place de l'hypnose en médecine générale a été peu étudiée et est mal connue. L'hypnose s'impose de plus en plus dans le champ de la médecine, souvent dans des indications du domaine d'autres spécialistes : anesthésie, chirurgie, psychothérapie, pédiatrie, algologie.

N'étant pas enseignée en formation initiale, on peut s'attendre à ce que la connaissance de l'hypnose chez les médecins généralistes soit plutôt faible. Les résultats d'une étude nationale du Dr Dieulouard de 2016 (31) vont dans ce sens : La proportion de médecin ayant déjà pratiqué l'hypnose en tant que soignant est faible (10%). La moitié des médecins souhaitent approfondir leurs connaissances en hypnose (55%).

Les médecins généralistes sont en première ligne face aux patients et risquent donc de se trouver démunis, d'autant plus que l'hypnose est une discipline souffrant de beaucoup de préjugés.

L'étude du Dr Raineri en 1997 (30), met en évidence la prédominance féminine des consultants (72 % de femmes) et une population jeune âgée de 25 à 55 ans (77 % des consultants), venant consulter avec une demande spécifique pour ce type de prise en charge (93 % des épisodes). Les patients évoquent une origine psychologique ou psycho-somatique à leurs problèmes de santé dans 73 % des cas et le diagnostic médical est corrélé aux attributions des patients dans 90 % des cas : anxiété, phobies, insomnies, troubles sexuels, dépression, manque de confiance en soi et anxiété sociale, troubles de la personnalité. Les autres motifs de consultation sont principalement les syndromes douloureux chroniques, la surcharge pondérale, le tabagisme et certaines affections cutanées.

La thèse du Dr Bry n'a pas mis en évidence de catégorie socio-professionnelle particulière de patients (1).

D'un point de vue pratico-pratique il n'existe pas de ligne de conduite uniforme entre tous les praticiens exerçant l'hypnose. La cotation des actes réalisés en hypnose est souvent majorée. L'assurance maladie ne prend pas en charge ces séances d'hypnose en médecine générale. Il existe un code acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001), mais cet acte est non remboursable et réservé aux médecins hospitaliers. Le tarif est fixé à 0 euro. Certaines mutuelles proposent des remboursements partiels ou forfaitaires de séances d'hypnose sur présentation d'une facture, et/ou sous forme de dépassement exceptionnel.

## 3 Syndrome anxio-dépressif

### 3.1 Généralités

Ce syndrome évoqué par certains auteurs est souvent controversé. Les symptômes de ces patients ne sont pas suffisants pour répondre aux critères DSM IV ou de la CIM 10 caractérisant l'épisode dépressif ou le trouble anxieux généralisé. Le trouble mixte ne doit pas être confondu avec le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou avec anxiété qui est secondaire à un événement stressant.

La sécurité sociale reconnaît les troubles anxio-dépressifs puisqu'il existe une cotation « troubles anxio-dépressifs mineurs » dans les motifs d'arrêt de travail. Elle précise qu'ils peuvent s'accompagner de troubles fonctionnels ou somatoformes, c'est-à-dire des troubles physiques non explicables par une maladie organique. Il s'agit également de plaintes anxio-dépressives qui ne répondent pas aux critères de gravité du DSM IV et de la CIM 10 ce qui exclut les dépressions avérées (32).

Les classifications préfèrent séparer les deux entités que sont la dépression et l'anxiété. Mais en pratique clinique, les plaintes du patient n'appartiennent pas strictement à une seule catégorie. Ce trouble est surtout décrit en consultation de médecine générale où certains patients présentent à la fois des symptômes anxieux et dépressifs.

Les échelles d'évaluation de la dépression (MADRS, HDRS) ou de l'anxiété (HARS, Tyrer) contiennent respectivement des items pour l'anxiété et la souffrance dépressive. Ces outils sont pratiques pour bien évaluer l'intensité de la souffrance mais ne permettent pas de démêler la part d'anxiété et de dépression.

#### 3.1.1 Syndrome dépressif caractérisé

Le terme « majeur » est souvent utilisé à la place de « caractérisé », mais il est plus ambigu. En effet, le terme « majeur » introduit une ambivalence avec « sévère ». Or un épisode dépressif caractérisé peut être plus ou moins sévère.

Selon la CIM-10, les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé (Tableau 1) doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

| Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Au moins 2 symptômes principaux :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ humeur dépressive ;</li> <li>■ perte d'intérêt, abattement ;</li> <li>■ perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.</li> </ul> | <b>Au moins 2 des autres symptômes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ concentration et attention réduite ;</li> <li>■ diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ;</li> <li>■ sentiment de culpabilité et d'inutilité ;</li> <li>■ perspectives négatives et pessimistes pour le futur ;</li> <li>■ idées et comportement suicidaires ;</li> <li>■ troubles du sommeil ;</li> <li>■ perte d'appétit.</li> </ul> |

Tableau 1: Symptômes d'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10 (tableau de l'HAS) (38).

Tableau 2: Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.</b></p> <p><i>Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir.</i></p> <p><b>NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet ou observée par les autres</li> <li>2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</li> <li>3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.</li> <li>4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.</li> <li>5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).</li> <li>6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.</li> <li>7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).</li> <li>8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</li> <li>9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.</li> </ol> |
| <p><b>B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>NB : Les critères A à C caractérisent l'épisode dépressif caractérisé.</b></p> <p><b>NB : La réaction à une perte significative (ex. : décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

*jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte. Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter .*

**D.** *L'occurrence de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.*

**E.** *Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.*

### 3.1.2 Troubles anxieux

Selon le DSM-V, les troubles anxieux regroupent : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble anxiété de séparation et le mutisme sélectif.

On s'intéresse de plus près à l'anxiété généralisée qui est la plus fréquente :

Tableau 3: Définition du trouble anxieux généralisé selon le DSM-V

**A.** *Anxiété excessive et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (dont le travail ou les performances scolaires)*

**B.** *La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.*

**C.** *L'anxiété et les soucis sont associés à au moins 3 des 6 symptômes suivant :*

1. agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
2. fatigabilité
3. difficultés de concentration ou trous de mémoire
4. irritabilité
5. tension musculaire
6. perturbation du sommeil

**D.** *L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.*

**E.** *La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une autre affection médicale*

**F.** *La perturbation ne s'explique pas mieux par un autre trouble mental. Elle n'est pas limitée à la peur d'avoir une attaque de panique, ni celle d'être embarrassé en public ou d'être contaminé ou d'être loin de la maison ou des proches ou de prendre du poids ou d'avoir plusieurs plaintes physiques ou d'avoir une maladie grave*

## 3.2 Prévalence

### 3.2.1 Dépression

La dépression est une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes en France. Dans l'étude ANADEP réalisée en 2005 par l'INPES :17,8 % des individus auraient vécu au cours de leur vie un épisode dépressif majeur, et 5 % au cours des 12 derniers mois. Elle est deux fois plus élevée chez les femmes (33).

Une étude menée par l'OMS en 2001 retrouve une prévalence de 10,4 % dans les structures de soins de santé primaires de 15 pays (34).

### 3.2.2 Troubles anxieux

Dans la population générale âgée de 18 à 65 ans, l'ensemble des troubles anxieux a une prévalence sur 12 mois d'environ 15 % et une prévalence sur la vie entière d'environ 21 % (35).

Le trouble anxieux généralisé fait partie des troubles anxieux les plus fréquents et a une prévalence de 5,1 % sur une vie entière selon l'étude ANADEP. Sa prévalence dans les consultations de soins primaires est de 5.3% à 8% selon les études (36).

Selon l'étude de l'OMS, le trouble anxieux généralisée représente 7,9% des soins primaires (34).

Bien que ce soit une pathologie fréquente en soins primaires, elle n'est pas toujours diagnostiquée et traitée correctement. Seulement 50 à 64% des patients anxieux sont identifiés par leur médecin comme ayant un problème psychologique et 23 à 34% comme ayant une anxiété généralisée (36,37). Ce faible taux de reconnaissance est lié au fait que les patients se présentent la plupart du temps sans plainte psychique. En effet, un tiers des patients anxieux consultent pour des symptômes physiques.

### 3.2.3 Syndrome anxio-dépressif

La prévalence du syndrome anxio-dépressif serait de 0.8% à 1% dans la population générale et de 1.3% à 2% en soins primaires. Cependant elle est difficile à évaluer en raison des critères diagnostiques mal définis.

L'enquête ANADEP retrouvait 2,8% des sujets dépressifs présentant une comorbidité anxio-dépressive.

## 3.3 Prise en charge

### 3.3.1 Dépression

Face à des patients dépressifs, l'HAS recommande tout d'abord de construire une alliance thérapeutique et d'informer le patient du projet thérapeutique.

Il est recommandé d'entamer une psychothérapie de soutien, et selon la sévérité de l'épisode dépressif et/ou l'évolution, la prescription d'antidépresseurs. En première

intention, il faut prescrire des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSN). Puis selon l'évolution, le patient doit être orienté vers un spécialiste (38).

### 3.3.2 Troubles anxieux

Selon l'HAS, « la prise en charge des troubles anxieux est du domaine du médecin traitant et si nécessaire du psychiatre ». Elle repose principalement sur une psychothérapie (en particulier thérapie cognitivo-comportementale), et si besoin des anti-dépresseurs et/ou anxiolytiques (35).

Les comorbidités doivent être traitées systématiquement

### 3.3.3 Syndrome anxio-dépressif

Il n'existe pas de recommandation spécifique à la prise en charge des patients

dépressifs ayant une comorbidité anxieuse. Cependant, quelques notions apparaissent dans les recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS concernant la prise en charge des dépressions et des troubles anxieux.

Selon certaines études, la prise en charge de ces patients dépressifs et anxieux pourrait nécessiter un traitement associant antidépresseur et benzodiazépine.

La psychothérapie cognitivo comportementale est également indiquée dans les deux pathologies.

Une étude qualitative auprès de 18 médecins généralistes de la Vienne afin d'étudier leur prise en charge psychothérapeutique de la souffrance psychique a conclu que les généralistes avaient une attitude psychothérapeutique (psychothérapie spécifique ou psychothérapie de soutien) (39).

La thèse du Docteur Rouet Nailani, étudiant la prise en charge des patients anxio-dépressifs dans la vienne nous montre que le traitement non médicamenteux est aussi important que le traitement médicamenteux. L'aspect relationnel entre le patient et le médecin est essentiel (40).

La thèse des Dr Freville et Poucet-Mathieu de 2016 nous montre que les patients même initialement demandeurs étaient satisfaits de la non prescription médicamenteuse à l'issue de leur consultation pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie (41).

### 3.3.4 Arrêt de travail

Dans tous les cas un arrêt de travail peut être nécessaire. Sa durée est liée à la sévérité et la chronicité de la dépression.

Plus du tiers des personnes qui souffrent d'un épisode dépressif ont dû arrêter leur travail. Lorsque cet épisode est sévère, elles sont près de 50 % à interrompre leur activité. La durée moyenne d'arrêt de travail pour les personnes souffrant d'un épisode dépressif est de 81 jours. Cependant, cette durée moyenne est à nuancer en raison de la durée des arrêts de travail, qui diffère selon les individus. Pour deux tiers des personnes, la durée d'arrêt n'excède pas un mois, tandis que la durée est supérieure à trois mois pour près d'une personne sur cinq environ. Près des trois quarts des personnes qui souffrent de symptômes dépressifs ont des durées d'arrêt de travail inférieures à 30 jours (42).



### 3.4 Place de l'hypnose

Une étude de 2015 a été réalisée auprès des 30 centres hospitaliers universitaires (CHU) français sur leur pratique de l'hypnose. Elle montrait que 40 % d'entre eux pratiquaient l'hypnothérapie, dans 91,7 % pour les troubles anxieux, 66,7 % pour la prise en charge des psychotraumatismes et 25 % pour les troubles de l'humeur. Ainsi, l'utilisation en psychiatrie de l'hypnose est moins courante qu'en anesthésie ou en algologie. Les indications en psychiatrie sont très variées et encore non consensuelles (43).

L'article du Docteur Smaga et Co. Dans la Revue Médicale Suisse (44) décrit quelques applications de l'hypnose comme technique efficace dans la prise en soins de patients souffrant de troubles anxieux.

L'hypnose peut d'abord être utile pour viser un meilleur contrôle de l'anxiété par la relaxation. Elle permet également d'anticiper un événement phobogène. Troisièmement, elle est décrite comme technique de mentalisation et d'intégration d'un vécu traumatique permettant de prévenir des symptômes anxieux post-traumatiques.

L'hypnose permet de faire vivre au patient un moment de détente, relaxation, de bien-être en toute sécurité. La lévitation du bras comme les expériences d'anesthésies ou d'engourdissements d'un doigt ou de la main sont utilisées pour confirmer cette capacité de contrôle sur une partie de sensations qu'il rencontre au travers de son corps. Ce vécu sensoriel différent renforce la possibilité d'envisager un changement. Dès que le patient a bien investi le traitement hypnotique et établi une relation de confiance avec le thérapeute, l'hypnose peut servir à l'aider à anticiper un événement phobogène.

## II - MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 1 Objectif

L'anxiété et la dépression font partie des motifs de consultations les plus courants en médecine générale. Nous sommes en première ligne.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de l'hypnose chez les patients anxio-dépressifs en médecine générale. L'hypothèse principale était que les symptomatologies anxieuses et dépressives soient améliorées par l'hypnothérapie.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'évolution de la consommation de psychotropes, des arrêtes de travail, du suivi psychologique, le ressenti du patient face à cette thérapie, et de discuter de l'intérêt d'un tel outil en médecine générale.

### 2 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive prospective auprès des patients de médecins généralistes pratiquant l'hypnose dans le département de la Vienne avec un rappel téléphonique à 3 mois. Elle s'est déroulée de février 2018 à août 2018.

La durée de 3 mois semblait suffisante pour juger d'une évolution. Il était difficile de laisser plus de temps étant donné les contraintes de délai pour rendre la thèse.

Nous n'avions pas défini un nombre de patients à recruter, mais une période limitée.

Le critère de jugement principal était la variation des scores de l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

### 3 Population cible et recrutement

Les médecins généralistes contactés faisaient partie de la formation ADETAP (Association d'hypnose Ericksonnienne et de thérapies actives du Poitou).

Les critères d'inclusion des patients étaient :

- patients majeurs,
- première séance d'hypnose,
- motif de consultation lié à un trouble anxio-dépressif,
- signature du consentement.

Les critères d'exclusion étaient :

- patients mineurs,
- refus du patient d'être rappelé,
- séances d'hypnose précédentes.

#### 4 Éthique

Le comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire de Poitiers n'a pas été consulté.

Les médecins n'avaient aucune obligation d'inclure des patients.

Les patients devaient signer un consentement écrit en deux exemplaires et en garder un. (Annexe 2)

#### 5 Recherche bibliographique

Elle a été effectuée tout au long de la période de l'étude régulièrement, sur google scholar, pubmed ou google à l'aide des mots clefs « hypnose » « syndrome anxio-dépressif » « dépression » « anxiété » « médecine générale ».

La bibliothèque universitaire de médecine et pharmacie de Poitiers a également été d'une aide précieuse à l'obtention de documents.

Les bibliographies des thèses ainsi trouvées étaient aussi analysées et recherchées.

#### 6 Questionnaire

Il a été établi après la recherche bibliographique. L'échelle d'évaluation HADS a été utilisée. Elle compte deux colonnes de sept questions qui évalue chacune séparément un score d'anxiété et de dépression. Chaque item a une valeur de 0 à 3.

L'interprétation proposée est la suivante :

≤7 : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse

≥11 : symptomatologie certaine

Ont été rajoutés au questionnaire des critères comme l'arrêt de travail, le traitement médicamenteux ou le suivi en cours qui permettront de juger d'une évolution de la pathologie.

Afin d'optimiser l'inclusion des patients, ce questionnaire ne devait pas être chronophage. Un test a été auparavant réalisé auprès de patients neutres pour évaluer la faisabilité.

Des questions plus quantitatives et subjectives ont été rajoutées lors de l'entretien téléphonique, notre temps étant moins limité.

## 7 Collecte des données

### 7.1 Première phase

Les questionnaires ont été distribués aux médecins généralistes de la formation ADETAP de première et deuxième années pratiquant l'hypnose. Un courrier joint leur expliquait les modalités de l'étude. (annexe 1)

Lorsqu'un patient pouvait être inclus dans l'étude, le médecin lui demandait son consentement et lui faisait signer en deux exemplaires. Le patient en gardait un. Puis il répondait à un questionnaire (annexe 3).

Le médecin devait alors nous envoyer le questionnaire et le consentement à l'aide de l'enveloppe timbrée fournie.

Concernant l'étude, il était juste énoncé aux patients le terme de « thèse sur l'hypnose », et non le sujet précis pour éviter un éventuel biais lié aux réponses attendues.

Des rappels ont été effectués aux médecins hypnothérapeutes par le Docteur Tondusson et moi même lors des formations pour augmenter la participation. Devant le faible effectif, la période d'inclusion a été prolongée d'un mois.

### 7.2 Seconde Phase

Trois mois après la consultation initiale, les patients étaient rappelés par une même personne. Ils devaient répondre à nouveau au même questionnaire initial auquel ont été ajoutées quelques questions. (annexe 4).

## 8 Analyse des données

Les données ont été reportées sur un fichier Libreoffice calc.

Nous avons vérifié la distribution normale à l'aide des tests de Kolmogorov-Smirnov et Shapiro-Wilk. Le test t de student sur échantillon apparié a donc pu être réalisé à l'aide de la page STHDA en ligne. Le seuil de significativité retenu était de 0,05 (p-valeur < 5%).

Nous avons également étudié la corrélation entre le critère de jugement principal et le nombre de séances d'hypnoses effectuées à l'aide du test Rho de Spearman.

Quand cela était pertinent, les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et/ou de pourcentage et les variables quantitatives continues en terme de médiane et moyenne  $\pm$  écart-type.

### III - RÉSULTATS

#### 1 Caractéristiques de la population

##### 1.1 Les médecins contactés

50 questionnaires avec enveloppes timbrées ont été distribués à une trentaine de médecins pendant leur formation hypnose. Seulement 5 ont au final répondu malgré des relances fréquentes. Nous les appellerons les « médecins enquêteurs ».

##### 1.2 Les patients

17 patients ont été inclus du 2 février au 26 mai 2018. On comptait 88,2 % de femmes et 11,8 % d'hommes.

La moyenne d'âge était de 52 ans, avec une médiane à 56 ans et des extrêmes de 25 à 76 ans.

Pour 47,06 % d'entre eux, le médecin pratiquant l'hypnose était leur médecin traitant, 23,53 % étaient adressés par leur propre médecin traitant, le reste (29,41%) étaient adressés par un proche ou par du « bouche à oreille ».

Tous les patients ont répondu au rappel des trois mois.

#### 2 Résultats

Le nombre moyen de séance d'hypnose effectuées était de 2,4.

## 2.1 Échelle HADS (Tableau 4)

Le score moyen d'anxiété initial était de  $13,1 \pm 2,7$  contre  $7,6 \pm 3,8$  à 3 mois. Les résultats étaient statistiquement significatifs avec  $p < 0,05$  (Figure 4)

Le score moyen de dépression initial était de  $11,9 \pm 4,3$  contre  $4,9 \pm 3,4$  à 3 mois. Les résultats étaient statistiquement significatifs avec  $p < 0,05$ . (Figure 5)

|                     | Moyenne M0 | Moyenne M3 | Ecart-type | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | p        |
|---------------------|------------|------------|------------|-------------------------------------------------|----------|
| Score d'anxiété     | 13.06      | 7,65       | 2,68       | [2.8471, 7.9765]                                | 0,00038  |
| Score de dépression | 11,88      | 4,88       | 4.3        | [4.1722, 9.8278]                                | 7.97e-05 |

Tableau 4: Score moyen d'anxiété et de dépression initialement et à 3 mois

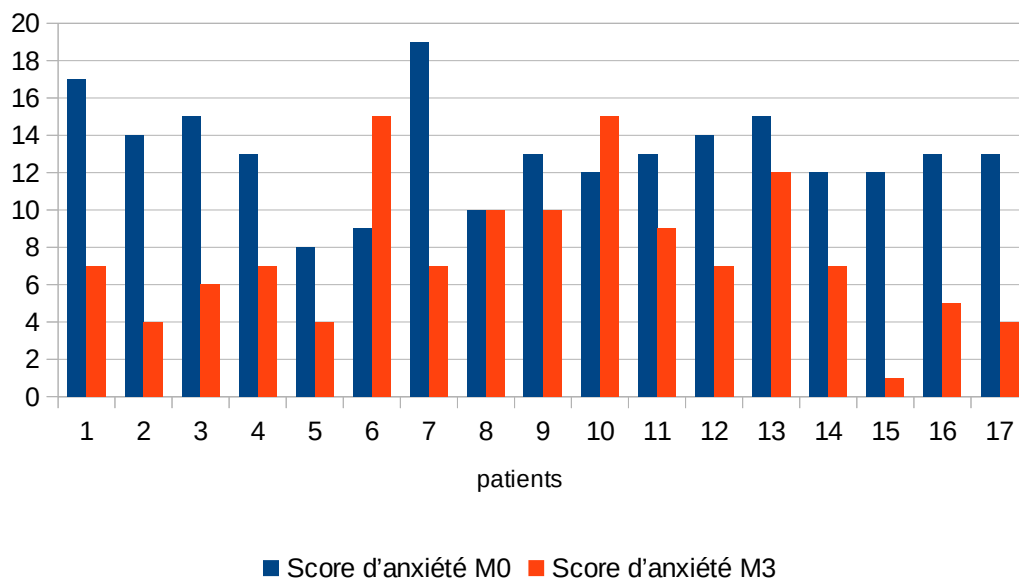


Figure 4: Score d'anxiété de chaque patient selon l'échelle HADS initialement et après 3 mois de leur première séance d'hypnose

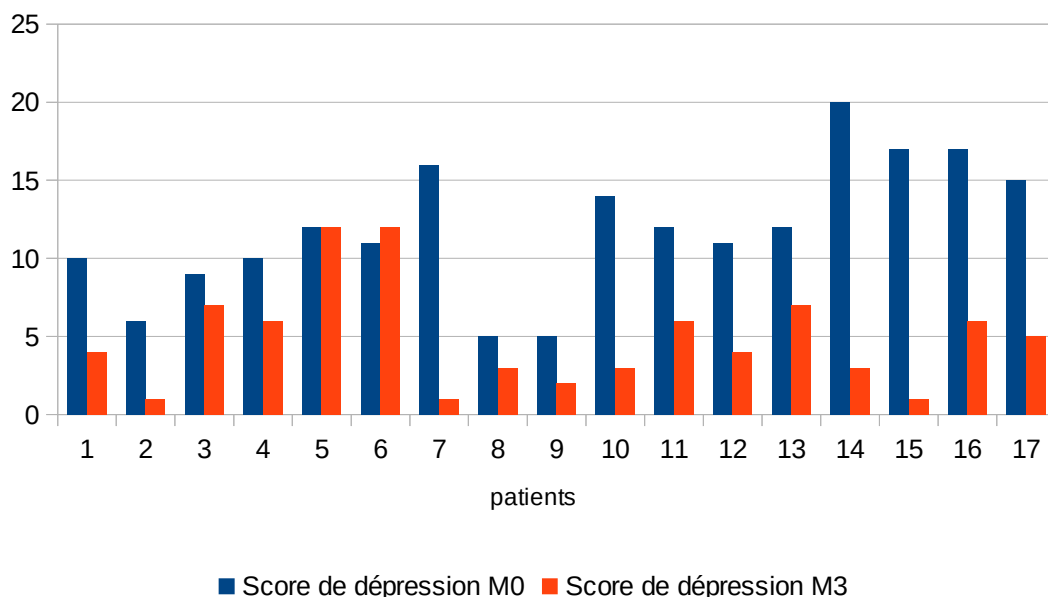


Figure 5: Score de dépression de chaque patient selon l'échelle HADS initialement et après 3 mois de leur première séance d'hypnose

En tenant compte des critères d'analyse de l'échelle HADS, on retrouve au départ 82,4 % patients anxieux avec « symptomatologie certaine » contre 17,6 % à 3 mois (score  $\geq 11$ ).

Il n'y a aucun patient avec absence de symptomatologie anxieuse initialement (score  $\leq 7$ ), puis 64,7 % après 3 mois.

Pour ce qui est de la dépression, 64,7 % ont une symptomatologie certaine au départ contre 11,8 % à 3 mois, et 17,6 % n'ont pas de symptomatologie anxieuse initialement contre 88,2 % après. (Tableau 5)

|                            | M0 n (%)   | M3 n (%)   |
|----------------------------|------------|------------|
| Score Anxiété $\geq 11$    | 14 (82,4%) | 3 (17,6%)  |
| 8-10                       | 3 (17,6%)  | 3 (17,6%)  |
| $\leq 7$                   | 0          | 11 (64,7%) |
| Score Dépression $\geq 11$ | 11 (64,7%) | 2 (11,8%)  |
| 8-10                       | 3 (17,6%)  | 0          |
| $\leq 7$                   | 3 (17,6%)  | 15 (88,2%) |

Tableau 5: Scores d'anxiété et dépression initialement puis à 3 mois.

A l'aide du test de corrélation de Spearman, on constate que les différences des scores d'anxiété et de dépression ont une tendance à la corrélation avec le nombre de séances. Le « p » ou « sigma bilatéral » n'étant pas significatif mais se rapproche de 0,05. (Tableau 6).



|                       |                            | Nombre de séances |
|-----------------------|----------------------------|-------------------|
| Echelle               | coefficient de corrélation | -0,664            |
|                       | sigma bilatéral            | 0,004             |
| Différence anxiété    | coefficient de corrélation | 0,451             |
|                       | sigma bilatéral            | 0,069             |
| Différence dépression | coefficient de corrélation | 0,471             |
|                       | sigma bilatéral            | 0,056             |

Tableau 6: Corrélation entre le nombre de séances, l'échelle de bien-être, le score d'anxiété et de dépression.

## 2.2 Thérapie médicamenteuse (Tableau 7)

47,1 % $\pm$ 0,5 des patients étaient sous anti-dépresseurs initialement contre 17,7 % $\pm$ 0,4 à 3 mois. Les résultats étaient statistiquement significatifs avec  $p < 0,05$ .

52,9 % $\pm$ 0,5 des patients étaient sous anxiolytiques initialement contre 23,5 % $\pm$ 0,4 à 3 mois. Les résultats étaient statistiquement significatifs avec  $p < 0,05$ .

## 2.3 Arrêts de travail

La différence entre le nombre d'arrêt de travail avant hypnose (n=3) et après (n=3) n'était pas significative.(Tableau 7)

## 2.4 Psychothérapies

La différence de suivi extérieur (psychiatre, psychologue) n'était pas non plus significative (n=4 vs n=3)(Tableau 7)

|                  | M0 n (%)   | M3 n (%)   | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | p       |
|------------------|------------|------------|-------------------------------------------------|---------|
| Antidépresseurs  | 8 (47,6%)  | 3 (17,6%)  | [0.0526, 0.5356]                                | 0.02006 |
| Anxiolytiques    | 9 (52,94%) | 4 (43,72%) | [0.0526, 0.5356]                                | 0.02006 |
| Suivi            | 4 (43,72%) | 3 (17,6%)  | [-0.0659, 0.1835]                               | 0.3322  |
| Arrêt de travail | 3 (17,6%)  | 3 (17,6%)  | [-0.1818, 0.1818]                               | 1       |

Tableau 7: Résultats des patients sous antidépresseurs, anxiolytiques, ayant un suivi psychiatrique ou en arrêt de travail initialement (M0) et à 3 mois (M3).

## 2.5 Ressenti des patients

Les réponses à la question « *sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'état idéal, tout va pour le mieux, et 10 l'état où vous étiez quand vous êtes arrivés en consultation d'hypnose la première fois* », étaient en moyenne à 4,4.

On trouve une corrélation modérée entre la réduction de l'échelle de bien-être et le nombre de séances. Donc plus le nombre de séances augmente, plus l'échelle diminue. Le sigma bilatéral correspondant au p est <0,05, donc significatif. (Tableau 6)

94,11 % des patients répondent oui à la question « *si c'était à refaire ?* »

Lors du rappel des trois mois, il leur a été demandé ce qu'ils avaient pensé de l'hypnose, les réponses « clefs » ont été notées, ainsi que les ressentis évoqués spontanément pendant la conversation.

On retrouve :

- des termes positifs : « *bien-être* » « *très contente* ». « *cela m'a beaucoup aidée* » « *mieux corporellement* »
- une notion de changement « *j'avais deux problèmes, j'y pense toujours mais d'une autre façon ça va mieux* » « *je prend la vie autrement* » « *avant j'étais bourrée de médicaments* » « *ça m'a ouvert les yeux* »
- une découverte « *[...] des ressources insoupçonnées,* » « *on découvre un deuxième nous* ». « *surprenant* »
- la confiance envers le praticien : « *ce n'est pas un charlatan car c'est un médecin qui le fait* »
- la notion de guide : « *accompagnement* »

Une patiente était déçue « *ça ne m'a pas aidée* ».

## IV - DISCUSSION

### 1 Résultats

L'analyse des données montre une amélioration significative du score d'anxiété et dépression à trois mois d'une première séance d'hypnose, ce qui confirme l'hypothèse de la présente recherche.

Cela peut s'expliquer par le fait que l'hypnose permet de mobiliser des ressources pour surmonter certaines épreuves difficiles ou changer un vécu douloureux.

L'alliance thérapeutique, entre le patient et le thérapeute pourrait contribuer à cette amélioration constatée.

En médecine générale le rôle thérapeutique de la relation du médecin avec son patient ou « effet médecin » est connu. Comme le disait M. Balint : « *Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même.* » (45).

Une revue de la littérature d'essais comparatifs randomisés de 2006 (46) a démontré une efficacité thérapeutique en soins primaires de cet « effet médecin ». Il repose sur l'empathie, l'attention à l'autre, la réassurance positive et des capacités à suggérer des changements comportementaux et psychoaffectifs chez le patient. Cela est possible par une incitation à poser des questions, à exprimer des émotions, à prendre en compte les attentes, les représentations et les croyances du patient. Se former à l'hypnose est une manière d'acquérir ces compétences.

Comme nous l'avons vu précédemment, la WONCA précise que les capacités de communication du médecin déterminent l'établissement du caractère thérapeutique de la relation.

En effet, avec le développement des connaissances et des technologies, la médecine est devenue une véritable discipline scientifique, de plus en plus spécialisée et technique. Cette spécialisation de la médecine a tendance à oublier et à négliger l'homme derrière le patient. Elle amène à une vision d'un homme morcelé selon l'anatomie, les pathologies et les spécialités. Par ailleurs, la communication, compétence essentielle que doivent maîtriser les médecins, occupe encore peu de place dans l'enseignement.

Les médecins généralistes des pays qui ont une tradition de formation à la communication (Royaume-Uni, Pays-Bas), sont jugés, par leurs patients, comme plus compétents que leurs collègues belges ou italiens qui ne bénéficient pas de cette formation (47).

Ces résultats vont à l'encontre de ceux la revue de littérature du Docteur Pelissolo de 2016 (25) qui concluait qu'ils étaient négatifs ou insuffisants pour attester de l'efficacité de l'hypnose dans le traitement des troubles anxieux. Il l'expliquait par l'insuffisance de publications et recherches dans ce domaine. Il supposait que les techniques d'hypnose en elles-mêmes ne soient pas adaptées au traitement des troubles chroniques que constituent les pathologies anxieuses. Cependant il ne remettait pas en cause l'intérêt de l'hypnose pour la gestion de

situations plus transitoires ou moins sévères de stress et d'anxiété contextuelle, avec des effets symptomatiques pouvant convenir à certains patients, en alternative aux médicaments et aux techniques classiques de relaxation. Dans notre étude, nous n'avons pas fait de distinction du type d'anxiété constatée, sa chronicité ou non.

Dans notre échantillon, on retrouve une grande proportion de femmes. Ce résultat concorde avec l'étude du Docteur Bry (1). Il observait une forte proportion de femmes parmi les patients consultants pour hypnose éricksonienne. Ceci est peut être expliqué par la plus forte prévalence des troubles anxio-dépressifs chez la femme (33).

On constate une diminution significative de la posologie des anxiolytiques et/ou antidépresseurs. Devant le faible nombre de patient, nous avons décidé de noter à parts égales les diminutions de posologies ou les arrêts de traitement.

Cette tendance à la baisse des drogues se retrouve dans la thèse du Docteur Bry (1). Les médecins formés à l'hypnose y rapportent « l'impression » d'une diminution de la prise d'anxiolytiques ou certains médicaments par leurs patients. Cette restriction médicamenteuse concerne plus particulièrement les antalgiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs.

Le Docteur Jacquot, dans sa thèse de 2016, « *a permis de mettre en évidence une réduction des prescriptions médicamenteuses pour 60% de l'échantillon des médecins formés [en hypnose], notamment en anxiolytique* » (48).

Nous n'avons pas mis en évidence de réduction des arrêts de travail. Ceci peut être du à la grande proportion de patients retraités de l'échantillon (médiane de 56 ans).

Les patients étaient globalement satisfaits et recommenceraient l'hypnose sans hésiter. On constate pour tous une diminution du score sur leur échelle de bien être (10 étant l'état antérieur et 0 un état de bien être maximal). Ainsi, même la patiente insatisfaite se sent paradoxalement mieux.

Les termes sur le principe même de l'hypnose sont énoncés spontanément, comme la notion de ressource, d'accompagnement, de changement du mode de pensée.

Pour tous les patients de la thèse du Docteur Guichard-Bouju, l'hypnose a apporté un changement par mobilisation de leurs ressources, par renforcement de leur confiance en eux, une prise de recul, une meilleure écoute et compréhension de soi, le plaisir à prendre du temps pour soi et retrouver goût à la vie. Ils ont fait part d'une amélioration du climat familial et professionnel avec un mieux-être général. Les patients se sont dits satisfaits de manière générale (49).

Le fait que l'hypnothérapeute soit médecin et non « *charlatan* » est relevé.. Le fait que l'hypnothérapeute ait une formation médicale semble être gage de qualité ou du moins de confiance .

Ici, on souligne une fois de plus l'alliance thérapeutique. C'est elle avant tout qui aide le patient. Le rapport du parlement européen du 16 mars 1997 sur le statut des médecines non conventionnelles précise : « *on observe une tendance à la recherche d'une médecine plus humaine qui prendrait en charge l'être humain en tant que tel et pas seulement sa pathologie* » (50).

Ainsi les patients ont ce besoin d'être écoutés et pris en considération comme individu unique. Les temps de consultation d'hypnose, généralement plus longs que la consultation classique renforcent ce ressenti.

De plus, le patient devient acteur de sa santé, le thérapeute n'étant qu'un guide. Il acquiert ainsi peu à peu une plus grande confiance en lui et une autonomie à gérer lui-même ses problèmes.

On constatait une corrélation entre la variation du niveau de l'échelle du ressenti du patient et le nombre de séances. Plus il y avait eu de séances et plus le patient était satisfait et baissait son échelle.

En y regardant de plus près, on se rend compte que c'est le médecin le plus expérimenté qui avait proposé le plus grand nombre de séances. C'est donc un facteur de confusion.

Mais le fait de multiplier le nombre de séances, le suivi, renforce une fois de plus cette relation-malade, qui a elle seule peut redonner confiance au patient également et améliorer son ressenti positif ainsi que sa symptomatologie.

## 2 Critique

### 2.1 Points forts

Dans nos recherches, nous n'avons trouvé aucune étude prospective sur l'hypnose et ses effets à moyen terme. De ce fait, elle est plutôt innovante.

Ce sujet est d'actualité, à l'époque où les consultations auprès d'hypnothérapeutes professionnels ou non se multiplient.

D'un point de vue méthodologique, un test reproductible, fréquemment utilisé en recherche, reconnu par l'HAS, le test HADS, a été utilisé.

En outre aucun perdu de vue n'est à déplorer.

### 2.2 Limites

Il existe un biais de sélection des patients. En effet, les médecins enquêteurs étaient les seuls juges de l'inclusion ou non des patients selon leur symptomatologie. Aucune consigne de critères spécifiques n'a été donnée.

Il existe aussi un biais de sélection des médecins enquêteurs de deux manières. Tout d'abord, ils étaient issus d'une seule et même formation (ADETAP). Ensuite, deux des sept médecins ont rempli à eux seuls 11 des 17 questionnaires.

La puissance de l'étude reste limitée du fait de l'effectif réduit, avec seulement 17 patients inclus. Ce faible chiffre peut être expliqué par plusieurs éléments, premièrement une durée de recueil de trois mois, deuxièmement le faible nombre de médecins participants.

Cette faible participation des médecins généralistes à la recherche en soins primaires est souvent rencontrée . Elle peut être expliquée par un manque de temps, le métier demandant de plus en plus de travail administratif, et par un manque d'intérêt pour la recherche, peu présente au cours de nos formations généralistes.

De plus, les médecins généraliste ne font généralement pas de l'hypnose leur activité principale ce qui peut induire des difficultés d'inclusion.

Enfin, avec l'expérience, l'hypnose peut être utilisée comme une technique de communication par le praticien, sans pour autant donner lieu à une séance d'hypnose proprement dite.

Nous retrouvons un biais de classement par rapport aux traitement médicamenteux. Nous avons choisi, devant le faible taux de participation, de prendre en compte de façon équivalente la diminution de posologie d'un traitement et son arrêt, pour souligner un changement « positif ».

On peut discuter d'un biais de mémorisation, lors du questionnaire sur l'échelle de bien-être, étant donné que les patients se comparaient à leur état antérieur.

La question du biais de confusion s'impose. Comment attribuer uniquement l'amélioration clinique des patients à l'hypnose ? En effet, pour la plupart un suivi médical a été instauré ou renforcé, et on a vu plus haut que la relation médecin-malade était un facteur majeur de guérison (40). Ici, la question d'amélioration par thérapie médicamenteuse ne se pose pas, puisque aucun de nos patients n'avait obtenu une introduction de substance ou une augmentation de posologie.

C'est pour cette raison que les recherches sur l'hypnose sont difficiles car chaque séance est unique, selon le patient, le praticien, le moment... Il n'est pas possible d'uniformiser la pratique.

### 3 Perspectives

Une étude de plus grande envergure, plus puissante, serait intéressante pour confirmer ces résultats. L'hypnose pourrait ainsi être reconnue comme une possibilité dans le traitement des troubles anxio-dépressifs.

On y trouverait

- Un intérêt pour le patient lui-même, avec une symptomatologie diminuée voire résolue

- Un intérêt pharmacologique, avec diminution des traitements, et par conséquent réduction des effets indésirables. Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative concernant la diminution de la prise d'antalgiques, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, lors d'une prise en charge associant la pratique de l'hypnose.

- Un intérêt financier, avec réduction du nombre de consultations. Ces patients en souffrance peuvent être amenés à consulter de multiples professionnels de santé. Une réduction du nombre et de la durée des arrêts de travail. Plus du tiers des personnes qui souffrent d'un EDC ont dû arrêter leur travail en raison de problèmes psychologiques . Lorsque l'intensité de l'épisode est sévère, elles sont près de 50 % à interrompre leur activité (33).

En Europe, le coût de la dépression a été évalué sur la base d'un modèle intégrant des données économiques et des données épidémiologiques pour l'année 2004. Dans les 28 pays d'Europe, c'est-à-dire une population de 466 millions d'habitants, environ 21 millions de personnes seraient affectées d'un trouble dépressif. Le coût total de la dépression a été estimé à 118 milliards d'euros, c'est-à-dire à 253 euros par habitant. Les coûts directs s'élevaient à 42 milliards d'euros (35%) et les coûts indirects à 76 milliards d'euros. Les coûts directs étaient liés aux consultations pour 22 milliards, aux traitements pour 9 milliards et aux hospitalisations pour 10 milliards (51).

- Un intérêt pour l'entourage qui doit souvent subir les répercussions de ces troubles

Une formation d'initiation à l'hypnose médicale au cours de l'internat de médecine générale serait intéressante. Elle permettrait de renforcer cet « effet médecin ». Les consultations de médecine générale et celles d'hypnoses étant basées sur une relation d'écoute, où le contexte et la connaissance du patient sont des éléments importants. Les deux approches correspondent à une prise en charge globale, centrée sur la personne.

## V - CONCLUSION

Alors que l'engouement de l'hypnose médicale va crescendo, l'objectif de cette thèse était de constater les effets positifs sur les symptomatologies anxieuses et dépressives. Malgré le faible effectif, les résultats sont encourageants et vont dans ce sens. De plus, on remarque une tendance à la diminution des thérapies médicamenteuses et psychothérapies.

Cela a permis de mettre également en évidence l'alliance thérapeutique, pierre angulaire de l'hypnose elle-même mais aussi de la médecine générale. Avec l'aide de l'hypnothérapeute, comme un guide, les patients deviennent plus actifs grâce à la prise de conscience de leurs ressources individuelles. La réponse que donne l'hypnose se répercute sur toutes les dimensions de la vie du patient (professionnelle, familiale, personnelle..).

Au vu des résultats de cette étude, il nous semblerait intéressant d'étendre cette recherche à un plus grand nombre de patients. De plus, il serait pertinent d'étendre ce projet à d'autres indications de l'hypnose médicale. Ceci permettrait une meilleure reconnaissance de l'hypnose médicale et de ses éventuels résultats.

A l'instar de la Scandinavie et des pays anglo-saxons qui inscrivent l'hypnose respectivement au cursus des médecins et des psychiatres, il serait souhaitable que l'enseignement de l'hypnose soit intégré de manière systématique dans la formation des médecins français, même si bien évidemment l'approfondissement ultérieur de la maîtrise de cet outil reste une démarche personnelle. Cela contribuerait certainement à une meilleure connaissance de l'hypnose, et à l'amélioration de la qualité de la communication médecin-malade de manière générale.

Cela mènerait également vers une reconnaissance officielle de la pratique de l'hypnose au sein de la médecine moderne, celle-ci suscitant toujours autant le débat qu'à ses débuts.

L'absence de réglementation quant à la pratique de l'hypnose en France fait que tout individu peut s'auto proclamer hypnothérapeute, qu'il soit un professionnel de santé ou non. Il serait bénéfique pour la discipline et pour les patients d'organiser la pratique de l'hypnose pour que seuls les médecins ou tout autre professionnel de santé ayant suivi une formation rigoureuse soient autorisés à pratiquer l'hypnose. Cela permettrait également de référencer les différents professionnels de santé pratiquant l'hypnose, de façon à ce que les patients qui pourraient bénéficier de cette approche thérapeutique soient adressés plus facilement au professionnel correspondant suivant leurs besoins.

Le développement d'une formation universitaire pourrait-il amener progressivement à cette réglementation et à une reconnaissance de l'hypnose ? L'hypnose pourra-t-elle un jour faire l'objet d'une mention spécifique à l'ordre des médecins, au même titre que l'acupuncture ou l'ostéopathie ?



## VI - ANNEXES

### 1 Annexe 1

Bonjour,

Je sollicite votre participation à ma thèse ayant pour objectif d'évaluer **l'intérêt de l'hypnose en médecine générale chez les patients anxio-dépressifs**.

Cette étude est dirigée par le Docteur Joël Tondusson. L'étude s'adresse uniquement aux médecins généralistes pratiquant l'hypnose.

Je vais faire un suivi à 3 mois d'une première séance d'hypnose.

Il faut penser à moi dès que vous faites une première séance d'hypnose chez un patient anxio-dépressif de plus de 18 ans.

#### PROTOCOLE:

- Faire signer la feuille de présentation de l'étude avec le consentement patient et en laisser un exemplaire au patient.

**Le consentement écrit du patient est INDISPENSABLE.**

- Répondre au questionnaire

- M'envoyer - la feuille questionnaire + la feuille consentement dans l'enveloppe timbrée fournie.

Les résultats sont anonymes et ne seront pas utilisés en dehors de cette étude.

Je vous demande votre nom sur le questionnaire afin de m'y retrouver dans les résultats, mais en aucun cas vous ne serez cités ni comparés entre vous.

Merci de votre aide, et de penser à inclure vos patients jusqu'au 30 avril 2018 inclus. Oui cela prend quelques minutes mais rappelez vous votre travail de thèse..

Si vous êtes intéressés par recevoir les résultats, précisez-le moi par mail.

Angèle DEMION

Pour toute information : [angeledemion@hotmail.fr](mailto:angeledemion@hotmail.fr) ou 06 68 \*\*\*\*\*

## 2 Annexe 2

Madame, Monsieur,

Je termine mes études de médecine par une thèse sur l'intérêt de l'hypnose en médecine générale.

Vous consultez ce jour pour une séance d'hypnose.

Dans le cadre de cette **thèse** et avec votre **consentement**, je souhaiterais vous rappeler dans 3 mois pour connaître les suites de cette thérapie.

Conformément à l'obligation médicale de **secret professionnel**, toutes les données personnelles des patients sont **protégées** et gardées **confidentielles**.

Pour tout renseignement ou pour vous retirer de l'étude vous pouvez me joindre à l'adresse : angeledemion@hotmail.fr

En vous remerciant par avance de votre contribution à cette étude, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Angèle Demion

### CONSENTEMENT ECRIT DU PATIENT

Je soussigné (nom, prénom)....., né(e) le ...../...../....., apporte mon consentement pour participer à l'étude menée par Mlle Angèle DEMION sur le thème de l'hypnose médicale.

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

N°de tel au(x)quel(s) je souhaite être rappelé :

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

.....

Signature

## Questionnaire patient

*Entourez la bonne réponse*

➔ Date la consultation : \_\_\_\_\_

➔ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

➔ Nom du patient : \_\_\_\_\_

➔ Est-ce votre patient ?

➤ Oui

➤ Sinon

qui

l'envoie ?

➔ Traitement médicamenteux : *(en lien avec la pathologie anxio-dépressive : antidépresseurs, anxiolytiques.. avec posologie si possible) :*

---

---

---

---

---

➔ Arrêt de travail en cours :

➤ Oui, depuis \_\_\_\_\_ (mois/année)

➤ Non

➔ Suivi autre en cours

➤ Psychologue

➤ Psychiatre

➤ Autre : \_\_\_\_\_

### Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

| Score            | A                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Score            | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3<br>2<br>1<br>0 | Je me sens tendu ou énervé :<br><input type="checkbox"/> la plupart du temps<br><input type="checkbox"/> souvent<br><input type="checkbox"/> de temps en temps<br><input type="checkbox"/> jamais                                                                                              | 0<br>1<br>2<br>3 | Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois<br><input type="checkbox"/> oui, tout autant<br><input type="checkbox"/> pas autant<br><input type="checkbox"/> un peu seulement<br><input type="checkbox"/> presque plus                                                                                                     |
| 3<br>2<br>1<br>0 | J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver<br><input type="checkbox"/> oui, très nettement<br><input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave<br><input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas<br><input type="checkbox"/> pas du tout | 0<br>1<br>2<br>3 | Je ris facilement et vois le bon côté des choses<br><input type="checkbox"/> autant que par le passé<br><input type="checkbox"/> plus autant qu'avant<br><input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant<br><input type="checkbox"/> plus du tout                                                                            |
| 3<br>2<br>1<br>0 | Je me fais du souci :<br><input type="checkbox"/> très souvent<br><input type="checkbox"/> assez souvent<br><input type="checkbox"/> occasionnellement<br><input type="checkbox"/> très occasionnellement                                                                                      | 3<br>2<br>1<br>0 | Je suis de bonne humeur :<br><input type="checkbox"/> jamais<br><input type="checkbox"/> rarement<br><input type="checkbox"/> assez souvent<br><input type="checkbox"/> la plupart du temps                                                                                                                                   |
| 0<br>1<br>2<br>3 | Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :<br><input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive<br><input type="checkbox"/> oui, en général<br><input type="checkbox"/> rarement<br><input type="checkbox"/> jamais                                          | 3<br>2<br>1<br>0 | J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :<br><input type="checkbox"/> presque toujours<br><input type="checkbox"/> très souvent<br><input type="checkbox"/> parfois<br><input type="checkbox"/> jamais                                                                                                                    |
| 0<br>1<br>2<br>3 | J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :<br><input type="checkbox"/> jamais<br><input type="checkbox"/> parfois<br><input type="checkbox"/> assez souvent<br><input type="checkbox"/> très souvent                                                                            | 3<br>2<br>1<br>0 | Je ne m'intéresse plus à mon apparence :<br><input type="checkbox"/> plus du tout<br><input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais<br><input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention<br><input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé |
| 3<br>2<br>1<br>0 | J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :<br><input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas<br><input type="checkbox"/> un peu<br><input type="checkbox"/> pas tellement<br><input type="checkbox"/> pas du tout                                                            | 0<br>1<br>2<br>3 | Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :<br><input type="checkbox"/> autant qu'auparavant<br><input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant<br><input type="checkbox"/> bien moins qu'avant<br><input type="checkbox"/> presque jamais                                                                     |
| 3<br>2<br>1<br>0 | J'éprouve des sensations soudaines de panique :<br><input type="checkbox"/> vraiment très souvent<br><input type="checkbox"/> assez souvent<br><input type="checkbox"/> pas très souvent<br><input type="checkbox"/> jamais                                                                    | 0<br>1<br>2<br>3 | Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :<br><input type="checkbox"/> souvent<br><input type="checkbox"/> parfois<br><input type="checkbox"/> rarement<br><input type="checkbox"/> très rarement                                                                                |
| ☞ Total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ☞ Total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## 4      Annexe 4

Questions supplémentaires lors du rappel à 3 mois :

« Combien de séances d'hypnose avez-vous réalisées au total ? »

« Imaginez une échelle de 0 à 10, « dix » correspondant à votre état dans lequel vous étiez juste avant votre première séance d'hypnose et « zéro » étant « tout va bien ». A combien estimeriez vous être maintenant ? »

« Si c'était à refaire, vous le referiez ? »

## VII - BIBLIOGRAPHIE

1. Bry P. Caractéristiques socioprofessionnelles des patients ayant recours à l'hypnose ericksonienne en médecine générale, dans les cantons de Bains-de-Bretagne, Guer, La Guerche-de-Bretagne et Ploërmel. Rennes 1; 2017.
2. Sérís E. Exploration des résultats de consultation de l'hypnose en médecine générale: étude transversale par entretien individuel à propos de 90 patients, en Aquitaine [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2013.
3. Paqueron X, Musellec H, Bernard F. La transe au fil des âges (podcast). Prat En Anesth Réanimation. sept 2014;18(4):205-11.
4. Salem G, Bonvien Eric. Soigner par l'hypnose. Elvier Masson. Vol. 5ème édition. 331 p.
5. Dictionnaire Larousse [Internet]. 2018 [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
6. Barabasz AF, Barabasz M. The New APA Definition of Hypnosis: Spontaneous Hypnosis MIA. Am J Clin Hypn. 7 avr 2015;57(4):459-63.
7. Cavaillé-Fol T, Veyrieras J-B. Méditation et Hypnose, les vrais effets. mars 2018; (1206).
8. Bosc A. Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose. Angers; 2013.
9. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2013;171(9):658-61.
10. Collognat A, Bouttier-Couqueberg C, Vaudel M. Dictionnaire de la mythologie gréco-romaine. Omnibus. 2012. 968 p.
11. Universalis E. ALEXANDRE DE TRALLES [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alexandre-de-tralles/>
12. Benhaïem J-M. L'hypnose médicale, 2e édition. Med-Line. 2012. 252 p.
13. Faymonville M-E, Joris J, Maquet P, Laureys S. Hypnose: des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. Conférences Actual. 2005;59-69.
14. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry. févr 1999;45(3):327-33.
15. Collot E. Hypnose et hypnothérapie. EMC-Psychiatr. 2015;12(2):1-14.

16. Chertok L, Michaux D, Droin MC. Dynamics of hypnotic analgesia: some new data. *J Nerv Ment Dis.* févr 1977;164(2):88-96.
17. Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, Delguedre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cogn Brain Res.* 15 juill 2003;17(2):255-62.
18. Derbyshire SWG, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage.* sept 2004;23(1):392-401.
19. Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E, Schnakers C, Moonen G, Luxen A, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage.* 1 sept 2009;47(3):1047-54.
20. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *INSERM Santé Ment Santé Publique.* 2015;
21. Barber A, Moreni A. Place de l'hypnose dans le traitement des syndromes douloureux régionaux complexes. *Kinésithérapie Rev.* juin 2015;15(162):45-9.
22. Shen Y-HA, Nahas R. Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome. *Can Fam Physician Med Fam Can.* févr 2009;55(2):143-8.
23. Hypnotherapy for functional gastrointestinal disorders. *Drug Ther Bull.* juin 2005;43(6):45-8.
24. Mejuto K, Laversenne L, Souto M, Sagne A. L'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur du grand brûlé: travail de Bachelor.
25. Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *Presse Médicale.* mars 2016;45(3):284-90.
26. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2007;55(2):147-66.
27. Aïm P. Hypnose et arrêt dutabagisme. Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude. Nancy; 2009.
28. Hackman RM, Stern JS, Gershwin ME. Hypnosis and Asthma: A Critical Review. *J Asthma.* 1 janv 2000;37(1):1-15.
29. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
30. Raineri DF, Jousseclin C, Becchio J, Gourdet S. hypnose L'hypnose en consultation. 1997;13.
31. Dieulouard S. Hypnose et médecine générale, Intégration des connaissances actuelles des médecins généralistes dans la coordination des soins. Lille 2; 2016.

32. Assurance maladie. arrêt de travail, Troubles anxio-dépressifs mineurs [Internet].2010. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4957/document/arret-travail-troubles-anxio-depressifs\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4957/document/arret-travail-troubles-anxio-depressifs_assurance-maladie.pdf)
33. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).
34. Organisation Mondiale de la Santé. Impact des troubles mentaux et du comportement. In: Rapport sur la santé dans le monde, La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. 2001. p. 19-45. Disponible sur: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch2\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf)
35. Haute Autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)
36. van der Heiden C, Methorst G, Muris P, van der Molen HT. Generalized anxiety disorder: clinical presentation, diagnostic features, and guidelines for clinical practice. J Clin Psychol. janv 2011;67(1):58-73.
37. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 13:20-6.
38. Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_fiche\\_de\\_synthese\\_pec.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf)
39. Tranchée-Vergé. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste : Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique ? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne. Poitiers; 2008.
40. Rouet-Nailani M. Prise en charge des patients anxiodépressifs en soins primaires : une étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de la Vienne. Poitiers; 2013.
41. Freville A, Poucet-Mathieu D. La non-prescription médicamenteuse en médecine générale. Le vécu des patients ayant consulté pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie. UNIVERSITÉ TOULOUSE III; 2016.
42. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes R, Rouillon F, et al. La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. La dépression. 2005;27.
43. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. L'Encéphale. 1 oct 2017;43(5):498-501.
44. Smaga D, Cheseaux N, Forster A, Colombo S. L'hypnose et les troubles anxieux. Rev Médicale Suisse. 2010;6(330):3.



45. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1966.
46. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. L'efficacité thérapeutique de " l'effet médecin " en soins primaires. Presse Médicale. 2006;35(6, Part1):967-73.
47. Mazzi MA, Bensing J, Rimondini M, Fletcher I, Vliet L van, Zimmermann C, et al. How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. Patient Educ Couns. 1 mars 2013;90(3):347-53.
48. Jacquot A. Les représentations de l'hypnose médicale chez les médecins généralistes formés ou non à cette pratique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2016.
49. Guichard-Bouju J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
50. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles - commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs - A4-0075/1997 [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR>
51. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. juin 2006;9(2):87-98.

## VIII - RÉSUMÉ ET MOTS CLEFS

Intérêt de l'hypnose chez les patients anxio-dépressifs en médecine générale.

### INTRODUCTION

L'hypnose est de plus en plus pratiquée en médecine générale. Nous avons choisi d'étudier son intérêt sur un des motifs de consultation les plus fréquents : la symptomatologie anxieuse et dépressive.

### MATÉRIEL MÉTHODES

C'est une étude quantitative observationnelle prospective « avant/après » évaluant l'impact de séances d'hypnose à trois mois de la première. Le critère de jugement principal (CDJ) était les scores d'anxiété et de dépression de l'échelle HADS. Les CDJ secondaires étaient la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, les arrêts de travail, le suivi psychiatrique et le ressenti du patient. Les résultats quantitatifs ont été analysés par test t de Student sur échantillon appariés.

### RÉSULTATS

17 patients ont été inclus par 5 médecins généralistes. Le score moyen d'anxiété passait initialement de 13,1 à 7,6 à 3 mois. Le score de dépression passait de 11,9 à 4,9 à 3 mois. 47,1 % des patients étaient sous anti dépresseurs initialement vs 17,7 % à 3 mois. 52,9 % étaient sous anxiolytiques vs 23,5 % à 3 mois. Sur une échelle de 0 à 10, les patients se sentaient en moyenne améliorés de 5,6 points. 94,11 % des patients recommenceraient.

### CONCLUSION

Cette étude suggère un effet positif de l'hypnose en consultation de médecine générale chez les patients anxio-dépressifs. L'alliance thérapeutique est la clé de sa réussite. La pratique de l'hypnose s'inscrit pleinement dans un modèle de soins centré sur la qualité de relation médecin-patient. Améliorer la formation en hypnose des médecins généralistes pourrait contribuer à offrir cette option thérapeutique à davantage de patients.

### MOTS CLEFS :

« hypnose » « anxiété » « dépression » « médecine générale »

## IX - SERMENT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



### *SERMENT*



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 !







## Intérêt de l'hypnose chez les patients anxio-dépressifs en médecine générale.

### INTRODUCTION

L'hypnose est de plus en plus pratiquée en médecine générale. Nous avons choisi d'étudier son intérêt sur un des motifs de consultation les plus fréquents : la symptomatologie anxieuse et dépressive.

### MATÉRIEL MÉTHODES

C'est une étude quantitative observationnelle prospective « avant/après » évaluant l'impact de séances d'hypnose à trois mois de la première. Le critère de jugement principal (CDJ) était les scores d'anxiété et de dépression de l'échelle HADS. Les CDJ secondaires étaient la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, les arrêts de travail, le suivi psychiatrique et le ressenti du patient. Les résultats quantitatifs ont été analysés par test t de Student sur échantillon appariés.

### RÉSULTATS

17 patients ont été inclus par 5 médecins généralistes. Le score moyen d'anxiété passait initialement de 13,1 à 7,6 à 3 mois,. Le score de dépression passait de 11,9 à 4,9 à 3 mois. 47,1 % des patients étaient sous anti dépresseurs initialement vs 17,7 % à 3 mois. 52,9 % étaient sous anxiolytiques vs 23,5 % à 3 mois. Sur une échelle de 0 à 10, les patients se sentaient en moyenne améliorés de 5,6 points. 94,11 % des patients recommenceraient.

### CONCLUSION

Cette étude suggère un effet positif de l'hypnose en consultation de médecine générale chez les patients anxio-dépressifs. L'alliance thérapeutique est la clé de sa réussite. La pratique de l'hypnose s'inscrit pleinement dans un modèle de soins centré sur la qualité de relation médecin-patient. Améliorer la formation en hypnose des médecins généralistes pourrait contribuer à offrir cette option thérapeutique à davantage de patients.

### MOTS CLEFS :

« hypnose » « anxiété » « dépression » « médecine générale »