

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR DE MEDECINE LYON-SUD-CHARLES MERIEUX

Année 2018-n°224

**LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE :
ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE DE 407
CONSULTATIONS EXTERNES HOSPITALIERES A BOURG-EN-
BRESSE.**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard-Lyon 1

Et soutenue publiquement le 14 septembre 2018

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

LEBLOND dit GAILLARD Arthur

Né le 03 Mai 1989 à Vénissieux

Sous la direction du Dr Vianney PERRIN



Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR DE MEDECINE LYON-SUD-CHARLES MERIEUX

Année 2018-n°224

**LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE :
ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE DE 407
CONSULTATIONS EXTERNES HOSPITALIERES A BOURG-EN-
BRESSE.**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard-Lyon 1

Et soutenue publiquement le 14 septembre 2018

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

LEBLOND dit GAILLARD Arthur

Né le 03 Mai 1989 à Vénissieux

Sous la direction du Dr Vianney PERRIN

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2017-2018

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) VINCIGUERRA	Directeur : Christine
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE SCHOTT	Directeur : Anne-Marie

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES MARCHI	Directeur : Fabien DE
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) VANPOULLE	Directeur : Yannick
POLYTECH LYON PERRIN	Directeur : Emmanuel
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT MOUGNIOTTE ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénéréologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY - CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L.
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie

PRACROS J. Pierre
 RIOUFFOL Gilles
 RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
 RUFFION Alain
 SANLAVILLE Damien
 SAURIN Jean-Christophe
 SEVE Pascal
 THOBOIS Stéphane
 TRILLET-LENOIR Véronique
 TRONC François

Radiologie et Imagerie médicale
 Cardiologie
 Biochimie et Biologie moléculaire
 Urologie
 Génétique
 Hépatogastroentérologie
 Médecine Interne, Gériatrique
 Neurologie
 Cancérologie ; Radiothérapie
 Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
 BARREY Cédric
 BOHE Julien
 BOULETREAUX Pierre
 BREVET-QUINZIN Marie
 CHAPET Olivier
 CHO Tae-hee
 CHOTEL Franck
 COTTE Eddy
 DALLE Stéphane
 DEVOUASSOUX Gilles
 DISSE Emmanuel
 DORET Muriel
 DUPUIS Olivier
 FARHAT Fadi
 FEUGIER Patrick
 FRANCO Patricia
 GHESQUIERES Hervé
 GILLET Pierre-Germain
 HAUMONT Thierry
 KASSAI KOUPAI Berhouz
 LASSET Christine
 LEGA Jean-Christophe
 LEGER FALANDRY Claire
 LIFANTE Jean-Christophe
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 NANCEY Stéphane
 PAPAREL Philippe
 PIALAT Jean-Baptiste
 REIX Philippe
 ROUSSET Pascal
 SALLE Bruno
 reproduction
 SERVIEN Elvire
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
 TRINGALI Stéphane
 VOLA Marco
 WALLON Martine

Anesthésie-Réanimation Urgence
 Neurochirurgie
 Réanimation urgence
 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Cancérologie, radiothérapie
 Neurologie
 Chirurgie Infantile
 Chirurgie générale
 Dermatologie
 Pneumologie
 Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Chirurgie Vasculaire,
 Physiologie
 Hématologie
 Biologie Cell.
 Chirurgie Infantile
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique
 Epidémiologie., éco. Santé
 Thérapeutique
 Médecine interne, gériatrie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique.,
 Gastro Entérologie
 Urologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Pédiatrie
 Radiologie imagerie médicale
 Biologie et Médecine du développement et de la
 Chirurgie Orthopédique
 Thérapeutique
 Physiologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 O.R.L.
 Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
 Parasitologie mycologie

WALTER Thomas
YOU Benoît

Gastroentérologie – Hépatologie
Cancérologie

PROFESSEUR ASSOCIE NON TITULAIRE

FILBET Marilène

Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRES

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEUR ASSOCIE SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D’ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PETER DEREK	Physiologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
ROLLAND Benjamin	Psychiatrie. d'adultes
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Biostatistiques
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne
SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

REMERCIEMENTS:

Mes remerciement s'adressent particulièrement aux membres du jury, qui ont permis et permettent l'aboutissement de mon travail et de mes études.

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Merci d'avoir accepté la présidence de cette thèse. La confiance que tu m'as accordée me fait honneur. Je tiens à te remercier pour ton aide et ton soutien tout au long de mon travail. Tu as su m'accompagner même pendant tes temps de repos, je le crois, bien mérités. Je te souhaite sincèrement une belle retraite.

A Monsieur le professeur Frédéric AUBRUN

Merci pour l'intérêt porté à mon travail, et pour avoir accepté de le juger, sans que nous ayons eu l'occasion de nous rencontrer au préalable..

A Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE.

Je tenais également à vous remercier pour avoir accepté de juger mon travail, et pour l'intérêt que vous y portez. J'espère que cela sera à la hauteur de vos attentes.

A Monsieur le Docteur Vianney PERRIN,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail en tant que directeur de cette thèse. C'est un honneur d'avoir reçu ta confiance. Tu as su prendre le risque me confier l'évaluation de ton propre travail. Tu as également ma gratitude pour m'avoir (presque) fait découvrir cet outil qu'est l'hypnose et pour m'avoir suggéré de poursuivre mon chemin. Tes encouragements pendant les moments de doute au cours de ma rédaction m'ont aidé à avancer.

A toi, Papa, d'avoir accepté de mettre tes compétences professionnelles à mon service dans un délai pas franchement raisonnable. Pour ta relecture minutieuse, précise et rapide. Je n'en attendais pas tant et me suis encore laissé surprendre par tes capacités. Je suis fier de toi et de ce que tu as fait de moi.

A tous ceux qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis.

Dans l'ordre d'apparition :

Au p'tit Kev, avec qui tout a commencé. Les dessins à 2 et les fou-rires nous ont pas fait réussir, mais nous ont bien marqué. C'est comme si on y était !

A ma team: la team Montmein, la team Gastro... On a su partager des moments si intenses que ce n'est pas facile à croire. La médecine et ses galères nous ont réunis, mais c'est grâce à vous qu'on en est là. Vous m'avez donné le meilleur de vous pendant tout ce temps, et je compte bien en profiter des années encore.

Binôme. Une générosité sans arrière pensée, comme je n'en ai jamais vu ailleurs. T'es peut-être pas si autiste finalement... ? Plein de bonheur à toi et ta nouvelle famille. Merci de m'avoir fait rencontrer Coco. Vous êtes beaux. A bientôt pour des discussions enflammées comme on les aime ; pour construire sa pensée, sans peur de vexer.

Les Loums. Hâte de vous rencontrer tous. Je commence à me demander si c'est possible. Après tous ces retournements, je suis sincèrement heureux que tu aies trouvé ta voie.

André. « C'est la fête quand même ! » Merci pour ton humour et ta bonne humeur sans faille. Tes répliques animent chacune de mes journées. J'essai de les répandre comme la bonne parole !

A la team gastro du dessus, qui nous ont intronisés : Doc Jacko qui m'a précédé d'une semaine, Ralau, Jimou...merci pour l'accueil, les conseils avisés, l'expérience, mais surtout les pauses !

Florine, toi qui partage ma vie. Pour toutes tes pensées et ton ouverture. Pour ton exigence, envers toi, envers moi, pour nous. Ma co-équipière en toute circonstance. Pour ton soutien pendant ma thèse. Pour ta patience pendant mes sautes d'humeur. Pour tes précieux conseils et tes avis de spécialiste. Toi qui sais tout sur tout. Je peux compter sur toi. Pour faire descendre la pression et laisser s'envoler la montgolfière. Et pour les parties de Lego ^^.

Aux externes camerounais, qui nous ont tant appris : Théo, Christelle, Yannick, Roger, et tous les autres. Votre accueil était formidable.

Au médecin bénévole de Pause Diabolo : Notre rencontre fut brève. J'en ai honte, mais je ne me rappelle pas de votre nom. Je pense néanmoins à vous régulièrement, qui, le premier, m'avez appris qu'en tant que médecin, on n'est « ni flic, ni juge, ni curé » Pas de place pour le jugement.

A Emile Cloche, qui m'a récemment passé le flambeau. Merci pour ta lecture perspicace et tes précieux conseils. Pas simple à entendre. J'en ferais bon usage.

Au 5B, grâce auquel j'ai arrêté de boire.

Karine. Je n'ai jamais été autant considéré par quelqu'un de ta fonction. Tu ne te limiterais donc pas à ça ? Un super partenariat et des très bons souvenirs de travailler avec toi. J'espère qu'on se reverra, mais pas sur tes heures de boulot, sinon c'est que ça va mal pour moi !

Anne-Laure Hubert Ponsard ! TOUT TROP BIEN ! Je regrette que tu n'ais pas pu venir aujourd'hui. Au moins, pour une fois, tu fais même pas semblant de bosser !

Eric. Merci pour l'initiation à l'hypnose et aux encouragements. Je sais aujourd'hui que ce n'est pas facile d'être observé dans ces moments.

Et à toute l'équipe des bisounours ! Maryse, qui doit bien profiter de sa retraite, Françoise, Brigitte... j'en passe, mais le cœur y est. J'en profite pour remercier tous les soignants de l'hôpital, qui nous apprennent tellement, qui rattrapent nos erreurs, qui nous empêchent d'en faire, qui nous font part de leurs expériences précieuses.

Aux internes de Bourg et aux soirées mémorables, au croco'gliss dans l'internat et notre dure bataille pour la piscine. Ca c'est du militantisme ! Petite mention pour l'autre **Arti-chaud**, mon alter ego. Prêt pour l'urban trail ?

Merci **Lolo**, pour ce petit coup de pouce au moment où j'en avais le plus besoin.

Elise, ma meilleure co-interne, tout simplement. J'espère qu'on trouvera le temps de se voir. Ta gentillesse me manque.

Olivier CUOQ, mon mentor, mon maître. Ce semestre à tes côtés a été un autre tournant pour ma vie professionnelle, mais aussi personnelle. Tu as éveillé ma curiosité et m'a appris à être (vraiment) tolérant. Merci de m'avoir fait confiance au sein de ton cabinet, de m'avoir confié tes patients, au contact desquels j'ai pu beaucoup apprendre. C'est un honneur pour moi de te voir contourner tes devoirs pour venir assister à ma soutenance.

Claudie, c'était une belle rencontre. J'espère que cela s'arrange pour toi.

Mouax, mon maître pouffsoufle. Pour la pneumo, je sais pas, mais pour les parties de chasse, c'était pas mieux ! Aux heures passées à fouiner le top 5 youtube des Grizzly vs Croco.

Jimou, merci pour mon premier boulot, qui touche à sa fin. C'était bien sympa de partager ça avec toi. Tu m'as bien rassuré, mais j'attends toujours la bière.

A tous ceux qui m'ont permis de devenir QUI je suis.

Re-dans l'ordre d'apparition

Maman, Papa, je ne m'en souviens pas, mais j'étais là. Mon ouverture d'esprit (si j'en ai bien une), je vous la dois. Par la force des choses, vous m'avez appris à m'adapter en permanence, dans des milieux différents. Aujourd'hui, je considère ça comme une richesse.

Lucas, merci pour le pain et l'eau dès mon arrivée, qui témoigne de ton attention extraordinaire envers moi, toujours bien présente. Une complicité inégalée, et pourtant, la concurrence est rude ! L'Islande approche, je n'oublie pas.

Françoise, aussi longtemps que je me souviens, t'as toujours été là, sans distinction, malgré les difficultés. Merci de m'avoir éduqué, de m'avoir appris l'exigence de soi et à faire les choses bien. Je m'inspire encore de ton sens moral.

Thomas, mon meilleur ami. Aux heures passées à refaire le monde. Merci pour m'avoir accueilli comme chez moi : chez toi, en Corse, au ski, à la Ruch'. On se voit moins, c'est vrai, mais t'as trouvé ton best place, et c'est ce qui compte. Nous, on est des Ryu, nous !

Shan, mon premier petit frère, merci de me faire confiance, malgré mon absence.

Basile et Octave, les pt'its, qui êtes pas si pt'its. Je suis fier de vous et de ce que vous devenez : des personnes belles et entières.

Sisi la Famiille ! C'est avec vous que je me suis construit :

Alex, on ne pouvait pas se blairer, mais ça n'a pas duré. Aujourd'hui t'es toujours là, à me comprendre et m'accepter, même dans mes périodes de silence radio. T'en profite pour balancer ton beat ?

Bedoin le tanj, toujours là pour prêter main forte. Pas de question à se poser. Je sais sur qui compter.

Papa Boune, tu l'as compris, tu seras plus le seul daron. Ouais, je sais, t'aurais du être cité avant puisque ça date de la maternelle, vieille culotte ! Mais c'est après que c'est devenu sérieux, avec les copains.

Mimousse, ca mousse ? Et **DJ black and white**, les inséparables. A quand pour un ptit beers ?

Varous, merci pour tes inlassables câlins en soirées.

Robichnol, tu m'as inspiré par ta détermination et ton obstination. Grâce à toi, j'ai compris qu'on n'est pas obligé de tout prendre comme ça vient, même si parfois, ça fait du bien.

Feu Le Chef, Erick Mbomo Ebouelle : Une pensée en hommage à toi, qui m'a beaucoup inspiré par ta personnalité forte et généreuse.

Alix, Quent', Thom', Nadjla, Arthur, content de faire partie des vôtres. Vous êtes au top !

La Tahiteam, Maururuuu ! Mes nouveaux potes, que j'ai déjà l'impression de connaître depuis toujours. Méga ! Allez...Nanaaa !

Et de nouveau Florine, parce que toutes les bonnes choses se mangent sans faim.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	16
A. Bref historique de l'hypnose médicale.	16
B. Définitions.....	18
1. L'hypnose :.....	18
2. Définition des différentes approches.....	19
3. La médecine générale	22
C. Le contexte actuel de l'hypnose	23
1. L'apport des neurosciences :.....	23
2. Recommandations françaises et indications	26
3. Les formations à l'hypnose clinique.....	29
D. Médecine générale : contexte actuel	31
1. Prescriptions non médicamenteuses.....	31
2. Prescriptions médicamenteuses.....	32
E. Hypnose et médecine générale : revue de la littérature	33
1. Pratique de l'hypnose en médecine générale.....	33
2. Discussion	35
F. Justification de l'étude.....	36
II. MATERIEL ET METHODES.....	38
A. Recueil de données.....	38
B. Analyse descriptive épidémiologique.....	39
1. Objectifs	39
2. Description des données recueillies.....	40
3. Données manquantes : redressement du recueil de données	43
4. Comparaison des ensembles de données :.....	43
5. Choix de l'ensemble de données pour analyse	44
6. Construction de deux modèles prédictifs	44
III. RESULTATS.....	48
A. Description épidémiologique	48
1. Population traitée :	48
2. Déroulement du traitement	50
3. Résultats du traitement.....	54
B. Etude de liens entre résultats du traitement et les variables d'intérêt.....	56

1. Sur le motif exprimé	56
2. Sur le motif caché.....	59
C. Recherche de facteurs prédictifs de la réponse au traitement par hypnose thérapeutique	63
1. Arbre décisionnel	63
2. Régression logistique	63
IV. DISCUSSION.....	66
A. Objectifs /type d'étude.....	66
B. Description épidémiologique	66
C. Résultats du traitement	68
1. En fonction des caractéristiques des patients	69
2. Facteurs prédictifs de réussite au traitement.....	70
D. Validité Externe	72
E. Principales forces de l'étude	76
F. Principales limites de l'étude	77
V. CONCLUSION	79
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	80
VII. ANNEXES :	85
A. Code Ethique de la CFHTB :	85
B. Liste des formations à l'hypnose clinique en France	86
C. Revue de littérature :	88
1. METHODOLOGIE employée	88
2. Résultats de la recherche par bases de données	90
3. RESULTATS détaillés :	93
D. Cahier des charges soumis aux étudiants de statistique de l'université Lyon 2	112
E. Méthodologie de l'analyse statistique	115
1. Redressement de l'ensemble des données recueillies	115
2. Tableau comparatif	116
F. Résultats détaillés de l'analyse statistique	118
1. Arbre décisionnel	118
2. Régression logistique	119
VIII. GLOSSAIRE.....	122

I. INTRODUCTION

A. Bref historique de l'hypnose médicale.

De tous temps, le phénomène de l'hypnose a été utilisé comme intervention thérapeutique dans divers rites chamaniques. L'induction de trances chamaniques permettait alors de créer un lien entre les divinités (quelles que soient leurs représentations), le guérisseur et la personne souffrante.

Les premiers pas de l'hypnose telle que l'on peut se la représenter aujourd'hui sont marqués par l'arrivée en France de Franz MESMER (1734-1816), médecin autrichien. Il propose la théorie du « magnétisme animal », selon laquelle un fluide circule dans l'univers. Son harmonie entre les organes est nécessaire pour une bonne santé. Son intervention consistait à rétablir cette harmonie de circulation des fluides à l'aide de son fameux baquet. Il fait déjà notion de susceptibilité variable au magnétisme selon les individus.(1) L'attribution de l'intervention thérapeutique passe alors du divin au médecin. Les héritiers directs de sa pratique sont cependant les magnétiseurs d'aujourd'hui, et non les praticiens d'hypnose.



Figure 1 : Le baquet de Mesmer (2)

C'est son élève, le Marquis CHASTENET de PUYSEGUR (1751-1825), qui propose sa vision selon laquelle le soignant n'est qu'un guide pour passer dans cet état de transe alors facilement appelé « **somnambulisme** ». On note alors le transfert de la capacité du soignant au soigné.

En 1820, James Braid, chirurgien écossais, est le premier à faire la réelle rupture avec le magnétisme : « Il n'y a pas de magnétisme ; tout est suggestion ». La notion d'« **hypnotisme** » apparaît alors dans : *Neurypnology, or, the rationale of nervous sleep considered in relation to animal magnetism*. Etymologiquement, ce terme provient de Hypnos, dieu Grec du sommeil.

L'idée de suggestion sera alors réutilisée à Nancy par H.BERNHEIM (1837-1919), qui considère l'hypnose comme un phénomène naturel. L'efficacité thérapeutique dépendrait alors non seulement des suggestions faites en état d'hypnose, mais aussi de leur intégration par le patient comme autosuggestion. On voit alors apparaître

les prémices de l'**autohypnose**. Les suggestions utilisées à cette époque étaient directes. Il s'agissait toutefois d'une pratique autoritaire. Ce courant de pensée s'oppose à celui de J.M CHARCOT (1825-1893), célèbre professeur de neurologie parisien à la Salpêtrière, qui considère l'hypnose comme un état pathologique proche de l'hystérie. Son influence a alors probablement limité le développement de cette méthode en France, voire favorisé son déclin, même si Pierre JANET (1859-1947), médecin et philosophe étudiant à la Salpêtrière (professeur de Sigmund Freud) s'intéresse au sujet en défendant une vision plutôt psychologique du sujet, qui repose sur la théorie de la **dissociation psychique**. Il partageait alors une correspondance avec PAVLOV à Saint-Petersbourg, qui avait une approche plus biologique et regrettait de ne pas avoir les moyens d'explorer suffisamment les liens entre le système limbique et le cortex pour expliquer les secrets de l'hypnose.

C'est aux Etats-Unis qu'intervient une révolution thérapeutique encore à l'origine des pratiques actuelles, grâce au psychiatre Milton ERICKSON (1901-1980). Atteint de poliomyélite, c'est en partie par l'apprentissage autodidacte de l'autohypnose qu'il dépasse ses limites en termes de rééducation. Le concept de mobilisation des ressources propres de chacun devient alors fondamental. Il amoindrit l'importance de la directivité au profit des **suggestions indirectes et permissives** (moins autoritaires) et des métaphores, dont l'utilisation concorde avec sa notion d'inconscient bienveillant. Il est le fondateur de la Société d'hypnose clinique en 1957 et de *l'American Journal of Clinical Hypnosis* (3). On voit aussi progressivement apparaître l'**hypnose conversationnelle**, qui est avant tout un outil communicationnel, en dehors de toute induction hypnotique formelle.

C'est en 1955 que la *British Medical Association* approuve l'utilisation de l'hypnose en médecine.

Retour en France, où l'hypnose médicale réapparaît dans une dimension psychanalytique avec Léon CHERTOK (1911-1991), qui s'entoure notamment de feu François ROUSTANG (1923-2016), philosophe et psychanalyste, qui a aussi fortement contribué à l'essor de l'hypnose moderne en France. Il conceptualisait l'hypnose autour de trois pierres angulaires : la corporéité (grâce à laquelle il tentait de lier les psychothérapies et la médecine somatique), la présence (comme dimension relationnelle) et le geste (comme ensemble de techniques), selon A. BIOY, docteur en psychologie et membre de l'Institut Français d'Hypnose (IFH), dans son hommage à F. ROUSTANG(4).

Il s'agit donc d'une approche thérapeutique centrée sur l'harmonisation du corps et de l'esprit, anciennement plutôt spirituelle, via le divin ou le cosmos. Progressivement, on voit apparaître le rôle primordial du thérapeute, puis du patient, selon des considérations psychologiques et relationnelles entre les deux. Ce sont les modalités pratiques qui changent, vers une appropriation du soin par le patient. Devant le manque de compréhension du phénomène, les théories explicatives divergent au cours du temps, en faisant une pratique parfois dénigrée par le corps médical.

.

B. Définitions

1. L'hypnose :

L'hypnose est un phénomène encore mal compris par la communauté scientifique, comme en témoignent les multiples définitions proposées au cours du temps :

Milton Erickson, psychiatre du 20^{ème} siècle qui a révolutionné l'utilisation de l'hypnose thérapeutique et à l'origine de l'appellation hypnose Ericksonnienne, terme très fréquemment utilisé à ce jour, la décrivait comme « *un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages* ». Cette définition accentue l'idée de mobilisation des ressources propres du patient et de ses parties saines à des fins thérapeutiques.

Léon Chertok, psychiatre et psychanalyste français, écrivait en 1979 que « *l'état hypnotique apparaît donc comme un état de conscience modifié, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire et des perceptions sensorielles – en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes.* »

L'American Psychological Association (APA), seule organisation internationalement reconnue dans le domaine de la psychologie, la définit en 2014 comme étant « *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* »(5)

Jean-Marc BENHAIEM, directeur de l'Institut Français d'hypnose et du DU d'hypnose médicale de l'Université Paris VI, propose une définition prenant en compte l'aspect relationnel et symptomatique: « *L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique* »(6)

Juliette GUEGUEN, rédactrice du rapport *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose* pour l'INSERM, parle en 2015 « *d'état hypnotique : état modifié de conscience, ni un état de vigilance, ni un état de sommeil.* »(7)

On ne peut s'empêcher de remarquer la redondance de la notion **d'état de conscience** particulier, avec laquelle concordent les avancées neuroscientifiques actuelles que nous évoquerons plus loin. Cependant, cela explique ce processus uniquement selon le point de vue physiologique. Cette approche semble alors insuffisante pour

définir ce phénomène qui se veut global, comme le souligne le Dr BENHAIEM avec cette notion relationnelle d'**intersubjectivité**.

Les différents modèles explicatifs de l'hypnose ainsi proposés ont souvent été axés sur des facteurs prédominants (répertoriés par Jensen en 2015)(8) :

- Dissociatifs : surveillance et contrôle cognitif, retrait du conscient, expérience sensorielle
- Sociocognitifs, prenant en compte le contexte, les capacités, attitude, croyances, espérances et motivations du patient
- Le modèle capacité-aptitude qui considère que deux facteurs influencent la réponse au traitement (et s'auto-influencent) :
 - L'hypnotisabilité (capacité intrinsèque du patient)
 - Les croyances du patient sur sa propre capacité de réponse
- Les modèles psycho-sociaux accentuent la compréhension du mécanisme selon importance de la relation, harmonisation et interactions physiologique

M. Jensen s'évertue alors à proposer un **modèle biopsychosocial** et conclut à l'issu de sa revue de littérature que *« L'hypnose et la réponse hypnotique sont probablement mieux expliquées par des **modèles plus complets qui tiennent compte des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux**. Il est peu probable que des modèles plus restrictifs qui se concentrent uniquement ou principalement sur un seul facteur ou sous-ensemble de facteurs, tout en étant utiles pour mieux comprendre le rôle de ces facteurs, soient suffisants pour permettre une compréhension approfondie du domaine de l'hypnose »*

Au total, l'hypnose serait un processus physiologique, potentiellement activable après apprentissage dans le cadre d'une relation thérapeutique, permettant une modification de l'état de conscience responsable d'une suggestibilité plus importante. A des fins utiles, le thérapeute s'empare alors d'un moyen d'aider le patient à mobiliser ses propres capacités pour moduler des comportements ou attitudes et ainsi atténuer des souffrances, parfois générées par un vécu difficile vis-à-vis de l'environnement et du contexte.

2. Définition des différentes approches.

On peut distinguer en premier lieu différents courants d'hypnose, que l'on peut facilement mettre en lien avec l'évolution de la pratique au cours de l'histoire :

L'hypnose classique : très directive et autoritaire, correspond à l'hypnose précédant la période de Milton ERICKSON. Elle correspond aujourd'hui à l'hypnose de spectacle, car très impressionnante. Son image reste

très marquée dans l'inconscient collectif et est pour partie responsable des représentations tendancieuses dont souffre l'hypnose thérapeutique (9).

L'hypnose Ericksonienne, plus permissive. Les suggestions sont utilisées de telle sorte que le choix est laissé au patient. Il ne s'agit pas d'ordre proféré par le praticien, mais plutôt de propositions, qui seront acceptés si elles correspondent aux valeurs du patient. Elle représente encore aujourd'hui le courant dominant.

Les techniques par activation de conscience et réorientation de l'attention : Pratique proche mais qui vise à évoluer en fonction de l'apport des neurosciences en se détachant du terme inapproprié d'hypnose qui véhicule la fausse image d'endormissement et de perte de contrôle après induction. Induction, qui évoque d'ailleurs l'endormissement par anesthésie générale. L'activation est donc ici considérée comme un terme plus approprié, dans le sens où les techniques visent plutôt à un « hyper-éveil » des ressources et perceptions, parfois initialement ressenties au cours d'apprentissages personnels. Les suggestions y sont moins présentes, pour une approche plus permissive. L'utilisation de techniques spectaculaires est quasi nulle, hormis peut-être pour souligner l'étonnement du patient face à un symptôme partiellement ou totalement soulagé. Elles sont fondées par l'équipe du Collège International des Thérapie par Activation de Conscience (CITAC) (10) menée par Jean BECCHIO, médecin généraliste également co-directeur du DIU d'hypnose clinique de l'université Paris XI-Orsay.

L'induction est le terme communément employé pour définir le déclenchement du processus de transe hypnotique, par le praticien ou par le patient lui-même.

L'hypnopraxie : pratique spécifique localisée à la Réunion. « Terme donné par le Dr Guy CHEDEAU pour garder le lien avec l'hypnose, mais avec en plus une base phénoménologique, en rapport avec « l'Essence de l'Être. » C'est une thérapie intégrative, et non dissociative, c'est-à-dire qui renforce l'unité psychosomatique et lutte contre les dissociations corps/esprit. C'est un mode relationnel qui « laisse venir » et qui n'utilise pas de suggestions, comme les précédentes formes d'hypnose », comme l'explique le Dr Marie BREL dans sa thèse (11).

Par ailleurs, il existe différents niveaux de pratique, qui sont maniées variablement selon les thérapeutes (12) :

La communication thérapeutique : ensemble de techniques permettant de favoriser l'alliance thérapeutique avec le patient. Elle peut se faire dès le premier contact avec lui et consiste à adapter son langage verbal et non verbal. Les principales méthodes utilisées sont :

- l'emploi de phrases affirmatives avec absence de mot négatif (classiquement, remplacer « c'est difficile » par « pas facile... » : Le mot clef assimilé a des chances d'avoir un meilleur impact sur la personne);

- le mirroring : adopter une posture et une gestuelle discrètement en miroir de celles du patient ; impose une grande qualité d'observation que le patient ressentira ;
- L'utilisation de silences et de pauses pour mettre en lumière les mots les plus pertinents ;
- Le fait de parler en fin d'expiration, pour plus d'acceptation...

L'hypnose conversationnelle : Il s'agit de manier l'ensemble des techniques hypnotiques telles que les suggestions, métaphores, sans avoir réalisé d'induction. Elle se pratique généralement quotidiennement par les thérapeutes expérimentés, en dehors du cadre d'une séance caractérisée.

L'hypnose formelle : utilisée en séance dédiée. Elle nécessite une induction de la « transe hypnotique », ce processus de modification de conscience avec suggestibilité accrue. Cela implique bien entendu l'accord du patient mais surtout sa motivation. Un entretien préalable est nécessaire afin d'apprendre à connaître le patient dans son contexte et ses valeurs, pour identifier ses potentiels ressources qui pourront être mises en avant pendant la séance. C'est lors de cet entretien que l'objectif de la séance (qu'il soit caché ou non au thérapeute est fixé par le patient, avec l'aide du thérapeute). En situation d'urgence, cet entretien n'est pas nécessaire. Le praticien s'appuie alors uniquement sur ce que le patient apporte, notamment ce qu'il communique de manière non verbale. Le symptôme à soulager est souvent évident dans ce contexte, et la motivation est grande (situation de douleur aiguë, attaque de panique...).

L'autohypnose : Comme nous l'avons dit précédemment, l'hypnose est un phénomène naturel que chacun expérimente au cours de sa journée, de manière non consciente. Notre cerveau varie invariablement d'état de conscience : sommeil profond, paradoxal, léger, repos, veille, hyperéveil, hypnose... Le thérapeute utilise cet état à des fins thérapeutiques, tout comme un bon sommeil peut être réparateur. Dès lors que le patient a conscience de sa capacité à provoquer de manière consciente cet état, alors il peut apprendre à le faire seul. C'est le rôle du thérapeute de l'accompagner dans cette démarche d'autonomisation, qui prend alors tout son sens.

J.GUEGUEN reprend brièvement les principales méthodes connues dans son rapport (7) :

- Relationnelles : distance, mirroring, small-talk (échange de banalités, discours anecdotique) permissivité
- Focalisation : visuelle, auditive, interne (respiration, questionnement...)
- Dissociantes : (synergiques) confusion (inhibe la conscience critique), catalepsie, langage dissociatif, lévitation, réification, métaphores, distraction, saturation
- Autres : suggestions directes ou non ; truisme

3. La médecine générale

La *World Organisation of Family Doctors (WONCA)* définit la médecine générale en 2002 comme étant « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ».(13)

Ce rapport précise « les six **compétences fondamentales** propres à la médecine générale :

- La gestion des soins de santé primaires
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

...appliquées dans trois **domaines d'activité** :

- Démarche clinique,
- Communication avec les patients,
- Gestion du cabinet médical

...selon trois **domaines spécifiques** :

- Contextuel
- Comportemental
- Scientifique.»

En pratique, ces capacités peuvent se traduire par des «attitudes de base» conseillées par Jan HEYRMAN, professeur émérite au Centre Universitaire de Médecine Générale à Genève, en 2012 (14). Il parle en effet de la nécessité de respecter le timing du patient et de considérer le vécu subjectif du patient, même face à des critères objectifs (cliniques, paracliniques) qui peuvent être faussement rassurants ou simplement faire barrière à la compréhension du patient. Le risque serait alors de passer à côté de sa souffrance et donc du rôle de soutien qu'un médecin de famille se doit d'avoir. Ceci amène à « rester aux côtés » du patient, et ainsi se saisir de sa force, sans s'opposer, pour l'accompagner dans la direction qui lui correspond (tel un Judoka). Ce n'est pas sans rappeler les propos de J-M BENAHIEM qui signifient l'importance du « contexte qu'il faut parfois

soigner ». Selon lui, la souffrance peut provenir de l'opposition à une situation, que l'on peut biaiser grâce à l'hypnose, en permettant l'adhésion à la réalité(6).

Ces compétences transversales adaptées à la pratique de la médecine générale sont également décrites par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Il s'agit notamment des compétences de « *premiers recours, incertitude, soins non programmés et urgence* », « *relation communication approche centrée patient* », d'une « *vision globale et complexité* » ou encore de la « *continuité, suivi, coordination des soins autour du patient* »...(15)

Cette approche globale et centrée sur le patient, telle que recommandée par la WONCA et par un consensus d'experts issus des départements de médecine générale (16), peut permettre de se soustraire au rôle pesant de « solutionneur » pour simplement apporter « *écoute et compréhension* » dans l'objectif d'aider les patients à mieux « *vivre avec* » leurs souffrances, sans les faire forcément disparaître. Une dernière attitude à avoir serait de « *maintenir la tension* » en fin de consultation pour y voir des effets qui perdurent jusqu'au prochain rendez-vous.

On y retrouve la notion d'autonomisation du patient dans sa propre prise en charge : le parallèle est fait avec l'hypnose et la pratique de l'autohypnose, qui semble parfois gage de réussite. D'autres éléments caractéristiques de la médecine générale, mis en lumière par Jan HEYRMAN, convergent avec l'hypnose clinique comme moyen de communication thérapeutique :

- l'utilisation de « connotations positives » dans le discours;
- La prise de position basse par rapport au patient, ce qui correspond à le mettre au centre sa prise en charge, et à le considérer comme expert à propos de lui-même et de ses priorités;
- L'importance de rester dans « l'ici et maintenant »;
- La « pensée analogique » : la traduction des situations problématiques en métaphores pour permettre leur résolution par des solutions qui étaient jusque-là inapparentes.

C. Le contexte actuel de l'hypnose

1. L'apport des neurosciences :

En 2015, Le Dr BIOY réalise une présentation critique des études du processus hypnotique réalisées chez des sujets sains(17). Les mécanismes de l'hypnose seraient issus d'une variation du fonctionnement cognitif par deux effets:

1. Une **suggestibilité accrue** (par modification conjointe de la dynamique des influences réciproques caractérisant la communication praticien/patient) :

Elle est variable : dans le temps (selon l'âge), selon l'entraînement (autohypnose) et les caractéristiques psychosociales (les personnalités impulsives seraient plus suggestibles du fait d'un comportement hypo frontal, moins inhibé)

Une quantification de cette suggestibilité est proposée dans de nombreuses études par différents scores, dont le plus répandu est calculé à l'aide de l'échelle STANFORD Hypnotic Susceptibility Scale (18).

A noter que ce concept est différent de l'hypnotisabilité. Il est communément admis que tout le monde est potentiellement hypnotisable, même si ces deux termes sont en pratique souvent confondus.

Le mécanisme de l'influence des suggestions (notamment post hypnotiques, dont le but est le changement après la transe hypnotique) semble être une modulation de la perception sensorielle (visuelle) et du fonctionnement attentionnel :

- L'hypnose diminuerait les interférences consécutives à des pensées volontaires spontanées sur les processus automatiques. Dans une étude couplant les potentiels évoqués visuels à l'IRM fonctionnelle (IRMf) (19), il était suggéré aux patients en état d'hypnose que les mots qu'ils allaient lire étaient dans une langue inconnue. Ils réalisaient alors une tâche de stroop consistant en la lecture de la couleur de l'encre d'un mot qui lui-même désigne une couleur. Les réponses sont souvent moins rapides lorsque les couleurs ne sont pas congruentes. On parle de conflit cognitif entre les processus automatiques (lecture) et les processus contrôlés (dénomination de la couleur). Chez les sujets hautement hypnotisables, le temps de réaction était diminué et les aires cérébrales visuelles et le cortex cingulaire antérieur étaient moins activés.
- Cela suggère que le cortex cingulaire aurait un rôle dans la détection des conflits cognitifs qui serait alors inhibé après induction hypnotique.

2. Un état de conscience modifié :

L'hypnose modifie l'activité cérébrale spontanée (le mode par défaut (20)) chez les personnes hautement suggestibles (caractérisés selon leurs scores de STANFORD) : leurs fonctions exécutives et de planifications peuvent être inhibées (par moindre activité du cortex cingulaire antérieur, et préfrontal)

Ces deux effets ne sont pas interdépendants l'un de l'autre. En effet, les suggestions sont largement utilisées sans induction préalable. On peut aussi induire un processus hypnotique chez une personne, sans y apposer de suggestion.

Ces conclusions concordent en partie avec ceux de Jensen, qui réalise en 2015 une synthèse des mécanismes connus de l'hypnose par une revue de la littérature (« scoping review »). Il tempère néanmoins les

premières conclusions ci-dessus. Son travail reprend notamment de manière critique les facteurs biologiques influençant la réponse hypnotique (8), en accentuant sur la neurophysiologie.

L'ensemble des méthodes de mesure comprend l'électroencéphalogramme (EEG), la Tomographie par Emission de Positron (TEP-scan), l'IRMf (qui reflète indirectement l'activité cérébrale par la visualisation du niveau de perfusion et d'oxygénation des zones cérébrales) et la magnétoencéphalographie (reflet direct de l'activité cérébrale régionale : champs magnétiques produits par l'activité électrique des neurones). Toutes ces techniques ont montré **une variation d'activité cérébrale ou médullaire** après induction hypnotique.

Jensen observe par exemple que:

- Les personnes qui sont plus susceptibles de répondre à l'hypnose et aux suggestions hypnotiques (hautement hypnotisables) montrent systématiquement **différents modèles de réponses cérébrales** que ceux qui ne répondent pas aux suggestions d'analgésie hypnotique (faiblement hypnotisables)
- Pratiquement **toutes les régions cérébrales** impliquées dans le traitement de la douleur ont montré être touchées par l'hypnose et l'analgésie hypnotique : *« tout comme il n'existe pas de «centre de douleur» unique dans le cerveau, il n'existe pas de mécanisme physiologique» unique de l'analgésie hypnotique.»*
- Il existe différentes **variations de l'activité cérébrale** entre les hautement et faiblement hypnotisables surtout dans les bandes thêta et gamma à l'EEG.
- Les zones les plus modulées par le processus hypnotique sont :
 - Le **cortex (pré)frontal** qui présente des fonctions exécutives et de planification, ainsi qu'un rôle d'inhibition des autres aires cérébrales, notamment sensori-motrices. Son activation ou inhibition semble dépendre de la procédure d'induction et des suggestions utilisés.
 - Le **cortex cingulaire** antérieur(CCA) (système limbique, frontal) et moyen : variation d'activités dépendent des suggestions (TEP-scan) et du niveau d'hypnotisabilité.
- L'hypnose serait associée à **l'asymétrie hémisphérique** : les résultats sont opposés selon les études quant à la réponse hémisphérique sous hypnose. L'activité est tantôt prédominante à gauche, tantôt à droite. Jensen avance l'hypothèse d'une *« flexibilité physiologique globale... (c'est-à-dire, le déplacement de gauche à droite, antérieure à postérieure, comme nécessaire pour répondre à la suggestion).»*
- La réponse hypnotique serait associée à la **modulation de la connectivité fonctionnelle** entre les régions cérébrales.

Cet auteur conclue, concernant les facteurs biologiques et leur corrélation avec le processus hypnotique, que :

- ✓ «Il n'y a pas de signature franche «hypnose»
- ✓ La modulation de l'activité neurophysiologique est très dépendante du type de suggestion, davantage que du processus lui-même.

✓ L'effet est aussi dépendant des sujets (hautement hypnotisable: plus de réponse) :

- Niveaux plus élevés d'activité thêta chez les hauts à l'EEG
- Peut-être des niveaux plus élevés de connectivité structurelle entre les zones frontales gauche et droite de l'hémisphère et entre les zones frontales et le CCA. »

2. Recommandations françaises et indications

a) Le Code de Santé Publique

Il est possible de coter un acte correspondant à une séance d'hypnose à visée antalgique (ANRP001). Il correspond à un remboursement de zéro euro (21).

b) Haute Autorité de Santé (HAS) (22) :

Il n'existe que de rares recommandations officielles d'hypnose médicale en France comparativement aux indications proposées par les hypno-praticiens tel que décrit ci-après.

Il est toutefois fait mention de l'hypnose par la HAS dans différentes situations :

- Prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans : *« La prise en charge de la douleur peut comporter, en plus des antalgiques, des moyens non pharmacologiques (distraction, relaxation, hypnose) ».*
- Prise en charge de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine (Janvier 2016) : *« Il est rappelé que des moyens non médicamenteux, tels que l'information de l'enfant et de sa famille, la distraction, la relaxation, l'hypnose, etc., contribuent à la diminution de la douleur ».*
- Troubles anxieux graves (Guide ALD Juin 2007): Prise en charge de l'état de stress post-traumatique : *« Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars) ».*
- Epidermolyses bulleuses héréditaires (Protocole national de diagnostic et de soins Avril 2015) :
 - Prurit : *« En complément de ces traitements des moyens non médicamenteux peuvent être mis en place, comme par exemple l'utilisation de techniques de relaxation, d'autohypnose ».*
 - Douleur liée aux soins : *« L'hypnose peut être utile chez les enfants plus âgés et les adultes ».*
 - Douleurs chroniques : *« Les traitements non médicamenteux sont indispensables (par exemple la musique, le yoga, les techniques de relaxation, l'hypnose, ...) ».*

- Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de sante Mars 2016 : « *Il ne faut pas négliger l'apport de techniques complémentaires : hypnose, acupuncture, sophrologie, musique...* ».

On remarque que cette thérapie est citée à plusieurs reprises au même rang que d'autres pratiques plus ou moins sportives ou artistiques, comme la musique ou le yoga. Loin de dénigrer ces outils, il semble toutefois étonnant qu'ils puissent avoir exactement les mêmes indications très périphériques, sans distinction. Proposées ainsi, se pose alors la question de la légitimité de ces indications.

c) L'académie française de médecine

Du fait de l'ambivalence du public quant à la médecine moderne, impliquant son orientation vers des médecines parallèles parfois en rupture de soins conventionnels, un rapport concernant la place des principales thérapies complémentaires parmi les ressources de soin a été publié en 2013 (23). Il traite indépendamment de l'acupuncture, l'hypnose, l'ostéopathie, et le tai-chi. Le choix des thérapies évaluées dans ce rapport est décrit comme « réfléchi mais arbitraire »...

Ce rapport définit l'hypnose comme psychothérapique et psychocorporelle.

Les indications retenues sont diverses, pour la gestion des symptômes fonctionnels. Les auteurs concluent, après une revue de littérature dont la méthodologie n'est pas discutée, à une efficacité de l'hypnose égale ou supérieure aux contrôles. Néanmoins, ils précisent que c'est davantage la répétition des essais qu'un essai seul qui conforte l'idée. En effet, les méthodologies sont décrites comme instables, avec des faiblesses statistiques et des résultats inhomogènes.

En conclusion générale, potentiellement source de confusion entre les différentes thérapies évaluées, le rapport stipule que :

*« Leur utilisation croissante et les connaissances biologiques obligent à les prendre au sérieux, quand bien même leur efficacité n'est évoquée que dans un nombre limité de situations et fondée sur un niveau de preuve insuffisant. Ces pratiques doivent rester à leur juste place : celle de méthodes adjuvantes. Elles ne doivent **jamais être choisies** par le patient **comme une solution de premier recours**, ni de **remplacement** qui exposerait à des erreurs ou retard de diagnostic et à des pertes de chance. »*

En premier lieu, l'hypnose est prometteuse pour la gestion de troubles dit « fonctionnels » mais il n'est pas recommandé de la pratiquer en première intention, au risque d'exposer les patients aux effets secondaires médicamenteux ? Malgré les similitudes retrouvées entre les compétences de médecine générale et la pratique de l'hypnose, il semble aujourd'hui délicat de proposer cette approche en restant en accord avec les recommandations actuelles. A moins justement que cela ne rentre uniquement dans le cadre de l'arsenal thérapeutique dont dispose le médecin généraliste. A ce titre, l'indication d'un tel traitement, comme adjuvant ou

comme alternative, reste estimée selon une balance bénéfice-risque évaluant toutes les autres possibilités, en minimisant le risque d'échapper à d'autres traitements efficaces connus.

d) Société française d'hypnose (SFH)

Le site de la SFH, société savante existante depuis 1985, liste non exhaustivement les indications théoriques de l'hypnose clinique :

- ✓ Traitement des phobies (avion, piqûres, araignées, animaux, etc.)
- ✓ Traitement des addictions (tabac, alcool, etc.)
- ✓ Traitement des compulsions (alimentation, T.O.C., etc.)
- ✓ Traitement des allergies (pollens, poussière, etc.)
- ✓ Gestion de la douleur
- ✓ Gestion des émotions et du stress
- ✓ Confiance en soi
- ✓ Amélioration de performances (études, examens, entretiens, sport, etc.)
- ✓ Angoisses, Dépression, Troubles du sommeil, Ruptures, Deuil.

e) Rapport INSERM : Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose (7)

Une sélection de 6 revues et 16 essais contrôlés randomisés ultérieurs sur les mêmes sujets et comprenant au moins cent sujets a été faite en 2015 par J.GUEGUEN.

Une grande hétérogénéité des protocoles d'interventions a été mise en évidence, de même que pour les groupes contrôles. Les auteurs attirent notre attention sur le fait que les études n'étaient pas conçues en équivalence ni en non-infériorité, impliquant une impossibilité de conclure devant des effets non mis en évidence.

Outre les indications qui se dégagent de cette revue (dans les **troubles fonctionnels intestinaux**, en **traitement adjuvant** des procédures médicales +/- pour le traitement des **bouffées de chaleur** chez les femmes ménopausées) et la confirmation de la **quasi-innocuité** de l'hypnose, on ne peut s'empêcher de constater les difficultés méthodologiques de l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose. Cette étude se confronte aux limites communes aux essais médicamenteux, ainsi qu'à celles communes aux thérapies complémentaires (généralisation des résultats, standardisation des interventions, l'insu, le choix du contrôle/placebo...). L'hétérogénéité qui en découle retentit donc sur la fiabilité des synthèses quantitatives des essais (méta-analyses).

L'hypnose est considérée comme une **approche globale**, constituée d'**effets spécifiques** et **non spécifiques**. L'évaluation de l'effet global est donc aussi très importante. C'est dans ce cadre que des essais à trois bras se développent et sont pertinents. La pratique de l'hypnose apparaît comme étant une approche complémentaire et adjuvante aux thérapies déjà établies, quelle que soit son indication. Elle ne semble d'ailleurs pas avoir eu comme vocation d'en remplacer certaines, aux dires des praticiens, qui la considèrent comme « un outil » supplémentaire (24).

Ce rapport s'est également intéressé à la **sécurité** de l'hypnose.

Basé sur la revue de la littérature, mais aussi selon la section jurisprudence du Comité National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le service de responsabilité professionnel de la MACSF et les communications personnelles des thérapeutes, les données sont « **rassurantes** ». Il n'y a pas d'effet indésirable grave attribuable à l'hypnose » sous réserve que la revue ne recense que 2500 patients au total. *«L'enjeu est éthico-juridique. Pratique encadrée par des chartes éthiques (25), mais pas d'encadrement légal. Si l'hypnose est pratiquée par un professionnel de santé, intégrée à l'offre de soin conventionnelle, cela limite les risques de retarder ou d'entraver l'accès à des soins conventionnels qui seraient par ailleurs nécessaires.»*

A noter que peu ou pas d'études portent spécifiquement sur les effets secondaires de l'hypnose. Des effets secondaires bénins ont été déclarés, tels que des vertiges, une amnésie transitoire, des céphalées, une somnolence, ou encore la création de faux souvenirs. Ils sont considérés comme rares selon la Mayo Clinic et peuvent être prévenus ou contrôlés si le praticien est expérimenté.

Le rapport précise qu'il n'y a pas de condamnation existante de médecin recensé par le CNOM. Un mémoire de DU d'hypnose médical (Keke. 2014) recense cependant 15 décisions de justice concernant l'hypnose en France, dont 6 sont des agressions sexuelles/viols sous hypnose (2 médecins sont concernés) et 1/3 d'exercice illégal de la médecine ou d'utilisation de l'hypnose pendant des procédures de justice.

La MACSF ne déclare aucun sinistre.

En conclusion, la mise en place d'un « système de surveillance » semble pertinente puisque les effets secondaires sont rarement évalués en tant que tel, ainsi qu'une réflexion autour de « l'encadrement législatif » de la pratique de l'hypnose.

3. Les formations à l'hypnose clinique

Les formations existantes en France sont très hétérogènes, tant sur le fond que sur la forme. Certaines sont axées sur une pratique précoce. L'apprentissage théorique est plus valorisé dans d'autres. Le temps de formation est aussi variable, allant de deux à quarante-cinq jours, sur des périodes continues ou non, parfois réparties sur plusieurs années. Les critères de sélection des futurs praticiens sont aussi variables. Certaines formations sont ouvertes au grand public tandis que d'autres sont réservées aux soignants, voire même uniquement aux médecins, afin que la pratique s'inscrive dans un cadre thérapeutique dépendant des fonctions de chacun.

Il n'existe aucune reconnaissance institutionnelle des diplômes obtenus, qu'ils soient universitaires (DU) ou non. Devant les lacunes d'encadrement juridique, des organismes associatifs ou privés (qui sont souvent dirigés par les mêmes personnes que les DU) se sont emparés du rôle d'harmonisation des formations afin de créer des diplômes équivalents. De même, la Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves (CFHTB), dénombre 33 instituts adhérant à sa charte éthique, dans l'objectif de préserver le crédit scientifique de l'hypnose et de ses praticiens. (Cf. Annexe).

Il n'existe pas de recensement officiel des praticiens d'hypnose. Il est donc très difficile de les dénombrer. L'IFH fournit pour autant des statistiques de formation : on constate que les professions les plus représentées chez les hypno-praticiens sont les psychologues et infirmiers, puis les psychiatres, généralistes et anesthésistes.

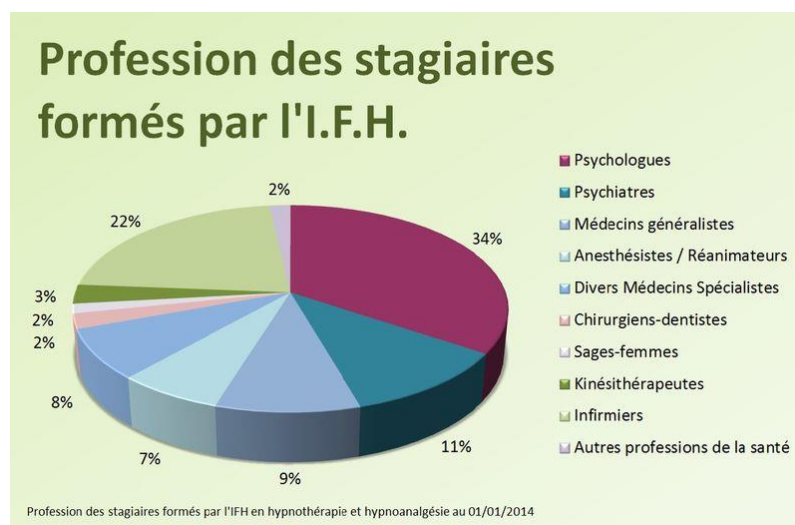


Figure 2 : Profession des stagiaires formés par l'IFH au 01/01/2014

Actuellement, on dénombre un Diplôme d'Etude Supérieures Universitaires (DESU), deux diplômes inter universitaires (DIU) et 11 diplômes universitaires (DU). Ils ne sont pas reconnus par l'Ordre des Médecins

Au moins 35 instituts de formation privés se développent du fait du manque de places disponibles dans les cursus universitaires, qui apportent une certaine crédibilité pour le praticien. (Listes en annexe). A noter que la Société Française de Médecine Générale forme également des praticiens à l'hypnose depuis plus de 5 ans.

D. Médecine générale : contexte actuel

1. Prescriptions non médicamenteuses.

Un rapport de l'HAS concernant le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées a été publié en Avril 2011 (26). Cette analyse avait pour objectif d'expliquer les freins à la prescription non médicamenteuse, ainsi que de proposer des pistes pour y remédier.

Il stipule qu'il «*importe de promouvoir une conception plus globale de la notion de traitement dans laquelle les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses apparaissent comme complémentaires dans un objectif à la fois curatif et préventif.*»

Les principales explications trouvées sont :

- ✓ Un mode de financement des soins de ville peu incitatif : la difficulté de «*convaincre un patient de s'engager activement dans un processus thérapeutique qui met en jeu son mode de vie, voire ses schémas de pensées*» est soulignée, ainsi que le peu de compatibilité avec la cotation à l'acte qui dissuade de prendre le temps nécessaire.
- ✓ Le manque d'information sur les thérapeutiques recommandées (leur efficacité) et leurs modalités de recours (le réseau de santé).
- ✓ Un manque d'adhésion des médecins ET des patients, du fait de la faiblesse des recommandations. Celle-ci résulte notamment «*des difficultés méthodologiques de leur évaluation (interventions complexes dont l'efficacité est multifactorielle).*»
- ✓ «L'impact des inégalités socio-économiques sur l'observance des thérapeutiques non médicamenteuses ». N'étant pour la plupart non remboursées, les populations les plus pauvres ne peuvent se permettre d'en bénéficier.
- ✓ Leurs coûts :
 - **Financier** : absence fréquente de prise en charge par l'assurance maladie.
 - **En temps consacré** : acceptation par les patients dépendant de leur situation professionnelle et familiale. Les solutions proposées (psychothérapies, règles hygiéno-diététiques ...) nécessitent parfois une organisation et un temps que l'on peut éviter par la prise médicamenteuse, même si la réponse est moins durable.
 - **Psychologique** : efforts nécessaires à la modification des comportements préconisée »

Les solutions proposées par l'HAS sont:

- ✓ L'évolution des « **modalités de rémunération** » et de « **l'accessibilité financière** » (remboursement)
- ✓ L'amélioration de **l'information et de l'accès** à l'offre, par le biais de :

- brochures d'information à distribuer conjointement aux prescriptions ; logiciels d'aide à la prescription permettant d'éditer des ordonnances
- rencontres interprofessionnelles et d'outils de coordination (annuaires pluridisciplinaires).
- ✓ La production de **données scientifiques** sur l'efficacité comparative et l'efficacité des stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses.»

Ces données sont concordantes avec plusieurs travaux de thèse concernant la pratique de l'hypnose en médecine générale. Malgré une grande satisfaction des médecins et des patients, la pérennité de l'utilisation de cet outil semble conditionnée par le manque de rentabilité financière et le manque de temps, qui sont d'ailleurs interdépendants en médecine de ville (11,24,27,28). La méconnaissance des médecins et des patients est aussi mise en avant (9,29). En effet, le Dr DIEULOUARD conclue qu'« Une meilleure connaissance de l'hypnose (explorée sur 12 questions) est associée à une fréquence plus élevée d'orientation des patients vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins (coefficient de corrélation de Pearson de 0,36 [0,20-0,51] $p < 0,05$) ».

2. Prescriptions médicamenteuses.

Une récente étude transversale de 2015 cherchant à évaluer les facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses en médecine générale (30) a permis d'analyser « 20 600 consultations chez 128 praticiens : 80,7 % ont donné lieu à au moins une prescription médicamenteuse. La deuxième procédure thérapeutique la plus fréquemment réalisée lors de ces consultations était le regroupement « conseil thérapeutique, écoute, psychothérapie » (22,3 % ; IC95 % : 21,7 ; 22,9) ».

On reporte ci-dessous les principaux motifs de consultations dans cet échantillon.

Consultation avec prescription médicamenteuse (N = 16 626)		Consultation sans prescription médicamenteuse (N = 3 974)	
Résultats de consultation (code CISP-2)	n (%)	Résultats de consultation (code CISP-2)	n (%)
Hypertension non compliquée (K86)	2 940 (9,9)	Gestion santé/médecine préventive (A98)	4 364 (26,9)
Infection aiguë voies respiratoires sup (R74)	1 843 (6,2)	Pas de maladie (A97) ^a	1 076 (6,6)
Trouble du métabolisme des lipides (T93)	1 513 (5,1)	Hypertension non compliquée (K86)	288 (1,8)
Dépression (P76)	1 044 (3,5)	Usage abusif du tabac (P17)	205 (1,3)
Diabète non insulino-dépendant (T90)	946 (3,2)	Dépression (P76)	181 (1,1)
Bronchite aiguë, bronchiolite (R78)	645 (2,2)	Trouble du métabolisme des lipides (T93)	181 (1,1)
Gestion santé/médecine préventive (A98)	644 (2,2)	Bursite, tendinite, synovite (L87)	172 (1,1)
Perturbation du sommeil (P06)	602 (2,0)	Diabète non insulino-dépendant (T90)	161 (1,0)
Hypothyroïdie/myxoedème (T86)	588 (2,0)	Infection aiguë voies respiratoire sup. (R74)	149 (0,9)
Arthrose (L91)	467 (1,6)	Fatigue/faiblesse générale (A04)	133 (0,8)

Les dix résultats de consultation les plus fréquents pour les consultations avec et sans prescriptions médicamenteuses

On remarque que malgré les recommandations HAS de 2011, les prescriptions médicamenteuses restent largement prédominantes. Certaines indications (que l'on retrouve lors de consultations conclues par une prescription ou non) semblent compatibles avec la pratique de l'hypnose, comme la dépression, la fatigue, la douleur et surtout la médecine préventive. Ces dernières ont-elles été évaluées dans la littérature scientifique?

E. Hypnose et médecine générale : revue de la littérature

1. Pratique de l'hypnose en médecine générale

Nous avons réalisé une revue non systématique de la littérature concernant la pratique de l'hypnose applicable à la médecine générale. Les résultats sont détaillés en annexe.

Premièrement, on constate la **pauvreté de la littérature** concernant l'hypnose en médecine générale. Il existe un contraste entre l'abondance globale des publications à propos de l'hypnose d'une part (14 017 articles référencés dans Pubmed), et celles concernant cette pratique en médecine générale d'autre part. Ces dernières étaient représentées par 56 articles, la plupart étant anciens de méthodologie probablement faible (48 d'entre eux ne comprenaient pas de résumé disponible). Au final, la majorité des études sont en effet des thèses d'exercice ainsi qu'une étude descriptive datant de 20 ans. Cela est d'autant plus étonnant que ces deux domaines semblent finalement très intriqués. Voici une synthèse des éléments les plus marquants (description détaillée en annexe) :

L'ensemble des résultats ne fait évidemment pas office de preuve scientifique de l'efficacité de l'hypnose en médecine générale. Il permet néanmoins une meilleure appréhension de ces deux domaines, outre les difficultés à les définir. C'est la constance des résultats de ces enquêtes de pratiques, faute d'être méthodologiquement irréprochables, qui nous permet d'appréhender le phénomène de l'hypnose. Cette constance se maintient d'ailleurs malgré la diversité géographique des études (de la Norvège à la Réunion, en passant par la Bretagne). On peut alors en tirer quelques traits : il s'agit d'une **approche globale** mettant en jeu des méthodes de **communication**, renforçant l'**alliance thérapeutique** et permettant certainement une réduction de recours médicamenteux. La prise **d'autonomie du patient**, aidée par la pratique de l'**autohypnose**, participe grandement à la satisfaction qu'ils en tirent mais aussi à celle des praticiens. Cet outil particulier semble parfaitement compatible avec les compétences que requiert la pratique de la médecine générale. La modification de perception qui en résulte, autant intérieure qu'extérieure, est un élément clef qui permet d'ouvrir des portes, de débloquer des situations parfois relationnelles. Les adaptations nécessaires pour pallier aux **inconvenients organisationnels** concordent avec les recommandations de l'HAS de 2011 concernant les prescriptions non médicamenteuses (26). En effet, les principaux freins à cette pratique ressortent dans toutes les études : le manque de temps, de rentabilité financière, les inégalités d'accès secondaires aux conditions socioéconomiques, l'isolement en termes de formation et/ou d'orientation... Les éléments négatifs pointés par les patients relèvent plus de l'absence potentielle de point positif, résultant de cette pratique dont les résultats semblent inconstants et peuvent-être patient-praticien-dépendant. Se pose la question de la suggestibilité et des facteurs prédictifs de réponse au traitement. Une attention particulière doit être posée sur la subjectivité constante de l'analyse de ces

résultats. Elle dépend évidemment de la qualité des études, mais ne serait-elle pas justement adaptée à cette pratique dont les objectifs semblent liés au « vivre avec » plus qu'à la recherche de guérison ? Dans une pratique cherchant à laisser le patient au centre de sa prise en charge, c'est en effet peut-être principalement à lui d'en évaluer les effets. Quoi qu'il en soit, cette approche commune à l'hypnose et à la médecine générale commence à faire ses preuves : on voit apparaître des essais relativement robustes en conditions proches de la pratique quotidienne. Un essai contrôlé randomisé (ECR) publié en Norvège en 2008 visait à évaluer l'hypnose dans les syndromes douloureux généralisés chroniques chez 16 patients suivis en médecine générale (31). Il sera discuté en dernière partie.

Selon nos critères de recherche, nous avons également retenu onze revues et sept méta-analyses concernant l'évaluation des indications de l'hypnose pouvant être applicables en médecine générale.

Les études cherchant à valider l'hypnose médicale sont nombreuses et touchent quasiment tous les domaines. Pour autant, malgré les bienfaits potentiels suggérés par l'expérience, finalement peu d'indications sont formelles. Et celles-ci se font sous certaines réserves. Il s'agit principalement des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) (32–34) et de la prise en charge de la douleur (35–38), notamment au cours de procédures médicales(39). La prise en charge de bouffées de chaleurs semble prometteuse.(40). On s'étonne, au vu de la compréhension actuelle de ce phénomène, que la preuve ne soit pas faite à propos des troubles anxieux(41), psychosomatiques(42) ou encore addictologiques. Quoi qu'il en soit, même si elle n'est pas entièrement élucidée, la validation (neuro) phénoménologique n'est plus à faire (17). Il s'agit bien d'un processus particulier qui peut trouver sa place en thérapeutique. Mais aucune étude comparative ne s'est portée exclusivement sur cette question. On remarque cependant que les effets inattendus sont plutôt bénéfiques et dépassent les objectifs initiaux, notamment en termes d'hypnoanalgésie(37).

Un élément frappant ressort de notre revue de littérature : la faiblesse méthodologique commune à toutes les études, qu'elles soient méta analytiques ou des revues critiques (et donc dans les ECR). Le sérieux de ces études n'est pas en cause mais l'hypnose offre un sérieux challenge scientifique. En effet, on observe une hétérogénéité constante des méthodes d'intervention ou de mesures des résultats, le plus souvent subjectifs. Le manque d'aveugle fait cruellement défaut. L'attribution de l'effet spécifiquement à l'hypnose reste délicate, quand les échantillons ne sont pas trop petits pour permettre de mettre en évidence des effets, et le manque d'étude selon les indications est récurrent. Il manque aussi souvent de données concernant les protocoles d'intervention par hypnose, notamment concernant le contenu des séances. Il est donc difficile d'évaluer l'efficacité de certaines par rapport à d'autres. De même, l'inefficacité (ou l'absence d'efficacité) démontrée peut être liée à l'inadéquation entre la technique utilisée et l'indication pour laquelle on intervient. C'est souvent la qualité de la description des méthodes d'inclusion d'études des revues de littératures qui freine leur interprétation et généralisabilité, même si la fréquence d'effets positifs a tendance à créer une preuve de concept.

2. Discussion

La faible quantité du nombre d'étude concernant l'hypnose en médecine générale en tant que telle, malgré les applications apparemment compatibles provient probablement du fait que : premièrement, c'est une pratique relativement nouvelle en médecine conventionnelle; mais surtout, il s'agit d'un phénomène encore mal compris. Les études portent donc exclusivement sur sa compréhension physiologique et sur sa validation dans telle ou telle indication. Enfin, la médecine actuelle est une médecine dite « d'organes » opérant par spécialités, ce qui a permis des progrès techniques et d'efficacité fulgurants. Il en va donc de même pour la recherche en général.

L'ambivalence entre la complémentarité soins primaires/hypnose et les freins majoritairement organisationnels semble étroitement lié à l'absence de reconnaissance par les autorités de santé, qu'il s'agisse de la HAS, de la Sécurité Sociale, ou de l'ordre des médecins. Il en résulte le non remboursement de l'acte (qui n'en est pas forcément un) et la création de réseau quasi-illégal. En effet, certains praticiens ont déclarés avoir affiché leur pratique sur leurs plaques et ordonnances (24). Cette reconnaissance tant attendue par les praticiens et les patients qui y voient un bénéfice professionnel mais aussi personnel, est cependant dépendante de sa validation scientifique (26).

S'agissant d'une approche qui se veut globale et communicationnelle, on ne peut s'étonner du large champ d'applicabilité que défendent les « hypno praticiens », comme en témoigne l'étendue de la recherche scientifique. Le peu d'indication qui en ressort est certainement secondaire, pour partie, aux nombreuses faiblesses méthodologiques dont nous avons parlé. La pratique semble beaucoup plus vaste que ce qui est suggéré par les recommandations (peu nombreuses à l'heure actuelle). Cela est probablement et implicitement permis par l'innocuité de la méthode, voire la présence des effets positifs pas forcément recherchés. On notait le contraste entre les effets attendus communément admis (sevrage tabagique...) et l'absence de preuve au final. Sont-ce nos propres représentations qui sont en jeu ? Ceci étant, l'hétérogénéité des protocoles et leur absence de standardisation découle du fait que l'hypnose se veut être une pratique adaptée à chaque situation, patient dans son contexte et ses valeurs propres. Ceci est d'ailleurs une problématique commune à la recherche concernant toutes les thérapies non médicamenteuses. L'aveugle est très difficile à mettre en place mais on peut souligner les efforts que les chercheurs mettent en place pour en limiter les biais. Par exemple, la mise en place de plusieurs bras de contrôle avec des thérapies attentionnelles, en essayant de respecter un temps d'interaction avec le thérapeute égal entre les groupes. On signale par ailleurs que l'effet à long terme évoqué dans de nombreuses études est en faveur de l'effet qui cherche à être démontré.

Une autre perspective n'a à notre connaissance pas encore été essayée. Les auteurs s'appuient sur la faiblesse des études, intrinsèquement liée à la méthode évaluée (l'hypnose) pour expliquer l'absence d'effet. Mais aucune étude d'équivalence ou de non-infériorité n'aurait été faite pour la comparer à une méthode déjà validée. Etant donné la sécurité de la pratique de l'hypnose, de tels résultats pourraient être prometteurs pour généraliser son application clinique, générer des recommandations officielles et donc optimiser l'organisation de soins qui fait défaut. L'absence de cadre juridique évoquée par l'INSERM (7) pourrait ainsi être comblée.

F. Justification de l'étude

L'hypnose à visée thérapeutique est une approche millénaire. Mais c'est au XIX^{ème} que cette appellation apparaît réellement et qu'elle commence à être étudiée. Actuellement en plein développement, ce phénomène est validé en tant que processus spécifique. Encore mal compris, de nombreuses études cherchent à valider son utilité thérapeutique. Il correspond par ailleurs à un outil de communication avec le patient compatible avec les soins primaires. Dans le contexte actuel des coûts de santé publique, ce traitement non médicamenteux peut être pertinent. Nous nous sommes donc intéressés à son application ou applicabilité en médecine générale.

Notre première constatation est le peu de données concernant spécifiquement l'hypnose en médecine générale. Elles comportent essentiellement des données qualitatives (thèses d'exercice). Paradoxalement, les essais sur l'hypnose en général sont abondants.

On observe une véritable synergie entre les compétences de médecine générales et les capacités acquises par la pratique de l'hypnose. Médecins et patients semblent y trouver une certaine satisfaction, d'autant qu'aucun effet secondaire grave n'est référencé à ce jour. Les apports de l'hypnose vont même au-delà des objectifs fixés. Mais les contraintes organisationnelles ne sont pas inexistantes. Il s'agit surtout de freins financiers liés au manque de temps et à l'inadéquation avec le système de remboursement. Il existe donc une certaine variabilité des modes de pratique entre les différents praticiens.

Depuis mars 2018, l'Assurance maladie lance l'expérimentation d'un élargissement du remboursement à 100% des psychothérapies dans trois départements (Bouches-du Rhône, Haute-Garonne et Morbihan). Elle s'adresse aux patients de 18 à 60 ans présentant des troubles anxieux ou dépressifs modérés, à hauteur de 10 séances par an. Ces troubles représentent la majorité des troubles de santé mentale en France, dont 7,2 millions de personnes par an sont concernés selon la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Leur traitement de première intention recommandé par la HAS est la psychothérapie. Il en existe plusieurs sortes, dont l'hypnose, assimilée à une thérapie brève. Leurs contraintes financières sont d'ailleurs communes. Jusqu'alors, les remboursements sont limités aux prises en charge en Centre Médico-Psychologique (CMP), qui sont 3 800 sur le territoire, et ainsi débordés, faute de praticiens. La prise en charge de ces pathologies retombe donc nécessairement sur les médecins généralistes, qui, par manque de temps et/ou d'expertise, privilégient la prescription médicamenteuse (43). La question d'une éventuelle approche psychothérapeutique par hypnose, délivrée directement par un médecin généraliste (ou non) et potentiellement valorisée financièrement, semble alors d'actualité. Reste donc à considérer une telle pratique comme adaptée pour ce type de troubles.

Les difficultés méthodologiques liées à l'évaluation de cette pratique sont nombreuses. Il en résulte une grande hétérogénéité entre les diverses études, rendant leur comparabilité et la synthèse qualitative délicate. Finalement très peu d'indications en ressortent, à savoir la prise en charge des troubles fonctionnels intestinaux en traitement secondaire ou adjuvant, et celle de la douleur, surtout associée aux procédures médicales. L'applicabilité de cette dernière est malheureusement limitée en médecine générale, où il existe moins de procédures réellement douloureuses. Cela laisse toutefois supposer que cela peut-être utile pour assister les soins

inconfortables (sutures, pansements, vaccins...). « Qui peut le plus, peut le moins », mais l'enjeu de ces prises en charge n'est évidemment pas le même, où il n'est pas forcément utile de consommer un traitement médicamenteux, pour des gestes réalisés rapidement.

La standardisation de l'approche hypnotique est un contre-sens nécessaire à l'Evidence-Based Médecine. Cela renforce la preuve de son efficacité lorsqu'un effet est montré mais c'est plus souvent évoqué pour justifier son absence, qui ne suffit alors pas à détourner les médecins de cette pratique. On se demande alors si cette méthodologie d'uniformisation est appropriée. La pratique de l'hypnose en soins primaires révèle ainsi les difficultés rencontrées pour s'appuyer sur la rigueur scientifique nécessaire à une médecine éthique et responsable, considérant l'approche holistique dont fait preuve la pratique quotidienne au contact des patients. En cela, elle pose un challenge intellectuel pour bouleverser nos méthodes à la fois de recherche, et de pratique.

L'absence récurrente de preuve suffisante pour recommander l'hypnose en traitement usuel ou isolé, malgré la promesse d'une baisse du recours médicamenteux et d'une médecine à moindre coût, empêche-t-elle que l'hypnose soit appliquée en première intention ? L'enjeu est de taille en ce qui concerne les soins primaires. Doit-on attendre le dernier recours, une fois avoir épuisé toutes les possibilités habituelles et la patience des patients (au risque de les perdre de vue) ? Ou pourrait-on associer l'hypnose précocement, en soin qui relèverait alors presque de la prévention ?

Mais il est alors moins facile de déterminer quels patients pourraient en bénéficier. Nous avons vu que la suggestibilité semble prendre part importante à la réponse au traitement mais que les tests sont difficilement applicables, voire contre-productifs en situation aigüe(39). **Se pose donc la question de la recherche de facteurs prédictifs de réussite de l'hypnose** reproductibles à chercher chez les patients.

Nous avons donc réalisé cette étude descriptive rétrospective afin de décrire le type de population consultant en soins externes dans le cadre d'une thérapie par hypnose, pour quels motifs, et de montrer que cette approche peut se montrer efficace dans ces indications. Par ailleurs, nous cherchions à identifier quels facteurs pouvaient influencer positivement sur la réussite du traitement. Potentiellement, la connaissance de tels facteurs pourrait permettre aux praticiens de déterminer préalablement si l'utilisation de l'hypnose est adaptée au patient dans son contexte de soin.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Recueil de données

Le recueil de données a été initialement effectué par le Dr PERRIN, généraliste, au cours de ses consultations dédiées à un traitement par hypnose. Ces consultations ont lieu sur le centre hospitalier (CH) Fleyriat à Bourg en Bresse, où il exerce également en qualité médecin spécialisé dans les soins palliatifs (unité et équipe mobile). La consultation d'hypnose est ouverte depuis 2013 sur l'hôpital. Cela sous-entend que cette consultation n'entre pas strictement dans le cadre d'une consultation au sein d'un cabinet de médecine générale. Il ne s'agit donc pas de patients provenant de sa patientèle habituelle.

Les données ont été recueillies entre Octobre 2013 et Février 2017 et comprennent :

- La tranche d'âge
- Le sexe
- Le département d'origine
- Le prescripteur (adressé par ?)
- Les objectifs de consultation primaire et secondaire
- Le temps de la première séance (estimée et réel)
- Le nombre de séance avant décision de stopper le suivi
- L'utilisation de l'auto-hypnose
- Le nombre de séance avant cette utilisation
- La durée de prise en charge
- Les canaux sensoriels préférentiels
- Les résultats subjectifs sur les objectifs
- Les autres modifications recherchées
- La cause de décision d'un arrêt de prise en charge.

En ce qui concerne les données subjectives (avis du patient), elles ont été obtenues par questionnaire oral des patients par le praticien. L'ensemble de l'audit a été saisi par Valérie TISSOT (secrétaire des consultations hypnose) par le biais d'un questionnaire informatisé (logiciel BLUEMEDI), soit immédiatement au décours des consultations, soit dans un second temps après récupération sur les fiches de consultations tenues manuellement. Certaines données manquantes ou imprécises ont été vérifiées auprès des patients à posteriori par appel téléphonique. Aucune fiche patient dans laquelle les renseignements n'ont pas été fournis par le patient n'a été incluse, afin d'éviter l'interprétation subjective par le praticien.

Au total, 407 patients anonymes sont inclus dans le recueil de données.

L'ensemble a été retranscrit sous forme de tableau par Mme NALLET du service qualité du CH de Bourg en Bresse.

B. Analyse descriptive épidémiologique

Pour assurer la qualité de l'analyse statistique, ce travail a été confié à un groupe de quatre étudiants de l'IUT (Institut Universitaire de Technologie) de statistique et informatique décisionnelle de l'université Lyon 2, dans le cadre de leur projet de fin d'étude supervisé.

1. Objectifs

Les objectifs avaient été fixés par un cahier des charges (cf annexes), afin d'évaluer la pratique de l'hypnose en médecine générale :

Premièrement,

- Faire un « état des lieux » de la pratique de l'hypnose formelle en médecine générale. Il s'agit de réaliser une description épidémiologique de la population dans son parcours de soins
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population amenée à consulter pour cette thérapie complémentaire.
- Déterminer le contexte du parcours de soin : qui adresse le patient ?
- Exposer les principales indications, motifs de prise en charge
- Caractériser les modalités de pratique : durées de prise en charge, nombre de séances

Deuxièmement,

- Evaluer les résultats de la prise en charge, reflétés par la satisfaction exprimée par les patients, ainsi que par des critères indirects (durée de prise en charge nombre de séances...). Analyser la reproductibilité des résultats entre les différents critères (directs et indirects) en les comparants.

Enfin,

- Tenter d'identifier des catégories de population chez qui cette prise en charge serait plus efficace. En d'autres termes, identifier d'éventuels facteurs prédictifs de réussite de cette pratique. Il s'agit d'établir des liens statistiques de corrélation avec +/- le calcul de la force des associations retrouvés, avec significativité statistique.

Un premier entretien a eu lieu avec le groupe d'étudiants, en présence de leur enseignant attitré pour le projet. Il avait pour but de discuter et de préciser les objectifs attendus, ainsi que d'explicitier les termes des données recueillies. Le projet a été réalisé en autonomie par les étudiants, avec une évaluation à mi-parcours par leur enseignant, afin de les aider à résoudre d'éventuelles difficultés méthodologiques et de recadrer le travail par rapport aux objectifs prédéfinis. Une soutenance orale du mémoire a été faite préalablement au rendu du rapport final.

2. Description des données recueillies

Un premier travail a consisté en un retraitement des données brutes pour en permettre l'analyse :

a) Informations sur le patient

Le recueil de données original comportait 4 variables :

- Âge: Variable quantitative, en années, regroupée en 4 classes (inférieur à 10 ans, 11-18 ans, 19-60 ans et 61-100 ans)
- Sexe: Variable qualitative à 2 modalités (homme et femme)
- Département d'origine: variable qualitative à 5 modalités (01, 69, 39, 71, Autres)
- L'adressage: la personne par qui le patient a été adressé au médecin, variable qualitative à 17 modalités. Cette variable a été recodée, pour simplifier les analyses, comme suit :

Modalités du jeu de données original (17)	Modalités regroupées (5)
Algologue	Médecin spécialiste
Anesthésiste	
Chirurgien	
Gastro-entérologue	
Interniste	
Neurologue	
ORL	
Pédiatre	
Pharmacien(ne)	
Psychiatre	
Psychologue	
Diététicienne	Paramédical
Orthophoniste	
Autres	Autres
Médecin traitant généraliste	Médecin traitant généraliste
Non adressé	Non adressé

b) Informations sur le déroulement du traitement

Neuf variables décrivent le déroulement du traitement. L'hypnose induit un état de transe dans lequel la perception temporelle est altérée : la différence entre temps réel et temps estimé peut en être un indicateur. Au cours du traitement, le patient est formé à utiliser l'hypnose en autonomie (auto-hypnose). Comme dans tout suivi médical, sont indiquées la durée du traitement et la cause d'arrêt.

- La durée réelle de la première séance : variable quantitative, en minutes
- La durée estimée par le patient de la première séance : variable quantitative, en minutes
- La distorsion de temps : différence entre ces les durées réelle et estimée, variable quantitative, en minutes
- La pratique de l'auto-hypnose: réponse du patient quant à l'utilisation de l'autohypnose en autonomie, variable qualitative à 5 modalités (oui, non, ne sait pas, échec de l'auto-hypnose, donnée manquante)
 - o Si oui, le nombre de séances avant réussite de l'auto-hypnose, variable quantitative (unité)

Remarque : La non-réussite du patient à pratiquer l'auto-hypnose avec succès est à différencier de l'échec de l'auto-hypnose. Dans le premier cas, le patient ne parvient pas à utiliser l'auto-hypnose. Dans le second, il y parvient mais sans succès, c'est-à-dire sans qu'il n'y trouve de bénéfice par rapport aux séances d'hypnose pratiquées en consultation

- La durée du traitement : variable quantitative, en nombre de mois
- Le nombre de séances avant la décision d'arrêt du traitement : variable quantitative, en nombre de séances
- La cause d'arrêt du traitement : variable qualitative à 10 modalités (adressé à un autre médecin, arrêt pour motif économique, décision de débiter un travail de psychothérapie, échec de l'outil, non indication de l'outil, objectif atteint selon le patient, pas de nouvelles après plus de 4 mois, patient qui ne venait pas de son plein gré,).

c) Informations sur les objectifs et résultats du traitement

Les objectifs primaires et secondaires de la thérapie sont définis conjointement par le praticien et le patient en fonction de ses besoins et de ses troubles, lors d'une première consultation préalable aux séances d'hypnose à proprement parler. Cette première consultation permet donc une sélection des patients selon l'indication.

Les termes primaires et secondaires ne sont pas définis hiérarchiquement. L'objectif primaire est celui exprimé initialement par le patient. C'est le motif de consultation lié à l'agenda du patient. Le secondaire correspond à un potentiel objectif sous-jacent, non-dit par le patient, voire non conscient. C'est le résultat de consultation retrouvé secondairement par le médecin, lié à l'agenda caché du patient.

Nous les appellerons **motif ou agenda exprimé** par le patient (objectif primaire) et **motif ou agenda caché** (objectif secondaire).

Le résultat du traitement est basé sur une évaluation subjective du patient, sans protocole ni échelle standardisés préétablis.

- Motif exprimé du traitement : variable qualitative à 20 modalités :

Modalités du recueil original	Modalités regroupées
Acouphènes	Troubles fonctionnels
Enurésie	
Migraine	
Performance sportive	
Préparation aux gestes douloureux	
Syndrome des jambes sans repos	
Douleur chronique	Douleur
Douleur neuropathique	
Dermatologie	
Fibromyalgie	
Addiction	Trouble psycho-psychiatrique
Phobie	
TOC/TIC	
Trouble de l'érection	
Trouble de la confiance en soi	
Trouble du comportement	
Trouble du comportement alimentaire	
Trouble du moral	
trouble de l'humeur	

- Le motif caché : variable à neuf modalités, regroupées ainsi :

Modalités du jeu de données original (9)	Modalités regroupées (4)
Migraine	Troubles fonctionnels
Douleur	Douleurs
Trouble de l'érection	Troubles psycho-psychiatriques
Trouble de la confiance en soi	
Trouble du comportement alimentaire	
Trouble du moral	
Trouble du sommeil	
Non applicable	NA

- Résultats du traitement sur le motif exprimé : variable qualitative ordinale à 5 niveaux (très mauvais, mauvais, bon, très bon, non applicable)
- Résultats du traitement sur le motif caché : variable qualitative ordinale à 5 niveaux (très mauvais, mauvais, bon, très bon, non applicable)
- Autres modifications ressenties mais non recherchées au début du traitement: variable qualitative

3. Données manquantes : redressement du recueil de données

Le recueil de données original fourni n'était pas complet : un nombre important d'individus avaient des variables non renseignées. En effet, sur les 407 patients, seuls 146 avaient les 20 variables entièrement renseignées. Or, pour identifier rigoureusement les potentiels facteurs prédictifs de la réussite du traitement, les méthodes statistiques mises en œuvre (l'arbre de décision et la régression logistique) exigent que les données soient complètes.

Quatre méthodes ont été utilisées pour reconstituer un recueil sans données manquantes. Chaque ensemble de donnée ainsi obtenu présente des avantages et des inconvénients en fonction des méthodes statistiques utilisés (détaillés en annexes). Pour chaque variable de chaque ensemble de données ainsi constitués, des indicateurs statistiques de tendance centrale (moyenne, mode) et de dispersion (écart type, nombre de classes) ont été calculés. Ils ont ensuite été comparés afin de sélectionner l'ensemble de données le plus proche du recueil original. Le tableau complet de comparaison des indicateurs statistique est donné en annexe.

On obtient ainsi une estimation du recueil de donnée complet permettant des analyses plus poussées.

Les 4 méthodes sont les suivantes :

Par sélection des données présentes/suppression des données manquantes.

- **Ensemble de données A** : sélection des patients pour lesquelles l'information est complète (146 individus).
- **Ensemble de données B** : sélection des patients pour lesquels presque toutes les données sont présentes (au moins trois quarts de données complètes ; 203 individus).

Par redressement : pondération des données.

- **Ensemble de données C** : remplacement des valeurs manquantes par les valeurs les plus représentées dans le recueil de donnée original pour la variable en question. L'ensemble ainsi obtenu par comporte 390 individus. Obtenue par échantillonnage
- **Ensemble de données D** : Remplacement des valeurs manquantes à partir des individus ayant un maximum de modalité ou de valeurs en commun avec l'individu pour lequel il nous manque des informations (390 individus) : méthode des K plus proches voisins ;

4. Comparaison des ensembles de données :

Méthode: pour chaque variable de chaque jeu de données, des indicateurs statistiques de tendance centrale (moyenne, mode) et de dispersion (écart-type, nb de classes) ont été calculés afin de comparer au jeu de données original les jeux de données complets générés par sélection des individus ou par redressement des données.

Le tableau comparatif est présenté en annexe.

5. Choix de l'ensemble de données pour analyse

L'ensemble de données C (390 individus et 21 variables) a l'intérêt d'inclure la quasi-totalité des individus, la totalité des variables d'intérêts et de ne pas induire un trop fort biais lors du redressement des valeurs manquantes. En effet, le jeu de données construit sur le redressement utilisant la méthode des K plus proches voisins, qui inclut également la totalité des individus et des variables, peut induire un biais plus important du fait qu'elle cherche à rassembler les individus similaires entre eux : cela peut renforcer la corrélation entre les variables. Comparativement aux ensembles de données A et B, l'analyse permet d'obtenir une meilleure puissance statistique puisque la quasi-totalité des patients sont inclus.

Toutes les analyses réalisées ci-après seront donc réalisées avec l'ensemble de données C (redressement par l'échantillonnage de la distribution des modalités ou des valeurs des variables).

6. Construction de deux modèles prédictifs

a) Arbre décisionnel :

Il permet d'extraire des informations du jeu de données en mettant en avant les liens statistiques entre certaines variables ou modalités de variables. Cette méthode d'exploration des données (Data Mining) est très utilisée car elle permet une interprétation relativement simple grâce à une visualisation graphique des résultats. Les possibilités offertes par cette méthode permettent notamment l'analyse et la prédiction de variable dites « de résultats ».

L'algorithme utilisé pour calculer les variables permettant le partage des individus (critère qui recherche à homogénéiser au mieux chaque nouveau sous-ensemble) est le coefficient de GINI.

Note : Le coefficient de GINI permet de calculer la dispersion d'une distribution au sein d'un échantillon de population, variant entre 0 et 1 (0 correspond à une égalité parfaite ; 1 correspond à l'inégalité).

La variable de résultat sur le motif exprimé a été recodé en une variable à deux modalités :

- « y » (yes) regroupe les résultats bon et très bon.
- « n » (no) regroupe les autres résultats (mauvais ou très mauvais).

Les variables sélectionnées pour créer notre arbre sont les suivantes :

- Age du consultant

- Sexe du consultant
- Adressage Recodé
- Motif exprimé Recodé
- Motif caché Recodé
- Temps réel de la 1ère séance
- Temps estimé de la 1ère séance
- Nombre de séance avant décision de stopper le suivi
- Le patient déclare-t-il utiliser l'auto hypnose en autonomie avec succès
- Si oui, nombre de séance avant que le patient déclare utiliser l'auto hypnose en autonomie avec succès
- Durée
- Canal sensoriel préférentiel n°1 du patient
- Canal sensoriel préférentiel n°2 du patient
- Autre modification ressentie non recherchée à la base de la prise en charge recodé.

Nous avons supprimé du modèle les variables « départements », et « cause de l'arrêt de prise en charge ». En effet la variable de « département » était statistiquement déterminante de la réussite car le seul individu ne venant pas de l'Ain avait un résultat négatif (« n »), donc la modalité du département « Autres » était 100% corrélée avec le résultat.

La variable de « cause d'arrêt » n'est pas intéressante à analyser car elle a été renseignée par le praticien en fonction de la variable résultat sur le motif exprimé, qui est ici notre variable à expliquer. Un lien fonction ressortirait alors irrémédiablement et surestimé dans notre analyse.

Avantages

Comparativement à d'autres méthodes d'exploration données, les arbres de décision présentent plusieurs avantages :

- La simplicité de compréhension et d'interprétation.
- Peu de préparation des données (pas de normalisation, ou de variable muette).
- Le modèle peut gérer à la fois des valeurs numériques et des catégories.
- Il est possible de valider un modèle à l'aide de tests statistiques, et ainsi de rendre compte de la fiabilité du modèle.
- Performant sur de grands jeux de données : la méthode est relativement économique en termes de ressources de calcul.

Inconvénients

En revanche, elle présente certains inconvénients :

- Grand nombre d'individu nécessaire
- Les algorithmes d'apprentissage par arbre de décision ne garantissent pas d'obtenir une situation optimale sur l'ensemble des données.
- L'apprentissage par arbre de décision peut amener des arbres de décision très complexes, qui généralisent mal l'ensemble d'apprentissage. Il s'agit du problème de sur-apprentissage : le modèle décrit trop précisément le jeu de données et n'est plus capable de faire des prédictions correctes sur de nouvelles données. Pour éviter ce sur-apprentissage l'arbre est élagué (conservation de la partie de l'arbre la plus proche du nœud originel). La taille de la partie à conserver peut être calculée en fonction d'un indice permettant un élagage optimal.

Lorsque les données incluent des attributs ayant plusieurs niveaux, le gain d'information dans l'arbre est biaisé en faveur de ces attributs.

b) Modèle logistique

La régression logistique est un modèle statistique qui permet de modéliser l'effet d'une ou plusieurs variables (dites variables prédictives) sur une variable aléatoire binomiale (dit variable à prédire, ici cela correspond à la réponse au traitement sur les objectifs primaire ou secondaire). Cette méthode permet de déterminer les variables ayant un effet statistiquement significatif sur la réussite du traitement, ainsi que le poids relatif de chacune des variables sur l'effet total.

Nous avons également réalisé deux analyses pour identifier des facteurs prédictifs potentiels de la réussite :

- **modèle M1** : pour le motif exprimé
- **modèle M2** : pour le motif ou agenda caché

Les deux modèles de régressions logistiques alors construits l'ont été à partir de la fonction glm du logiciel R.

La formule suivante a été utilisée : $\text{variable.à.prédire} \sim \text{variable.predictive.1} + \text{variable.prédictive.2} + \dots + \text{variable.prédictive.n}$, où les $\text{variable.prédictive.n}$ correspondent aux variables suivantes :

- Age du consultant
- Sexe du consultant
- Adressage Recodé
- Motif exprimé Recodé
- Motif caché Recodé
- Temps réel de la 1ère séance
- Temps estimé de la 1ère séance

- Nombre de séance avant décision de stopper le suivi
- Le patient déclare-t-il utiliser l'auto hypnose en autonomie avec succès
- Si oui, nombre de séance avant que le patient déclare utiliser l'auto hypnose en autonomie avec succès
- Durée
- Canal sensoriel préférentiel n°1 du patient
- Canal sensoriel préférentiel n°2 du patient
- Autre modification ressentie non recherchée à la base de la prise en charge recodé
- Résultats de l'objectif 1/2 (celle qui n'est pas notre variable à prédire)

III. RESULTATS

A. Description épidémiologique

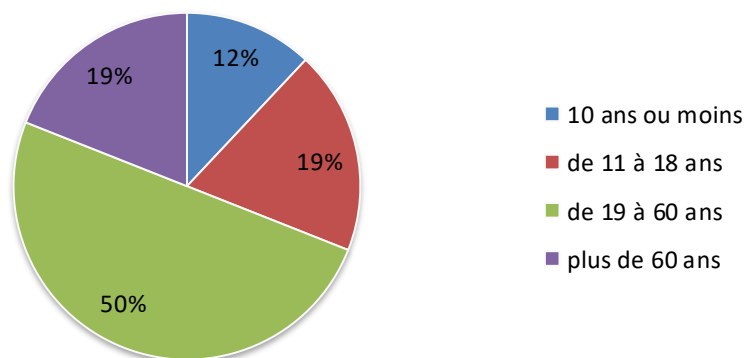
Les statistiques descriptives ont tout d'abord été réalisées sur la totalité du recueil de données.

1. Population traitée :

a) Age du patient

En ce qui concerne l'âge des patients, environ 30% des individus sont mineurs. Parmi les 70% d'individus majeurs, 27% d'entre eux ont plus de 60 ans.

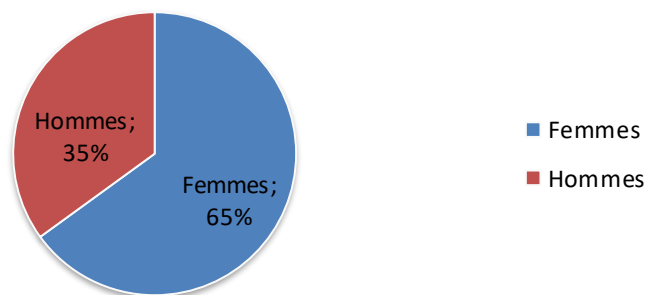
Distribution des âges



b) Sexe du patient

La majorité de la population est féminine. En effet, sur 407 individus, 265 sont des femmes, contre 141 hommes ; soit un ratio femme/homme de 1.88:1 (1 individu non renseigné).

Répartition des sexes dans l'échantillon



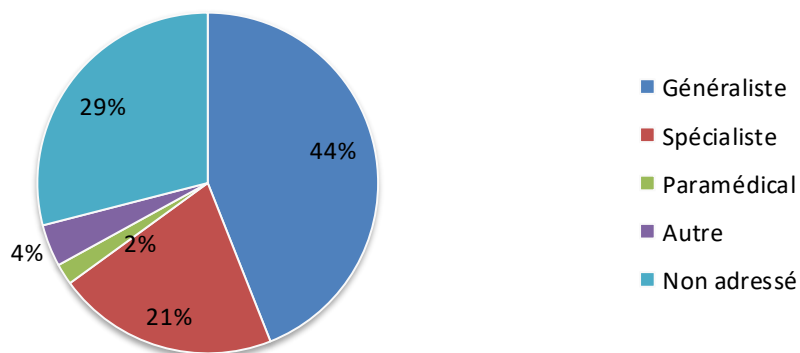
c) Département d'origine du consultant

La presque totalité (environ 90%) des patients vient de l'Ain, ce qui est logique pour une consultation se déroulant à l'hôpital de Bourg-en-Bresse. Les 10% restants se partagent entre les départements limitrophes du Rhône, du Jura et de la Saône et Loire. Le bassin de recrutement des patients est donc majoritairement local (7 individus non renseignés).

d) Adressage du patient

Deux tiers des patients sont adressés par un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Le tiers restant est généralement non adressé (le patient vient de son propre gré) ou adressé par des professions paramédicales ou autres (7 individu non renseigné).

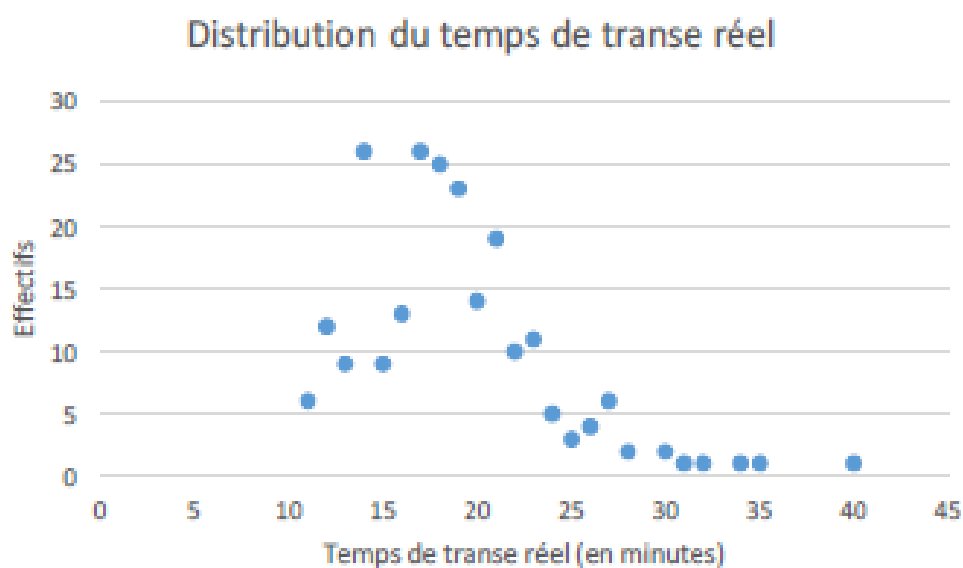
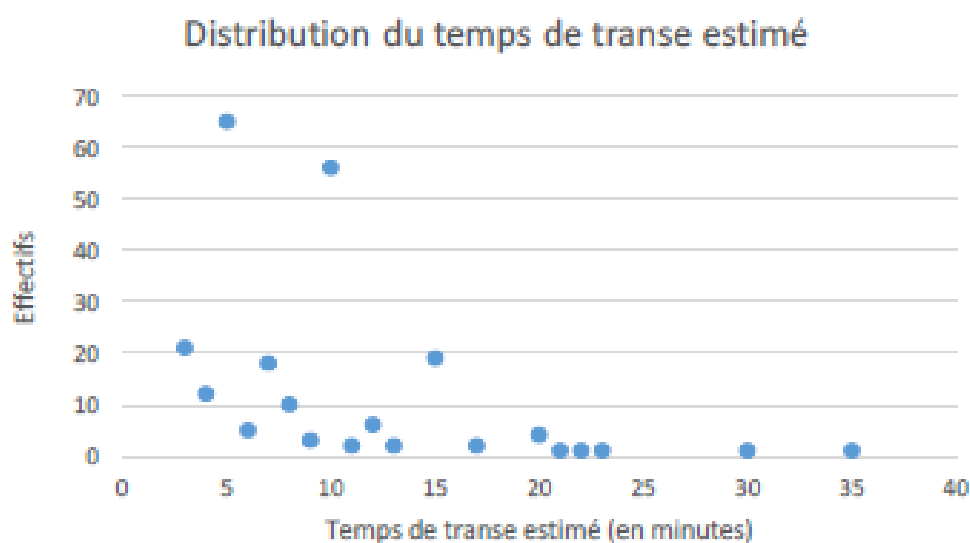
Adressage des patients



2. Déroulement du traitement

a) Temps réel de la première séance

L'hypnose peut entraîner une perte de notion temporelle. Ainsi, il a été demandé lors de la première séance d'hypnose à chaque patient d'estimer la durée de la séance et de le comparer au temps réel de la séance mesuré par le médecin.



On observe bien un décalage entre les deux distributions.

Durée (minutes)	Estimée	Réelle
Moyenne	7,8	17,9
Médiane	7	18
Variance	24,7	23,3
Etendue	31	34

Cela se traduit par une différence de moyenne entre les deux distributions de 10.1

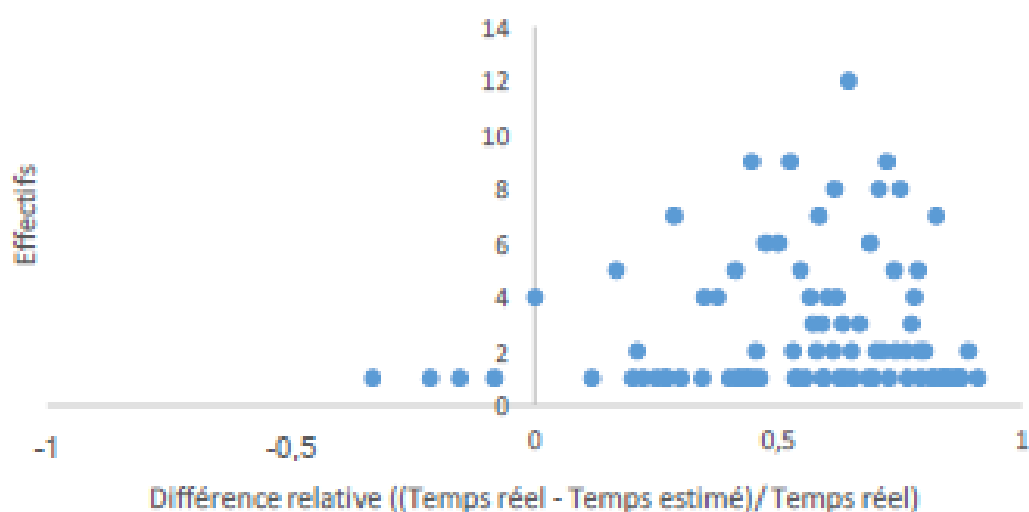
Note :

- La variance représente la dispersion des valeurs par rapport à la moyenne.
- L'étendue est la différence entre les valeurs extrêmes.

Pour les analyses qui suivront, une différence relative entre le temps estimé et le temps réel est calculée :

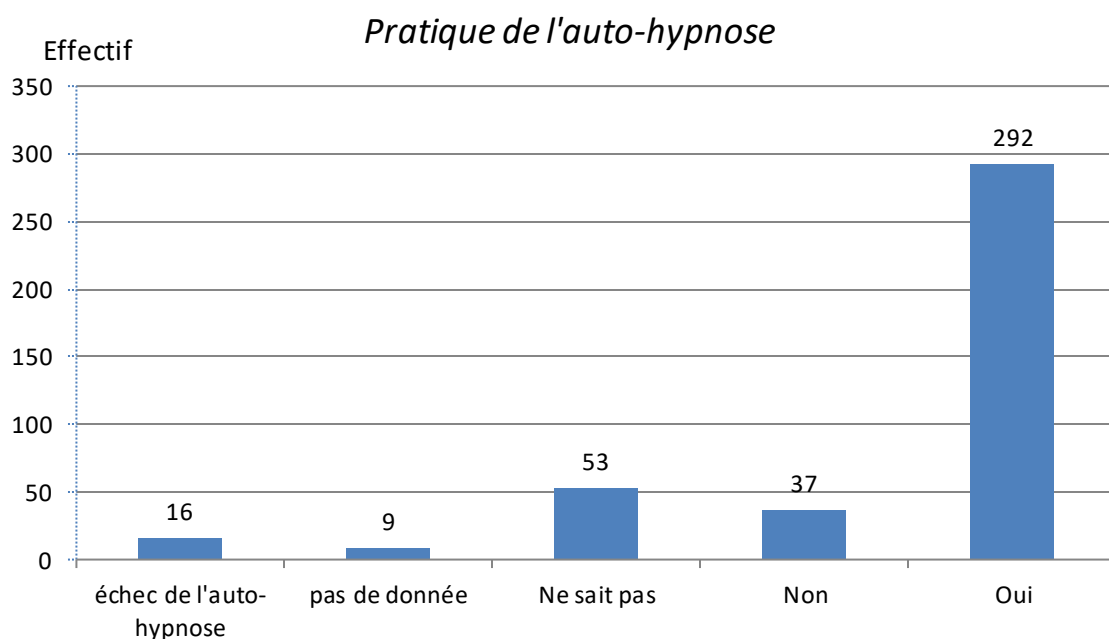
$$\text{Ratio} = \frac{\text{Temps réel} - \text{Temps estimé}}{\text{Temps réel}}$$

Il représente le biais temporel généré par unité de temps. En voici la distribution :



96% de ces différences sont supérieures à 0 ; autrement dit, dans 96% des cas, les patients ont sous-estimé le temps de la séance.

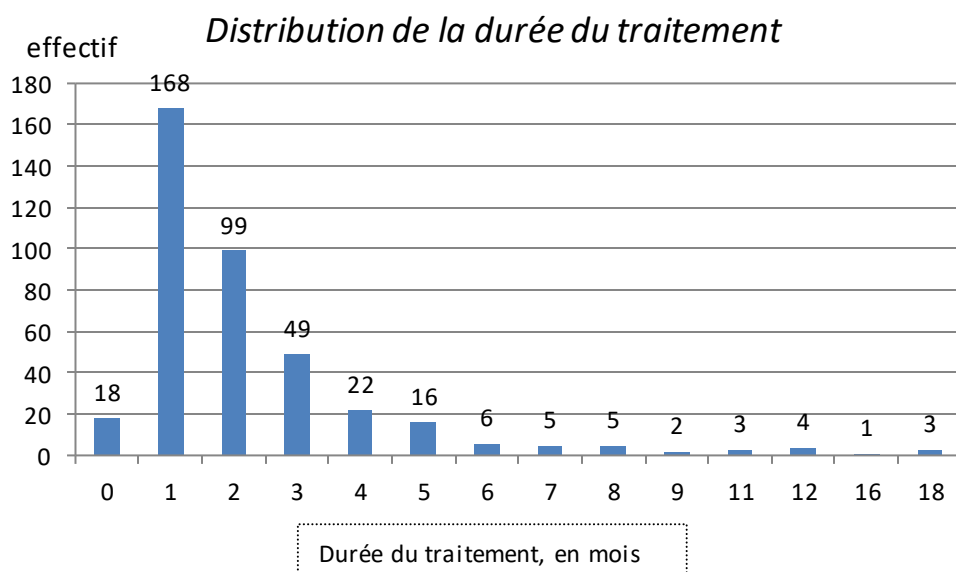
b) Réussite du patient (selon lui) quant à la réalisation de l'auto-hypnose



292 patients déclarent savoir utiliser l'auto-hypnose. Cela correspond à 71,74% des patients. Seuls 16 patients n'ont pas réussi à pratiquer l'auto-hypnose (9 individus non renseignés). Pour rappel, il est important de faire la distinction entre échec de la pratique et non réussite.

c) Durée de prise en charge (en mois)

La fréquence des séances n'est pas précisée dans le questionnaire.



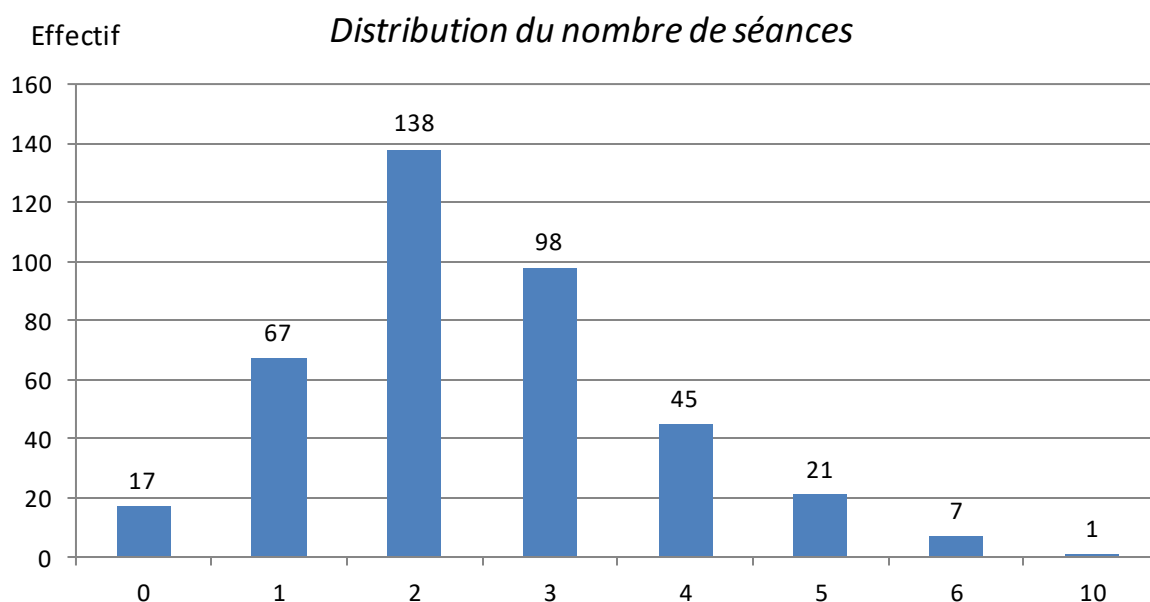
Caractéristiques de la distribution :

Min.	1st Quart.	Médiane	Moyenne	3rd Quart.	Max.	NA
0.000	1.000	2.000	2,435	3.000	18.000	5

25 % des traitements ont duré une séance ou moins, 50 % des traitements ont duré 2 séances ou moins et seules 25 % des séances ont duré plus de 3 séances.

Non applicable (NA) : concerne les patients pour qui l'échelle de satisfaction n'était pas applicable, à savoir : perdus de vue, outil thérapeutique non indiqué, patients ne venant pas de leur plein gré/non volontaires, arrêt pour souci économique ou pour débiter une psychothérapie ou adressés à un autre médecin.

d) Nombre de séances avant décision d'arrêt du suivi



Le nombre de séance varie entre 0 et 10 séances. La classe modale (la plus représentée) est 2 séances. Le nombre moyen de séances est 3 (12 individus non renseignés).

e) Premier canal sensoriel préférentiel

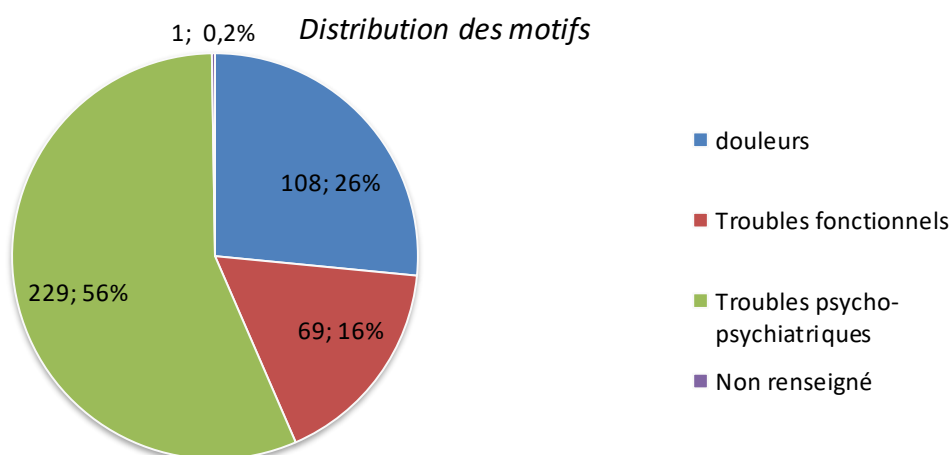
Les deux canaux sensoriels préférentiels les plus représentés sont les canaux kinesthésiques, et le canal auditif. (131 individus non renseignés).

Remarque : On observe beaucoup de données manquantes pour cette variable. Cela aura une incidence sur la confiance accordée aux résultats dans le cas du constat d'une corrélation entre canal préférentiel et résultat.

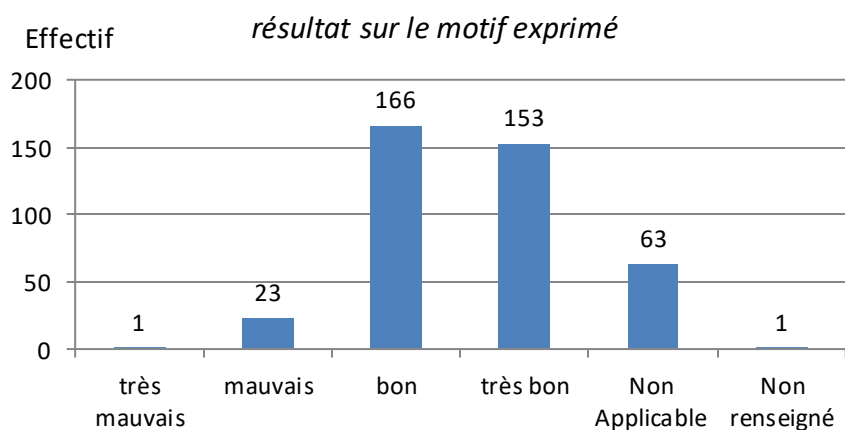
3. Résultats du traitement

Les résultats du traitement seront étudiés au travers des motifs exprimés et cachés, et selon la présence d'autres modifications ressenties non recherchées initialement.

a) Sur le motif exprimé

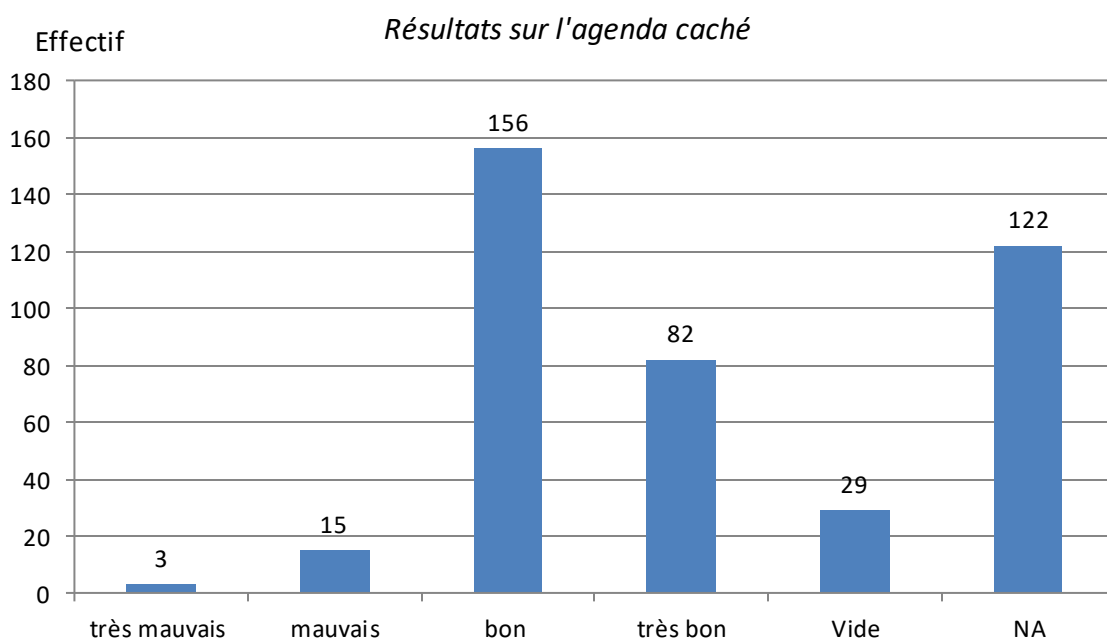
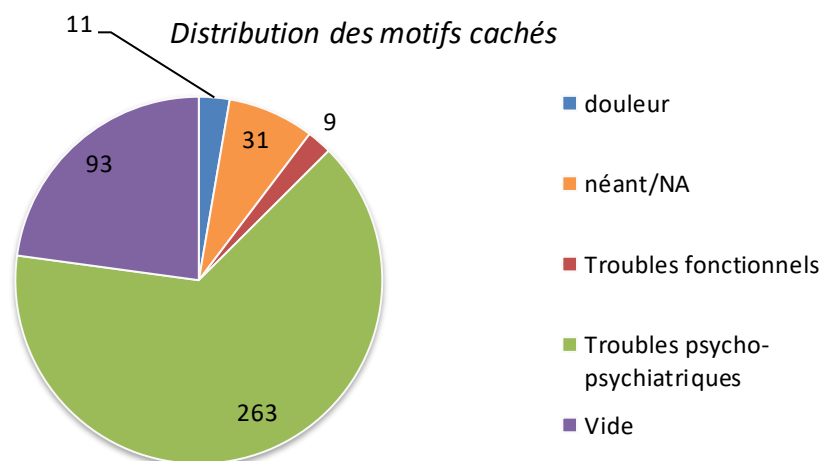


78% des traitements par hypnose ont eu au moins un « bon » résultat :



Plus précisément, le motif exprimé le plus présent correspond aux troubles psycho-psychiatriques (56% des patients), et celui qui obtient les meilleurs résultats, aux troubles fonctionnels avec 83% des résultats jugés « au moins bons ». Le motif qui obtient les moins bons résultats selon le médecin sont les troubles psycho-psychiatriques avec 76% des résultats jugés « au moins bons ».

b) Sur l'agenda caché

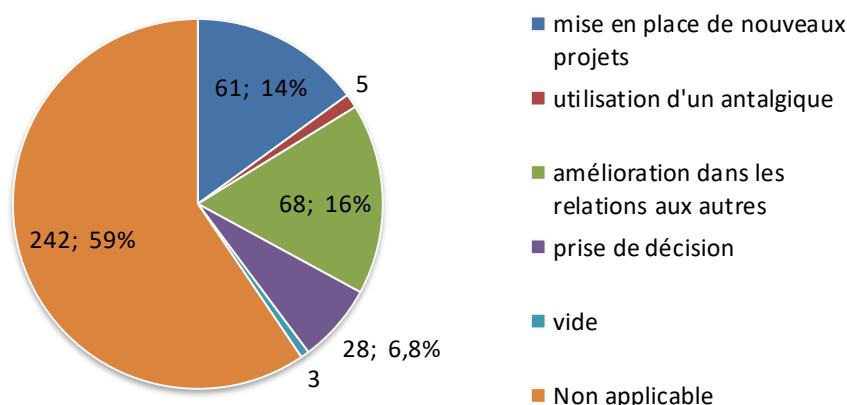


Parmi les résultats dont le motif caché a été défini comme troubles psycho-psychiatriques, environ 83% sont jugés « au moins bons ».

c) Autres modifications ressenties

Les modifications les plus présentes après traitement sont l'amélioration dans les relations avec autrui et la mise en place de nouveaux projets.

Autres modifications ressenties



B. Etude de liens entre résultats du traitement et les variables d'intérêt

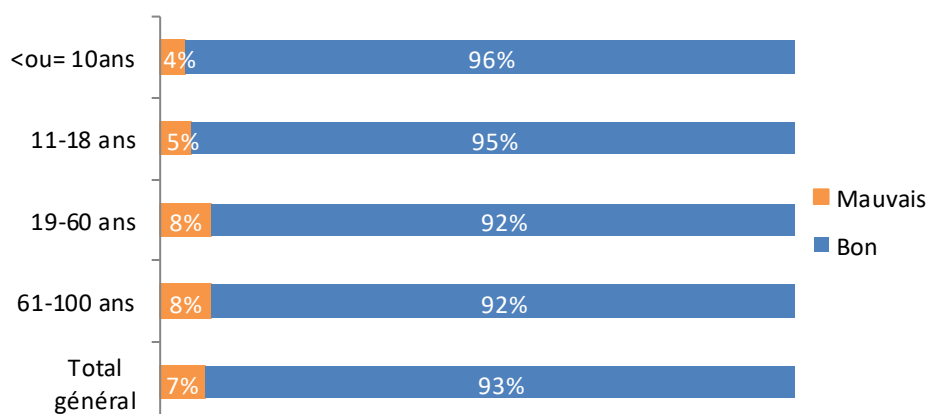
Ces liens statistiques sont exprimés seulement pour les patients pour qui l'échelle de satisfaction était applicable. Les autres (perdus de vue, outil thérapeutique non indiqué, patients ne venant pas de leur plein gré/non volontaires, arrêt pour souci économique ou pour débiter une psychothérapie ou adressés à un autre médecin) ne sont pas pris en compte dans ces analyses.

1. Sur le motif exprimé

a) En fonction de l'âge

La différence de réussite du traitement en fonction de l'âge n'est pas significative. Les patients mineurs ont tendance à mieux réagir que les patients majeurs au traitement de l'hypnose, mais on ne peut conclure :

- 95,5% de réussite pour les mineurs ; 92% pour les majeurs ($p = 0,56$)



b) En fonction du sexe

Le sexe n'a aucune influence sur le résultat thérapeutique à propos du motif exprimé: les taux de réussite pour les hommes et pour les femmes sont très proches (93,28 vs 93,17). Ce résultat n'est pas significatif statistiquement: $p=0,9$

	Bon	Mauvais
Femme	93,17%	6,83%
Homme	93,28%	6,72%
Total	93,21%	6,79%

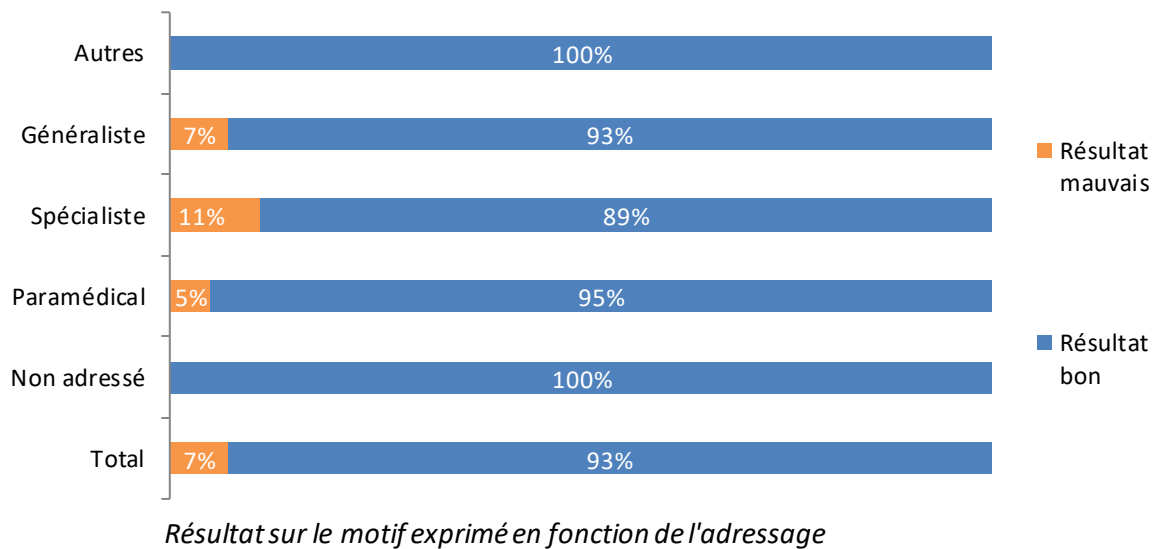
c) En fonction du motif exprimé

On observe une tendance à un meilleur traitement des troubles psycho-psychiatriques que des douleurs ou des troubles fonctionnels, mais sans écart significatif ($p=0,71$)

	Bon	Mauvais
Douleurs	91%	9%
Troubles fonctionnels	93%	7%
Troubles psycho-psychiatriques	94%	6%
Total général	93%	7%

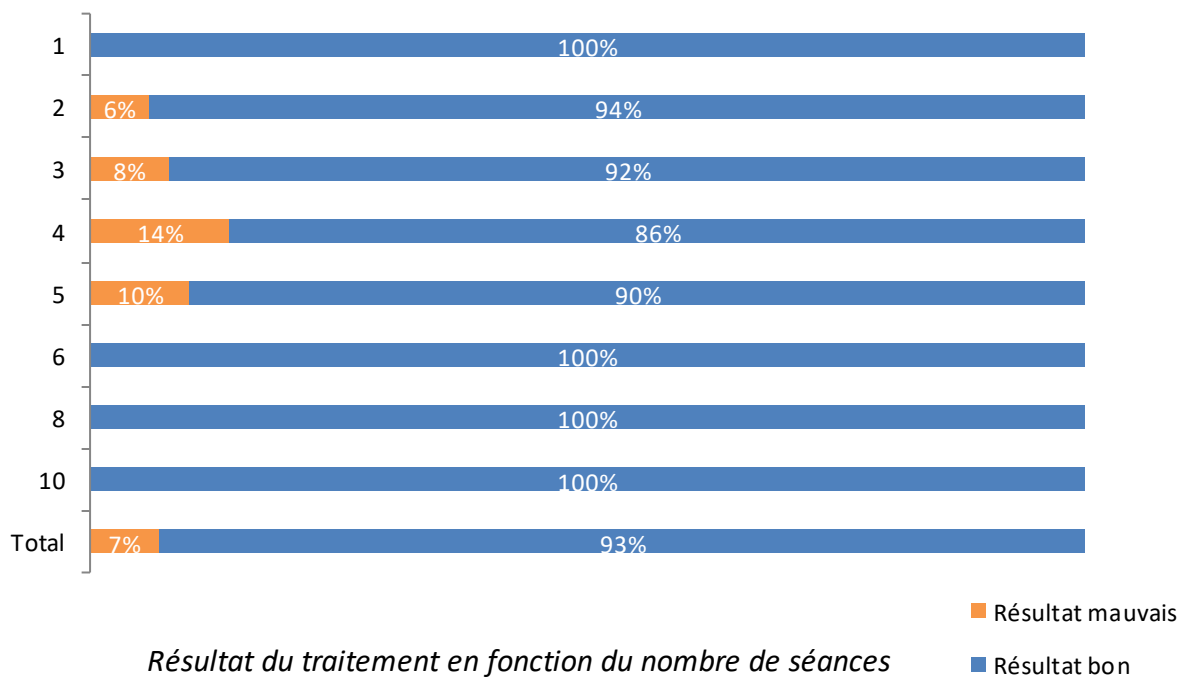
d) En fonction de l'adressage

Les personnes non adressées, c'est à dire venant de leur propre initiative, ont un bon résultat 100% du temps. Les personnes adressées par un médecin généraliste, ou par un professionnel du paramédical ont des résultats qui se rapprochent du résultat total. Ce sont les patients adressés par les médecins spécialistes qui connaissent les moins bons résultats (11% de mauvais résultats). $p=0,0004$



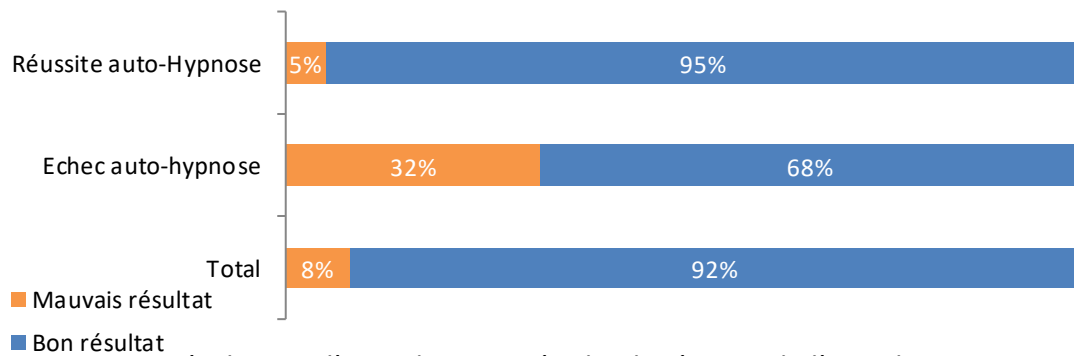
e) En fonction du déroulement du traitement

Les patients ayant soit effectué beaucoup de séances (> 5), soit très peu de séances (1 ou 2) ont de très bons résultats (entre 94 et 100% de réussite). Au contraire, ce sont les personnes ayant effectué entre 3 et 5 séances qui ont les moins bons résultats (entre 86 et 92% de réussite). Cela peut correspondre à des personnes qui ont essayé d'insister sur le traitement par hypnose mais qui sont moins suggestibles.



f) Selon la réussite de l'auto-hypnose

La variable ayant la plus forte influence sur le résultat sur l'objectif primaire est l'auto-hypnose. En effet, comme on peut le voir ci-dessous, les patients ayant connu une réussite quant à l'auto-hypnose ont connu un résultat positif sur le motif exprimé dans 95% des cas. Au contraire, les patients pour lesquels l'auto-hypnose a été un échec ont connu un résultat positif dans seulement 68% des cas. $p=2,19 \times 10^{-6}$ et IC95% [63,1%;72,9%]

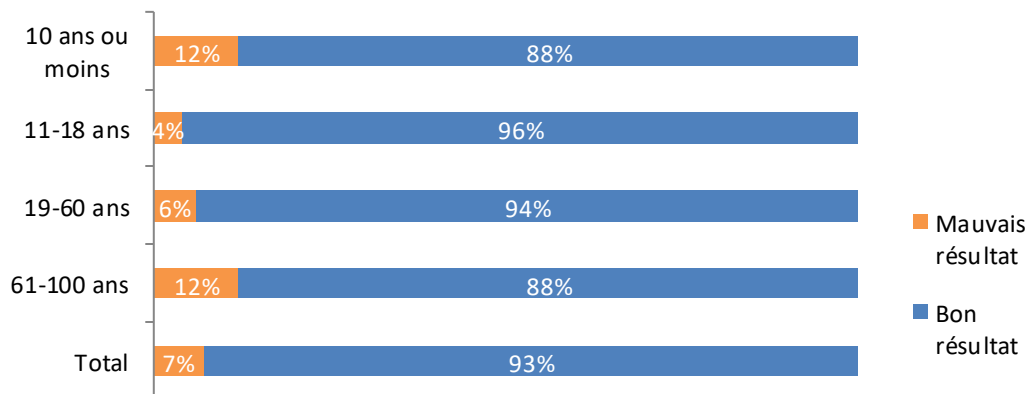


Résultat sur l'agenda exprimé selon la réussite de l'auto-hypnose

2. Sur le motif caché

a) En fonction de l'âge

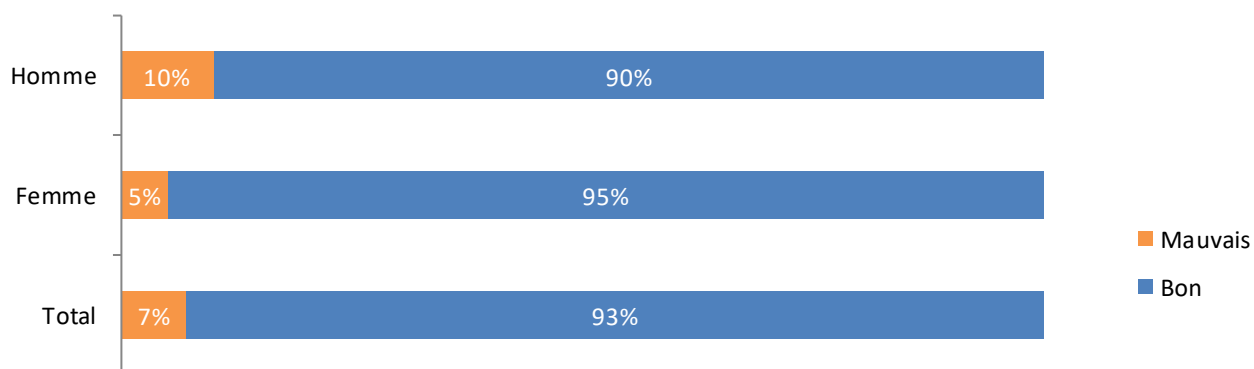
En ce qui concerne l'âge, les résultats sur l'agenda caché sont différents que ceux sur le motif exprimé. En effet, nous pouvions voir une tendance à la démarcation mineur/majeur. Ici, les résultats les plus probants sont pour les personnes ayant entre 11 et 60 ans (entre 94 et 96% de réussite) contre un résultat positif de 88% pour les personnes se trouvant dans les tranches d'âge extrêmes. Cependant, encore une fois ces différences ne sont pas statistiquement significatives : $p=0,087$.



Résultat du traitement sur l'agenda caché en fonction de l'âge

b) En fonction du sexe

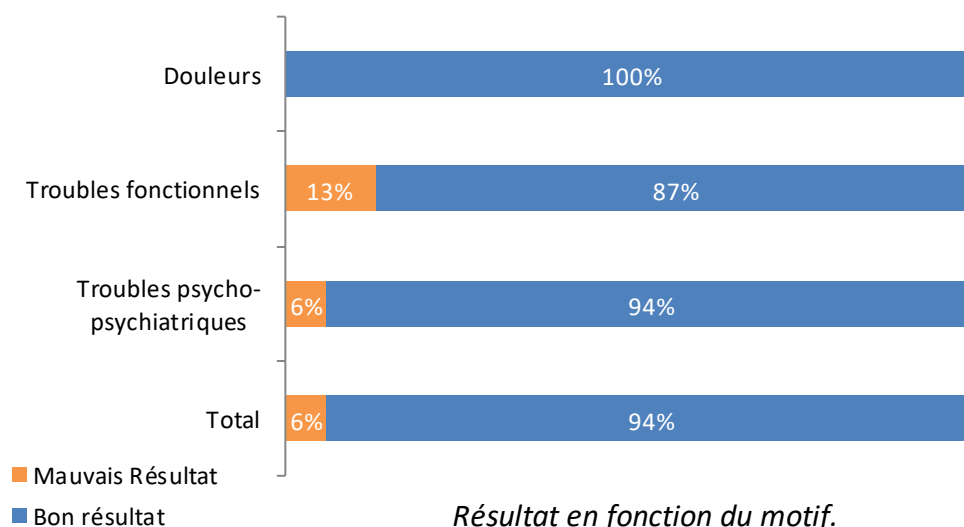
Même constat pour le sexe : on ne peut conclure à une influence du genre sur la satisfaction du traitement : $p=0,28$.



Résultat sur le motif caché selon le sexe

c) En fonction de l'objectif secondaire

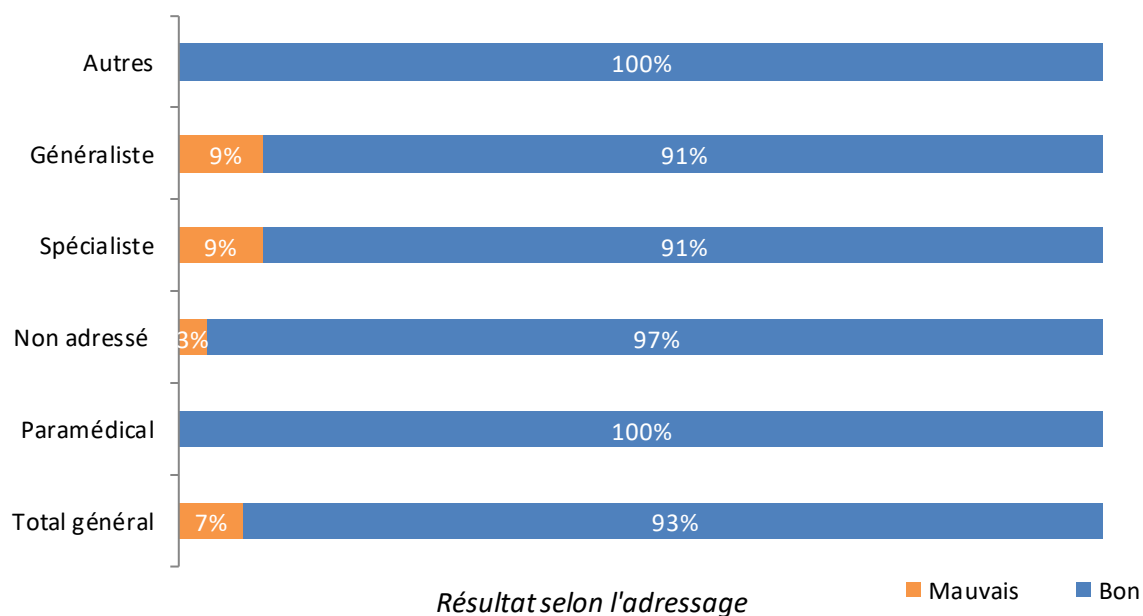
Lorsque le motif caché correspond au soulagement de douleurs, un résultat positif advient dans 100% des cas, contre 88% pour les troubles fonctionnels (IC95% [84,6% ; 91%]) et 94% pour les troubles psychopathologiques IC95% [91,5% ; 96,5%]. $p=0,00079$.



Résultat en fonction du motif.

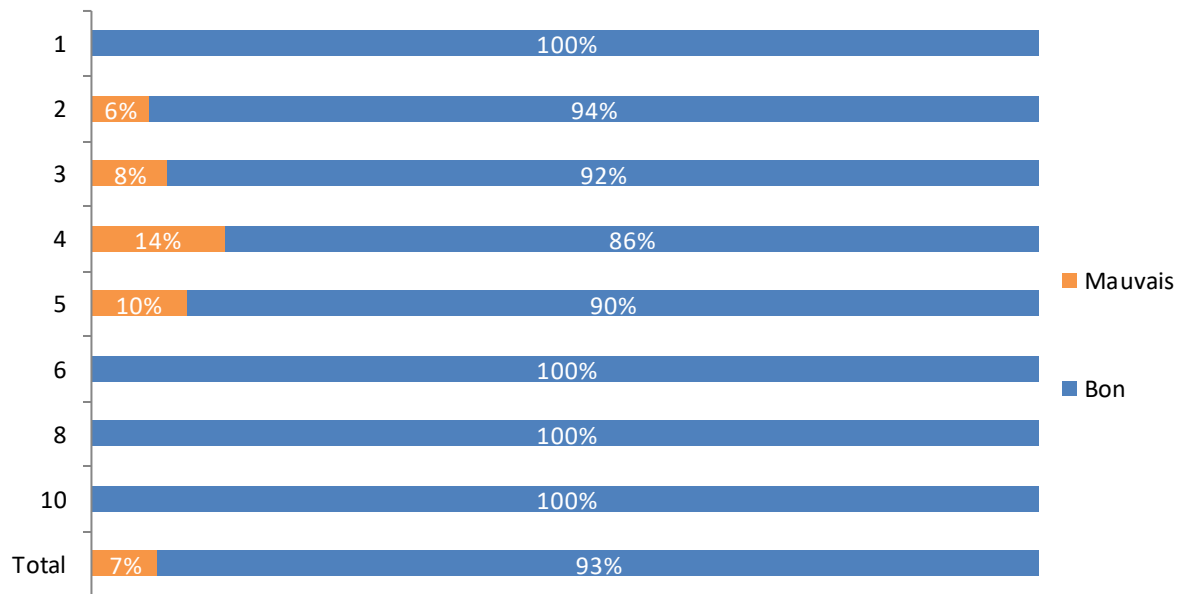
d) En fonction de l'adressage

Pour comparer aux résultats sur l'agenda exprimé, on peut voir ci-dessous que les patients adressés par un médecin spécialiste sont à nouveau les patients connaissant le moins de réussite, de même que les patients adressés par un généraliste.



e) En fonction du déroulement du traitement (nombre, durée des séances)

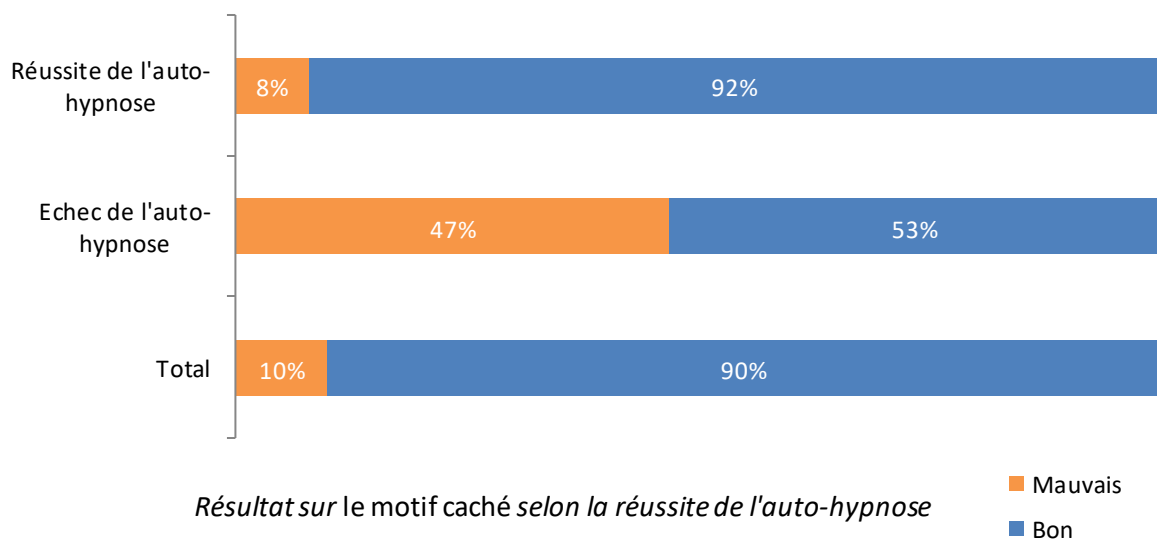
Concernant le résultat sur le motif caché en fonction du nombre de séances, le constat est le même que pour le résultat sur le motif exprimé, à savoir que les meilleurs résultats se retrouvent chez les patients ayant effectué soit peu, soit beaucoup de séances.



Résultat sur l'agenda caché en fonction du nombre de séance

f) Selon la réussite de l'auto-hypnose

Enfin, l'écart de réussite entre les personnes ayant connu réussite quant à l'auto-hypnose et les personnes ayant échoué est encore plus marquant lorsque l'on étudie le résultat sur l'agenda caché (92% vs 53% de réussite). $p=1,76^{E-9}$



Résultat sur le motif caché selon la réussite de l'auto-hypnose

C. Recherche de facteurs prédictifs de la réponse au traitement par hypnose thérapeutique

1. Arbre décisionnel

On trouvera ici une présentation de l'analyse des résultats obtenus à partir de l'algorithme décrit précédemment :

La variable la plus déterminante est **l'utilisation de l'auto hypnose**. 75% des individus ne répondent pas aux modalités « échec de l'auto-hypnose », « ne sait pas », et « non » ; soit 75% des individus utilisent l'auto-hypnose.

Parmi ces 75%, 93% ont eu un résultat positif sur le motif exprimé ; IC95% [90,1% ; 95,9%]. Ce résultat est significatif : $p = 2,07 \times 10^{-11}$. Nous pouvons ainsi dire que la consultation d'hypnose a une réelle efficacité lorsque les patients se sont approprié la maîtrise de l'auto-hypnose.

Les 25 % des patients restant ne pratiquent pas l'auto-hypnose, et à l'intérieur de ce groupe le résultat sur l'hypnose est positif à 49%. Donc la non-pratique de l'auto-hypnose ne détermine pas le résultat sur le motif exprimé. Cependant la proportion de résultats positifs sur l'ensemble des individus étant de 82 %, on remarque que cette proportion est bien plus faible dans ce groupe.

Pour les patients n'utilisant pas l'auto-hypnose, la variable qui sépare le mieux ce groupe est **l'âge du consultant**.

Si le consultant a entre 19 et 60 ans alors il a 70% de chance d'avoir un résultat négatif sur le motif exprimé. Ce groupe représente 14% des individus total.

Si les consultants n'ont pas entre 19 et 60 ans ils ont 73% de chance d'avoir un résultat positif.

Autrement dit, les patients non autonomes quant à l'auto-hypnose ont de meilleurs résultats suite à une consultation d'hypnose s'ils n'ont pas entre 19 et 60 ans.

Concernant les résultats sur « l'agenda caché », on retrouve ici aussi que la variable relative à **l'auto hypnose** est **déterminante de la réussite** de la thérapie.

2. Régression logistique

Nous n'indiquerons ici que les variables et modalités ayant une p-value inférieures ou égales à 0.05 (risque $\alpha \leq 5\%$). Les résultats complets des modèles M1 et M2, ainsi que les méthodes de calculs, seront présentés en annexe.

Pour mémoire, le modèle M1 correspond au modèle construit pour **identifier les facteurs prédictifs potentiels de la réussite pour le motif exprimé** par les patients.

Le modèle M2 correspond au modèle construit pour identifier les facteurs prédictifs potentiels de la réussite **pour le motif caché**.

Par ailleurs nous avons calculé un rapport de cote (ODDS RATIO: OR) afin de savoir de quelle manière évolue la probabilité d'appartenance à une modalité m (ici succès/échec) de la variable à prédire (ici sur le résultat par rapport au motif de consultation).

Analyse des résultats pour le modèle M1 :

- Canal sensoriel préférentiel n°1 du patient « kinesthésique » :
 - p-value de 0.00114
 - OR = 5.660^{e-01}
- Si oui, nombre de séance avant que le patient déclare utiliser l'auto hypnose en autonomie avec succès (1,4 séances en moyenne).
 - p-value : 0.01748
 - OR = 2.412
- Motif exprimé : Troubles psycho-psychiatriques :
 - p-value : 0.01863
 - OR = 7.076
- Sexe du consultant « homme » :
 - p-value : 0.02269
 - OR = 2.991
- Age du consultant de 61 ans à 100 ans :
 - p-value : 0.03291
 - OR = 8.039
- Cause de la décision d'arrêt de prise en charge « arrêt pour souci économique » (prix de la consultation):
 - p-value : 0.04746
 - OR = 6.864^{e+03}

Les rapports de côtes dans le sens positif sont ici ceux pour les individus ayant arrêté pour souci économique (6.9), les individus ayant entre 61 et 100 ans (8), les individus venant pour des troubles psychiatrique (7.1), les individus étant de sexe masculin (2.99) et enfin les individus indiquant arriver à s'auto-hypnotiser après 1,4 séances (2.4).

A titre d'exemple : les individus ayant entre 61 et 100 ans ont 8 fois plus de chances d'avoir un résultat positif pour l'objectif primaire que les individus qui ne sont pas dans cette tranche d'âge ; les individus ayant réussi à s'auto hypnotiser après X+1 séances ont 1x2.412 plus de chances d'avoir un résultat positif pour l'objectif primaire que les individus ayant réussi à s'auto-hypnotiser après X séances. Cela signifie que plus le patient nécessite de séance avant de réussir à s'auto-hypnotiser, plus cela a une influence positive sur la réponse au traitement.

Les rapports de côtes dans le sens négatif sont ici ceux pour les individus ayant pour premier canal sensoriel préférentiel la modalité kinesthésique (5.7).

Cela signifie que les individus ayant pour premier canal sensoriel préférentiel la modalité kinesthésique ont 5.5 fois plus de chances d'avoir un résultat positif pour l'objectif primaire que les individus qui ne n'ont pas le même canal sensoriel préférentiel.

Analyse des résultats pour le modèle M2 :

- Canal sensoriel préférentiel n°2 « kinesthésique » :
 - p-value : 0.04822
 - Rapport de côte = 7.076

Les individus ayant pour deuxième canal sensoriel préférentiel 2 le canal kinesthésique ont 7,1 fois plus de chance d'avoir un bon résultat du traitement par rapport au motif caché.

Au total, on peut proposer un tableau récapitulant un « profil type » de patient qui pourrait bénéficier de l'hypnose médicale avec plus de facilité:

Facteurs prédictifs de satisfaction du patient quant à la prise en charge		Odds Ratio
Selon le motif exprimé	Patient kinesthésique	5,6 ^{e-01}
	Pratiquant l' auto-hypnose après X séances	2,41
	Consultant pour des troubles psycho-psychiatriques	7,07
	Sujet masculin	2,99
	De 61 ans ou plus	8,03

IV. DISCUSSION

A. Objectifs /type d'étude

Nous nous sommes intéressés à la pratique de l'hypnose thérapeutique par un médecin généraliste à l'hôpital, et à son applicabilité éventuelle en médecine générale. Au vu des données de la littérature, il existe actuellement très peu d'études à ce sujet à proprement parler. La plupart des travaux récents repose sur des thèses d'exercice de type qualitatives, concernant soit l'avis des praticiens, soit l'avis des patients sur cette approche non médicamenteuse et ses caractéristiques pratiques. Ces données sont confortées par une enquête descriptive (thèse) auprès de 41 médecins (24), qui conclue à une synergie entre médecine générale et hypnose qui est limitée par une compatibilité organisationnelle à améliorer. Par ailleurs, la dernière publication descriptive visant à évaluer l'hypnose médicale en cabinet libéral portait sur 150 consultations et remonte à plus de 20 ans (44).

Un questionnaire d'évaluation a été mené de 2013 à 2017 par le Dr PERRIN, généraliste, au sujet de sa consultation d'hypnose, permettant de réaliser une nouvelle étude descriptive épidémiologique par analyse statistique rétrospective, concernant 407 patients traités par hypnose thérapeutique en consultation externe à Bourg-en-Bresse.

Outre l'analyse purement descriptive de cette pratique, nous souhaitons déterminer si des catégories de patients étaient plus susceptibles de bénéficier de ce traitement, et pourquoi.

Quatre méthodes d'analyse statistiques ont donc été utilisées pour décrire de manière complète la pratique l'hypnose dans ce cadre :

- 1/ Statistiques descriptives
- 2/ Statistiques bivariées : analyse de l'influence des variables d'intérêt sur le résultat.
- 3/ Régression logistique.
- 4/ Arbre décisionnel.

B. Description épidémiologique

La population traitée par hypnose est majeure dans 70% des cas. La moitié de la population est âgée de moins de 60 ans. On observe un ratio Femme/Homme de 1,88, soit 65% de femmes. Le bassin de population est majoritairement local, puisque environ 90% proviennent de l'Ain et les 10% restant des départements limitrophes. Au vu de la répartition géographique sur tout le territoire des formations, et donc des hypno-praticiens, il est logique de penser que les patients ne se déplacent pas au-delà du département où ils vivent. Il en est de même pour tout soin accessible relativement partout. Cela ne prouve pas pour autant que tous les patients locaux consultent à Bourg-en-Bresse. Il se peut également que certains se déplacent dans d'autres villes.

La plupart des patients sont adressés par la communauté médicale (généraliste ou spécialiste), ou viennent par eux-mêmes. Ces modes d'adressage prédominant concordent avec d'autres études descriptives ou qualitatives (44,45).

Un élément vient appuyer la réalité du phénomène d'hypnose vécu par les patients (et le praticien). Il s'agit de ce qu'on peut appeler la « distorsion temporelle » : dans 96% des cas, les patients sous-estiment le temps de la séance, avec un écart moyen de 10 minutes entre le temps estimé et le temps réel.

On peut parler de thérapie brève, puisque la prise en charge est d'une durée moyenne de 2,4 mois, avec une médiane à 2 mois. On note cependant une durée allant jusqu'à plus de 18 mois pour de rares cas. Cela représente en moyenne 3 séances (2 séances sont pratiquées pour la majorité des cas : 138 patients). Cela est probablement à mettre en relation avec le fait qu'il existe un apprentissage de la technique de la part des patients, qui peuvent ainsi poursuivre la thérapie en autonomie. Plus de 70% des patients traités disent réussir à mettre en place l'auto-hypnose dans leur vie. Le caractère bref de cette thérapie est d'ailleurs mis en avant dans la littérature (11,44). On déplore tout de même que la fréquence des séances (d'hypnose ou d'auto-hypnose) ne soit pas précisée dans cette étude. Les modalités de prise en charge sont cependant décrites comme telles :

1ère consultation :

- Anamnèse, (adressé par? Lettre?)
- Vérification de l'absence de non-indication,
- Évaluation du VAKOG (Visuel-Auditif-Kinesthésique-Olfactif-Gustatif)
- Explication de l'outil et de la grande utilité de pratiquer seul entre deux séances accompagnées;
- Définition de l'objectif de prise en charge (portion du but global)
- Recherche de motif caché
- Si il reste suffisamment de temps : 1ère séance rapide et facile à retenir pour initier l'apprentissage et favoriser la pratique de l'auto-hypnose.

2ème consultation:

- Interrogatoire:
 - que c'est-il passé depuis la dernière fois,
 - avez-vous pratiqué en auto-hypnose?
- Séance d'accompagnement dans un souvenir d'apprentissage ;
- Prescription d'auto-hypnose.

3ème consultation :

Selon la réduction des symptômes, décision de conclure ou non la thérapie.

Si nécessaire, réalisation d'une nouvelle séance selon le même schéma que la précédente.

Sinon, arrêt de la prise en charge, dernière consultation en accord avec le patient.

Davantage de consultations sont parfois nécessaires pour obtenir satisfaction. À chaque consultation la séance est différente, pour que le patient ait plusieurs exemples d'exercices d'auto-hypnose dans lesquels puiser. Le contenu des séances est adapté à chaque situation.

C. Résultats du traitement

Des objectifs thérapeutiques sont fixés conjointement avec le patient en début de thérapie, afin de sélectionner les indications appropriées avec la technique de soin et cohérentes avec la problématique, ainsi qu'en terme de faisabilité.

Ils ont été regroupés en trois catégories. Les motifs exprimés sont représentés pour plus de la moitié par des troubles psycho-psychiatriques, un quart pour des douleurs et 16% de troubles fonctionnels. A savoir que certains troubles ont été classés plus ou moins arbitrairement. On peut facilement discuter le fait que certaines indications entrent dans au moins deux des catégories. Du moins, il peut exister une composante fonctionnelle ou douloureuse à certains troubles psychologiques, et inversement.

Quoi qu'il en soit, 78% des traitements par hypnose ont eu au moins un « bon » résultat sur le motif exprimé. Les meilleurs résultats concernent les troubles fonctionnels (83% jugés « au moins bon » par les patients). On rappelle que ces résultats sont définis selon une échelle de satisfaction exprimés oralement par le patient et retranscrit par le praticien. Ils ne reposent donc pas sur des échelles validées scientifiquement et remplies de manière anonyme. Ils sont donc un indicateur relatif, certes encourageant, sur une réelle valeur ajoutée de l'hypnose dans le cadre d'une consultation. Sur les motifs cachés, 238 des 407 patients initiaux expriment un bon résultat. Cette statistique est à pondérer à la hausse, en effet 150 des 187 patients restant n'étaient pas concernés par cette question. L'hypnose, comme toute consultation de médecine générale, permet de soigner au-delà du motif principal de consultation.

On observe une répartition relativement semblable des troubles psycho-psychiatriques (64%) concernant les objectifs secondaires, mais les troubles fonctionnels (2,2%) et la douleur (2,5%) sont nettement moins représentés. Aucun objectif secondaire n'a été retrouvé chez 30 % des patients, ce qui explique cette différence.

Après traitement, certains patients (39%) voient apparaître d'autres modifications dans leur mode de vie, non recherchées vis-à-vis des objectifs fixés préalablement. Il s'agit principalement de la mise en place de nouveaux projets (14%) et d'un bénéfice relationnel (16%). Il peut s'agir « d'effets secondaires » positifs liés au traitement, mais aucun lien de cause à effet ne peut être démontré par cette seule analyse statistique. Premièrement, il s'agit d'un ressenti subjectif, qui n'est certes pas négligeable en tant que tel, mais qui n'est validé par aucun score. On ne peut d'ailleurs pas juger d'une quelconque significativité statistique de ces effets, ni de leur force. De plus, ces effets sont recherchés à posteriori dans cette étude. Le risque est donc de conclure à tort à un effet lié au traitement, alors que de multiples facteurs confondants peuvent être en cause. La présence

même de ces modifications concorde toutefois avec les données de la littérature (37); On remarque d'ailleurs que leur nature (relationnelle et amélioration de la qualité de vie) est concordante (7,45).

1. En fonction des caractéristiques des patients

Concernant l'analyse des variables d'intérêt sur le résultat, nous pouvons dire que peu de variables ont une réelle influence sur le résultat des objectifs. En effet, chaque patient est différent et réagit à l'hypnose de sa manière.

En ce qui concerne l'objectif primaire (motif exprimé) :

Le taux de patients satisfaits (au moins « bon ») du traitement par hypnose thérapeutique est **très peu dépendant de l'âge** : entre 92 et 96% selon les tranches d'âge. Les patients de moins de 18 ans semblent mieux répondre sur l'objectif primaire.

Le sexe n'a pas d'influence sur la réussite du traitement (93,28 vs 93,17), de même que l'indication initiale : les écarts ne sont pas significatifs.

On observe un **meilleur résultat pour les patients venus par eux-mêmes** (100% de patients expriment un résultat « bon » ou « très bon ») que pour ceux qui sont adressés (entre 89 et 95% selon l'adressage). Cela peut suggérer que les patients les plus motivés par ce type de prise en charge obtiennent meilleure satisfaction. Plusieurs hypothèses, probablement confondues, peuvent expliquer ce phénomène :

1/ Dans le cadre de psychothérapies (ou autre), l'amélioration reste dépendante de la volonté de guérir et de son implication dans le traitement. Le fait de n'être adressé par aucun professionnel révèle un choix et une participation plus active dans la thérapie choisie.

2/ De plus, de grands espoirs sont mis dans la réussite du traitement s'il s'agit d'un choix personnel. Hors, on sait que l'attente(8) (composante également retrouvé dans l'effet placebo) , de même que le label « hypnose » lui-même, sont déterminants dans le processus hypnotique(46). La croyance positive pourrait être considérée comme facteur prédictive de réponse au traitement. Elle s'intégrerait de manière plus large dans l'effet placebo potentialisé par l'effet thérapeutique d'une relation d'aide médecin-patient positive.

Le **nombre de séances** effectué influe également sur les résultats. On observe deux tendances : une plus grande part de patients sont satisfaits chez ceux ayant bénéficié de, soit une seule, soit plus de 5 séances. Cette thérapie peut donc montrer une efficacité rapide, mais un arrêt trop précoce chez certains pourrait être à l'origine d'une perte de chance.

La variable ayant la plus forte influence sur le résultat sur l'objectif primaire est la pratique dite réussie de l'autohypnose (95% au moins « bon » vs 68% si échec d'auto-hypnose). La notion d'autonomie semble encore une fois primordiale et est largement présente dans la littérature scientifique. En effet, selon A.BIOY, « la sensibilité à la suggestion peut être modulée par l'entraînement à l'autohypnose »(17). Ceci semble étayé par une étude ayant comparé la susceptibilité hypnotique avant/après 10 séances d'entraînement selon 3 méthodes (neurofeedback, autohypnose et relaxation). La susceptibilité hypnotique, estimée selon des échelles

validées, s'est accrue dans les trois groupes (47). Concernant la gestion de la douleur, une revue de littérature relevait que la poursuite de l'autohypnose à long terme, permettant un soulagement temporaire, reflétait cette capacité d'autogestion (37). Dans la prise en charge de l'asthme, les auteurs d'une revue concluent que des données significatives suggèrent que l'hypnose peut être un traitement adjuvant efficace, surtout si prodigué par des praticiens expérimentés sur plusieurs séances, et si les séances sont renforcées par l'autohypnose (48).

En pratique, l'apprentissage de l'autohypnose est un facteur quasi constant chez les médecins généralistes formés, interrogés dans une enquête en 2011 (27). De même 37% des patients suivis lors de 150 consultations d'hypnose en 1997 confirmait la participation active du patient à son traitement (44).

En ce qui concerne le motif caché :

Cette fois, les tendances se démarquent différemment: plus de patients s'expriment en faveur de l'efficacité du traitement entre 11 et 60 ans (95%) que pour les tranches d'âge extrême (88%). Pour le sexe, les femmes connaissent un résultat positif dans 95 % des cas contre 90% chez les hommes.

En fonction de l'indication, on montre une part plus importante de patients satisfaits dans le traitement des douleurs (100%) que des troubles psycho-psychiatriques (94%) ou fonctionnels (87%). On rappelle que la répartition des objectifs thérapeutique est parfois arbitraire, ou du moins confondue en termes de classification. On doute donc de la pertinence clinique de ce dernier lien statistique.

Le mode d'adressage influe de manière globalement identique que pour l'objectif primaire, de même que le déroulement de la thérapie.

L'influence de la réussite de l'auto-hypnose est encore plus marquante lorsque l'on étudie le résultat sur le motif caché (92% vs 53% de réussite), et vient encore appuyer ce concept.

2. Facteurs prédictifs de réussite au traitement

a) Selon l'arbre de décision

Il met en avant le lien entre la pratique de l'auto-hypnose et le résultat sur les pathologies pour lesquelles les patients consultent.

Ce lien montre que l'initiation à l'auto-hypnose lors des consultations et la pratique par les patients de celle-ci leur permet d'améliorer leur santé, ou du moins d'apprendre à vivre avec leurs troubles.

On remarque aussi l'influence positive qu'a le soin par hypnose sur des problématiques liées à l'agenda caché du patient décelées lors des consultations.

Par ailleurs, les patients non autonomes quant à l'auto-hypnose avaient de meilleurs résultats suite à une consultation d'hypnose s'ils n'avaient pas entre 19 et 60 ans. On doute de la pertinence d'un tel résultat au vu du faible effectif présent dans les classes d'âge extrêmes.

b) Selon la régression logistique

Elle met en avant le fait que les individus qui ont le meilleur résultat pour l'objectif primaire sont les personnes ayant plus 61 ans, étant des hommes et/ou venant consulter avec pour motif la résolution de troubles psychiatriques. De plus, il semble qu'il faille prendre du temps avant de réussir à s'auto-hypnotiser et améliorer ses résultats cliniques sur le motif de consultation. Les résultats sont donc concordants entre les différentes méthodes d'analyse statistique (arbre décisionnel et régression logistique).

La régression logistique souligne aussi le fait que les individus qui ont le meilleur résultat pour l'objectif secondaire sont les individus ayant pour canal sensoriel préférentiel n°2 la modalité kinesthésique. Ce dernier élément est difficilement interprétable en pratique clinique. Afin de s'adapter au mieux au patient et sa manière de fonctionner, certains praticiens tentent de repérer quels sont les sens privilégiés chez leurs patients (visuel, auditif...), et priorisent les techniques utilisés autour de la stimulation de ces sens. Ces techniques sont communes avec celles utilisées en programmation neurolinguistique (PNL), qui propose des modèles de communication et d'action favorable à l'émergence de nouvelles représentations mentales et au développement de compétences, via des stratégies d'apprentissage. Elles peuvent être pour partie expliquées selon la théorie de « l'espace de travail neuronal global », proposée par Stanislas DEHAENE (49) :

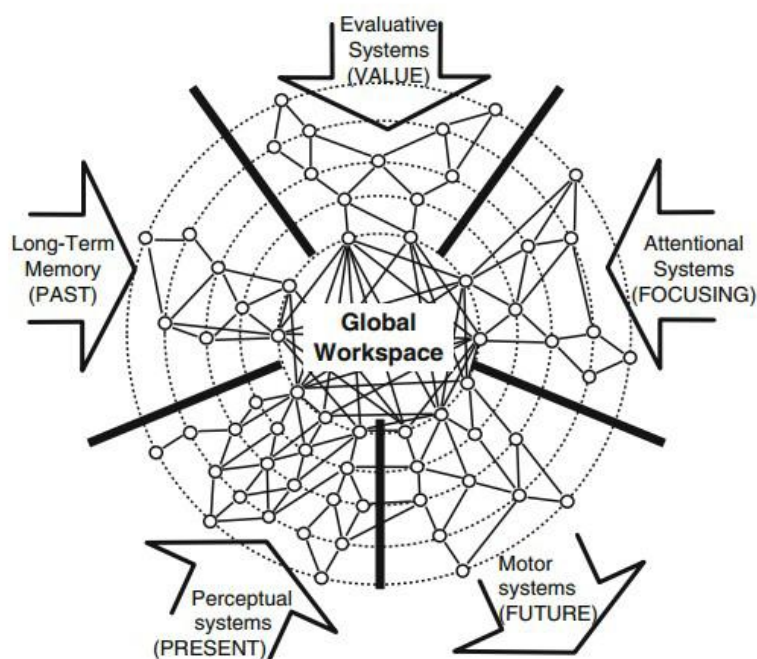


Schéma de l'espace de travail neuronal global

Afin de favoriser l'émergence de réponse corporelle ou motrice conscientes, le cerveau mobilise une combinaison d'aires cérébrales en rapport avec leur stimulation, où chaque aire sensorielle correspond à un stimulus du sens correspondant. La pratique de l'hypnose s'appuie donc sur l'activation de perceptions sensorielles, mais aussi de souvenirs, des valeurs propres des patients, de son attention... Chaque individu aurait

ainsi un fonctionnement cérébral propre, en rapport avec son vécu, et développerait donc des sous-systèmes prédominants, tel que certains canaux sensoriels. Mais ces fonctions et aires cérébrales sont communes et interconnectées, et ainsi toutes sollicitées pour obtenir toute réponse intelligente et consciente (50).

En outre, il n'existe pas de score préétabli autre que le sens clinique pour détecter les canaux préférentiels des patients. Les informations recueillies sont donc difficilement vérifiables. De plus, cette pratique n'est pas ou peu référencée dans la littérature, à notre connaissance. Il n'est donc pas facile de généraliser ce résultat. J. GEAKE va plus loin et réfute cette hypothèse selon laquelle les individus développent un ou deux canaux sensoriels préférentiels. Il existe une telle inter-connectivité structurelle et fonctionnelle cérébrale que l'utilisation d'un seul canal est aberrante (50). A titre d'exemple, il rappelle que l'étude par IRM fonctionnelle montre une activation du cortex visuel primaire lors de la lecture en braille (par le toucher) par des enfants aveugles congénitaux. Les aires sensorielles primaires ont en fait pour rôle de représenter l'information, d'où qu'elle provienne.

D. Validité Externe

Voici le Classement des 30 Résultats de Consultation les plus fréquents, par actes pour tous les patients, pour l'année 2009. Observatoire de la Médecine Générale 2010 – SFMG (51)

Rang	Résultat de consultation	Nombre d'actes	%
1	HTA	27846	14.08
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	21792	11.02
3	HYPERLIPIDÉMIE	15725	7.95
4	ETAT FEBRILE	14868	7.52
5	RHINOPHARYNGITE - RHUME	10706	5.41
6	VACCINATION	10396	5.25
7	ETAT MORBIDE AFEBRILE	9800	4.95
8	LOMBALGIE	8360	4.23
9	DIABETE DE TYPE 2	8348	4.22
10	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	8277	4.18
11	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	5857	2.96
12	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	5512	2.79
13	ARTHROSE	5400	2.73
14	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	5390	2.72
15	TABAGISME	5349	2.70
16	INSOMNIE	5335	2.70
17	ANXIETE - ANGOISSE	4761	2.41
18	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	4691	2.37
19	RHINITE	4613	2.33
20	DEPRESSION	4488	2.27
21	PLAINTÉ ABDOMINALE	4303	2.18
22	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	4179	2.11
23	EPAULE (TENOSYNOVITE)	3866	1.95
24	HUMEUR DEPRESSIVE	3724	1.88
25	CONTRACEPTION	3722	1.88
26	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3657	1.85
27	ASTHME	3631	1.84
28	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	3580	1.81
29	HYPOTHYROIDIE	3541	1.79
30	TOUX	3410	1.72

On peut observer au moins 10 des motifs de consultations présents ici qui pourraient faire l'objet de consultations d'hypnose (comprenant toute les pathologies avec une composante douloureuse ou fonctionnelle chronique) telle que décrit dans cette étude. A savoir que la prise en charge du tabagisme par cette approche en consultation est laissée à deux autres médecins généralistes, praticiens hospitaliers du service d'addictologie sur l'Hôpital de Bourg-en-Bresse.

L'étude la plus comparable visant à évaluer l'hypnose en consultation de médecine générale date de 1997 (44). Elle comportait moins de patients mais répartis sur plusieurs cabinets, donc plus facilement généralisable. Les caractéristiques sociodémographiques des patientèles correspondent, hormis concernant leur origine. L'origine prédominante des troubles psychosomatiques est elle aussi commune aux deux études, de même que la prise en charge de douleurs. Le parcours de soin était également similaire, puisqu'il s'agissait principalement de cas de derniers recours ; En effet, dans notre étude, seulement 30% des patients ne sont pas adressés. Une séance de plus en moyenne était nécessaire. Cela peut être expliqué par le perfectionnement de la méthode depuis 1997, ainsi que l'expérience du praticien (actuellement formateur en hypnose clinique). Quant à la satisfaction exprimée par les patients, elle est plus fréquente dans notre étude (78 vs 69% de patients satisfaits, sur objectif primaire).

Ces éléments tendent à appuyer nos résultats, qui sont assez comparables avec ceux de cette ancienne étude du même type. Il est intéressant de préciser que les techniques employées lors de ces deux études sont probablement semblables (bien que non décrites ici), puisque un des praticiens ayant réalisé la première étude fait partie des formateurs du Dr PERRIN. Ces pratiques ont évolués au fil des progrès neuroscientifiques mais sont probablement inspirés des mêmes méthodes. Cela renforce la validité de nos résultats.

Nos résultats semblent également relativement cohérents avec les enquêtes de pratique suivantes, qui précisent certaines modalités d'exercice.

Le Dr TERRAT évaluait les modalités pratiques de l'hypnose en médecine générale par une enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France en 2016 (24). Ils pratiquaient l'hypnose en majorité au cabinet mais parfois à domicile (34%), voire dans d'autres structures (CSAPA, EHPAD..); ils réalisaient en moyenne 10,3 consultations d'hypnose par mois, qui duraient 48,4 minutes. Peu d'entre eux se cantonnaient à l'hypnose conversationnelle (7%). Il soulignait la présence de nombreux bénéfices de cette pratique pour le médecin, tel que le développement de la « boîte à outils » et une efficacité au service du patient par diminution des prescriptions et l'obtention d'une **autonomie** du patient ; la communication semblait améliorée, tant en termes d'écoute que de discours. Ces avantages étaient contrebalancés par des **difficultés d'organisation** (coût, temps, dérangement, espace, idées reçues...) déclarés par 80,5% ainsi que la **non reconnaissance institutionnelle** (ordre des médecins et complémentaires santé). Seulement 7,3% ne rapportaient pas d'inconvénient.

Une autre étude chez neuf médecins généralistes formés à l'hypnose, réalisée par le Dr GALLET en 2011 par des entretiens semi-dirigés (27), permettait de confirmer l'apport de l'hypnose, à savoir une prise en charge globale et rapide, qui évite le recours médicamenteux. Cet outil peut aussi représenter une thérapie à part entière, qui occupait une **faible part de l'activité**, aussi valorisant que cela puisse être (notamment en favorisant

l'alliance thérapeutique). Cela restait peu attractif financièrement, sans que cela ne constitue un réel frein. La gestion du temps restait la difficulté majeure. Les indications étaient très variables. Il s'agissait de **situations complexes** et intriquées, avec par exemple des symptômes chroniques et/ou résistants aux traitements usuels. Les troubles de l'humeur, qu'ils soient réactionnels ou centraux, faisaient partie des objectifs de prise en charge. C'est la douleur, sous toutes ses formes, qui reste l'indication préférentielle. A noter que des problèmes organiques peuvent être en cause, pour diminuer leur retentissement. **L'apprentissage de l'autohypnose était un facteur quasi constant.** L'efficacité était décrite comme fréquente, progressive mais souvent incomplète. Les raisons d'échec évoquées seraient :

- ✓ Efficacité inconsciente selon le patient.
- ✓ Technique inadaptée au patient.
- ✓ Erreur technique.
- ✓ Mauvaise indication.

Un élément capital qui ressortait de cette étude était l'isolement des praticiens et la difficulté d'auto-évaluation objective qui aurait permis de progresser. Une échelle d'évaluation commune, reproductible, avec des critères restreints mais respectant aussi la globalité d'approche serait intéressante à mettre en place.

Un travail comparable réalisé à la Réunion en 2013 (11) présentait des résultats sensiblement égaux. Des questionnaires adressés à 43 patients permettaient de confirmer les apports de l'hypnose selon leur point de vue. Dans l'ensemble, ces patients (60%) avaient souvent recours à d'autres thérapies complémentaires. 77% d'entre eux, une proportion comparable à notre étude, décrivaient une amélioration du symptôme, qui débutait au plus tard quelques jours après la première séance. La relation avec le médecin était modifiée positivement pour 80% d'entre eux. Ils bénéficiaient aussi de plus d'autonomie et 84% d'entre eux auraient conseillé cette approche à leurs proches. L'absence d'inconvénient était aussi à souligner.

Une étude qualitative réalisée en 2015 (52) permettait relativement de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population. En effet, cet échantillon a été analysé dans l'Hérault et le Gard, et retrouvait des similitudes. Par ailleurs, elle relevait le parcours de soin des patients qui pouvaient être en situation de derniers recours, ou d'emblée. Contrairement à notre étude ils étaient le plus souvent recrutés par les médecins **au sein de leur propre patientèle**, mais aussi par bouche à oreille ou parfois à l'aide de réseau professionnel, voire via les médias ou internet. Un bénéfice évoqué de l'hypnose attire notre attention : la lutte contre le nomadisme médical (surtout lorsqu'utilisé en premier recours, en favorisant le lien).

Il est intéressant de comparer nos résultats aux vécus de patients ayant pratiqué l'hypnose auprès de médecins généralistes. Cette étude a été réalisée auprès de 21 patients volontaires Dijonnais, entre 2013 et 2014 (45). L'hypnose étant considérée comme une thérapie brève, il est étonnant de constater que ces patients avaient bénéficié d'un suivi d'entre 3 séances et 5 ans (13/21 patients ont un suivi d'au moins 1 an), soit beaucoup plus long que dans notre étude. Il peut s'agir d'un biais de sélection puisque les patients sont présentés comme évoluant dans un contexte difficile et ayant un parcours de soin pour le moins chaotique. Leur état psychique avant orientation vers l'hypnose pouvait comprendre un syndrome anxiodépressif marqué avec focalisation, exagération des problèmes, une inquiétude sur l'avenir voire un repli. Ils décrivaient une incompréhension par l'entourage, un hyper contrôle des sentiments parfois inexpressifs, rigides et exigeants. En somme, une situation

d'immobilité parfois responsable et/ou causée par la chronicité des symptômes et le vécu handicapant motivait cette approche plus globale.

Le Dr BENHAÏEM, directeur de l'IFH, parle de «sidération» correspondant à une « fascination hypnoïde» dans lequel s'installent les patients en contexte pénible, à l'origine de la souffrance ou du pathologique. « *A force de fixer un problème ou un organe blessé, la douleur et la souffrance s'installent, occupant tout le champ de perception... Les sens sont inopérant en absence de mouvement.*»(6). L'hypnose intervient alors pour élargir cette perception dans l'optique de trouver une réponse adaptée.

Les patients avaient aussi été orientés vers l'hypnose par leur médecin traitant ou un spécialiste, voire un autre soignant; il s'agissait d'une démarche personnelle parfois sous les conseils d'un proche. Les dimensions touchées par l'hypnose étaient encore une fois relationnelles, avec la globalité permettant de « changer le regard que l'on a sur soi-même» et d'acquérir une « sécurité intérieure ». Le rapport au monde et aux autres (constatés par l'entourage) était aussi modifié au profit de la qualité de vie. L'autonomie était au cœur de ce « nouvel apprentissage », ce qui va dans le sens de nos résultats à propos de l'auto-hypnose. Cette approche complémentaire présentait toutefois des limites, qui peuvent être un échec initial la persistance des symptômes initiaux et d'une fragilité ou une amélioration fluctuante.

Pour finir, un essai contrôlé randomisé (ECR) publié en Norvège en 2008 visait à évaluer l'hypnose dans les syndromes douloureux généralisés chroniques chez 16 patients (31). C'est à notre connaissance le seul essai de cette qualité réalisé en médecine générale. L'intervention était standardisée en 10 séances de trente minutes, à raison d'une par semaine. Le protocole thérapeutique était préétabli et délivré dans le même ordre chez chacun des patients. Les types de suggestions utilisées étaient décrits dans la publication. Des enregistrements audio étaient remis au patient pour une aide à la réalisation des séances d'**autohypnose**. Le groupe contrôle a été traité après la période de contrôle. Il bénéficiait du traitement habituel géré par le **médecin traitant** (combinaisons variables entre médicaments, physiothérapie, chiropraxie, antidépresseurs). Le groupe hypnose comprenait le même traitement avec adjonction du protocole standardisé. Les résultats étaient évalués à l'aide d'un questionnaire symptomatique (symptôme et retentissement ; qualité de vie) avant et après l'intervention. Ils montrent une amélioration significative des symptômes (scores 62 -> 55) contre une détérioration dans le groupe contrôle (37->45), $p=0,045$. Après traitement du groupe contrôle (12 patients au total ont eu le traitement complet, on remarque une moyenne d'amélioration de 10 points (51->41 ; $p= 0,046$) maintenu à un an. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter.

L'auteur concluait que malgré le **petit effectif**, les résultats étaient statistiquement positifs. Cela a été permis grâce à des patients très répondeurs. Il proposait deux hypothèses à cette variabilité de réponse au traitement : la différence d'étiologies ou de suggestibilité. Cette efficacité a été montrée malgré le protocole standardisé, qui peut sous-estimer l'effet de l'hypnose réelle. Comme nous l'avons vu, la force de cette approche est d'être adaptée à chaque patient. Les séances ont été pratiquées par le médecin traitant ; l'effet peut être pour partie lié à l'alliance thérapeutique en tant que telle, qui n'a pas été évaluée. L'extrapolation des résultats en est renforcée puisque les conditions sont plus proches de la pratique réelle.

E. Principales forces de l'étude

Le fait qu'il n'y ait qu'un seul opérateur (et donc une seule technique) permet par contre de justifier une certaine **standardisation du traitement** vis-à-vis des différents patients, bien que les procédures ne soient pas décrites et que l'hypnose soit un traitement qui se veut adapté à chaque patient. Les conditions de consultation étaient donc vraisemblablement similaires, mais les différences entre celles-ci n'ont pas été décrites en tant que variable à analyser.

Par ailleurs, cette étude comprend un grand nombre de patients, apportant une certaine **puissance statistique**. D'autant plus que **les études évaluant l'hypnose sont rares**, notamment en médecine générale. On rappelle qu'il s'agit d'une étude statistique robuste et bien menée.

On peut aussi proposer une autre hypothèse aux bons résultats des patients dans leurs prises en charges : **la sélection initiale précise des patients**. Les deux secrétaires sont formées et connaissent les non-indications, et opèrent ainsi pour un tri précieux. Une consultation préalable aux séances d'hypnose est également systématique afin de préciser l'indication sur des objectifs cohérents, voire pour réorienter le patient si nécessaire. Cette hypothèse est appuyée par le fait que le taux de réussite est supérieur quand les gens viennent en étant adressés par des généralistes (souvent des collègues formés ou du moins informés dans les réunions de formation continue locales) que par des spécialistes (non formés et non informés pour la plupart). Le taux de réussite serait donc bien corrélé à la bonne indication, ce qui paraît logique.

Enfin, un élément primordial ressort plusieurs fois de cette étude. Le concept de participation active du patient à sa thérapie permettant une plus grande efficacité, bien qu'intuitif, est rarement démontré. De manière plus globale, on peut parler d'**empowerment** : selon l'OMS c'est le processus visant à « rendre l'individu capable d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminant de sa santé ». Dans son étude, le Dr ANJOULAT tente de le décrire et en expliquer les mécanismes et les facteurs dans le cadre de maladies chroniques. Elle précise que cette approche vise à renforcer le contrôle du patient sur sa vie (et non seulement sur la maladie ou sur le traitement). Le patient devient alors acteur de son environnement, afin d'améliorer ses propres compétences bio psychosociales, et peut nécessiter une intégration ou acceptation des limites imposées par la maladie sur sa vie. Cela passe par une prise de conscience, puis un dialogue (verbal ET non verbal) avec le médecin pour amorcer le changement. Le soignant a alors plutôt un rôle d'accompagnateur, sans omettre d'exprimer clairement les options thérapeutiques considérées comme primordiales selon lui. Il s'agit alors de mobiliser les ressources propres du patient, pour un apprentissage de nouveaux comportements lui permettant de mieux gérer sa maladie. Dans le cadre de cette démarche, il semblerait que les patients mettent en œuvre des « efforts de dissociation identitaire visant à maintenir ou développer un sentiment de maîtrise, suivi d'un travail de réconciliation identitaire marqué par la capacité de lâcher-prise ... visant à acquérir un plus grand sentiment de cohérence ». Ainsi, ils peuvent résoudre leur sentiment d'insécurité et d'identité secondaire à une maladie chronique »(53). Il est étonnant de constater les similitudes avec les techniques employées en hypnose : dissociation psychique, lâcher-prise, gestion comportementale pour aider à « vivre avec » la maladie plutôt que de s'y opposer, en considérant autant les attitudes que les mots employés. Mais c'est surtout l'autonomisation apportée par **l'auto-hypnose** qui prend ici tout son sens. Elle semble jouer un rôle primordial dans la prise en charge et être déterminante dans le bénéfice apporté, selon notre étude. Il serait intéressant d'approfondir cette analyse et de réaliser une étude ciblée autour de la pratique de l'auto-hypnose.

Par ailleurs, cette logique d'empowerment vient contrebalancer le biais d'évaluation dont nous parlions plus tôt. En effet, « la seule façon acceptable d'utiliser un outil d'évaluation consiste à associer la personne concernée à l'objectif d'évaluation et à l'interprétation de ses résultats », selon le Dr ANJOULAT. Ainsi, la satisfaction exprimée par les patients à l'issue de leur prise en charge par hypnose, à l'origine de nos résultats, entre parfaitement dans cette perspective.

F. Principales limites de l'étude

Les résultats de cet outil thérapeutique apparaissent aux premiers abords très bons. Cependant, ces résultats sont à prendre avec précaution du fait de faiblesses méthodologiques :

Premièrement, il s'agit d'une étude **rétrospective**. De ce fait, il existe principalement un biais de confusion car les différentes variables étudiées sont susceptibles d'être confondantes. De plus, de nombreuses données manquaient pour permettre une analyse statistique puissante sans engendrer d'autres biais liés au redressement du recueil de données par extrapolation. Les résultats ainsi obtenus relèvent donc de l'estimation.

Deuxièmement, la sélection des patients s'est fait simplement par leur venue (ils ont tous été sélectionnés) **sans tirage au sort**, et ne représentent donc pas un échantillon représentatif de la population générale.

De plus, il s'agit de **critères subjectifs** qui ne sont pas validés scientifiquement, mais d'une simple échelle de satisfaction. Elle ne correspond pas à un critère thérapeutique fiable, même si cette analyse permet largement d'appréhender le potentiel thérapeutique d'une telle approche. L'avis des patients sur l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie (reflétés par les objectifs primaires/secondaires et effets inattendus) importe, notamment quand il s'agit de troubles fonctionnels et d'un traitement que l'on peut juger de symptomatique.

On suspecte également un **biais de recrutement** des patients bénéficiaires du traitement ; en effet, cette analyse est basée sur la pratique d'un seul intervenant. Il est d'ailleurs admis qu'en tant que médecin hospitalier en soins palliatifs et formateur en hypnose thérapeutique/thérapie d'activation de conscience, il bénéficie d'une certaine notoriété et d'un réseau plus prononcé, surestimant peut-être l'effet placebo du traitement. Et bien que médecin généraliste de formation, il se dégage des contraintes organisationnelles et financières liées à une gestion indépendante et une patientèle de médecin traitant. Un problème se pose donc quant à la généralisation des résultats.

Par ailleurs, il existe un **biais d'évaluation** certain : une seule personne pour les séances d'hypnose et pour le recueil et l'évaluation des critères, fait oralement et pas de manière anonyme. Les patients, par peur de décevoir l'opérateur, peuvent facilement surestimer leur satisfaction.

De même, on a pu observer de nombreuses données manquantes, réalisant un **biais de mémorisation**. Il manquait donc une définition précise des variables et de leur modalité en amont de la construction de jeu de données et de leur recueil, ainsi qu'un recueil d'emblée exhaustif. Les résultats obtenus avec les méthodes de Data Mining sont à nuancer. En effet ces algorithmes sont exécutés sur des jeux de données complétées par des méthodes statistiques afin de supprimer les valeurs manquantes. Ces méthodes bien que performantes peuvent

uniquement substituer les vraies valeurs, mais elles ne seront jamais identiques. Ces éléments faussent ainsi légèrement la significativité de nos résultats. De plus les algorithmes utilisés sont conçus pour renvoyer des résultats quel que soient les intensités des liens statistiques.

Enfin, l'analyse qui a pu mettre en évidence des liens statistiques entre les résultats du traitement et les variables d'intérêt a été réalisé **per-protocole**. On s'intéressera donc plus aux différences observées pour permettre de dégager des catégories de population/patient potentiellement plus à même de bénéficier du traitement. Le taux de réussite dans ces analyses est en effet surestimé du fait de l'absence de considération des patients pour lesquels le résultat sur l'objectif n'était pas applicable. Il s'agissait principalement de **perdus de vue** (pas de nouvelle après 4 mois) de patients réorientés vers une psychothérapie ou un autre médecin, de patients pour lesquels l'hypnose n'était pas indiquée ou qui ne venaient pas de leur plein gré, ou encore de patients ne pouvant pas assumer financièrement une telle thérapie.

Ces liens ne font donc pas office de preuve, d'autant qu'aucune comparaison n'a été mise en place ; il n'y avait **pas de placebo** (difficultés de faire de la fausse hypnose), **ni de comparaison avec le traitement médicamenteux le plus efficace** pour chaque indication. Cependant, on a pu observer dans le parcours de soin qu'il ne s'agit pas d'un traitement de première intention dans la plupart des cas, puisque les patients sont adressés par d'autres soignants. L'efficacité peut donc être imputée à d'autres traitements potentiellement associés, qui ne sont pas décrits ici.

V. CONCLUSION

L'hypnose apparaît de plus en plus dans l'exercice (para)médical. Les formations sont nombreuses (DU et formations privées) et reflètent cet intérêt grandissant. Elle se développe principalement dans la communauté hospitalière et spécialisée (anesthésie, psychiatrie, obstétrique, addictologie, endoscopie...). La pratique de l'hypnose en médecine générale comporte un certain nombre de freins organisationnels, mais semble être un apport non négligeable aux thérapeutes et patients. Nous nous sommes donc intéressés à son applicabilité dans ce contexte de soin, où les recherches scientifiques sont maigres. Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective portant sur 407 patients pris en charge par hypnose thérapeutique/techniques d'activation de conscience dans le cadre d'une consultation externe hospitalière par un médecin généraliste entre 2013 et 2017.

Il s'agissait d'une population en provenance principalement de l'Ain, majoritairement féminine (65%) et majeure. Le parcours de soin des patients était variable : ils venaient par eux même ou étaient adressés par un médecin (généraliste ou un spécialiste) ou un autre professionnel de santé. La prise en charge centrée autour de cette approche durait en moyenne 2,4 mois, sur 3 séances avec le praticien. Cette thérapie brève était renforcée par l'apprentissage propre de la technique par des séances d'autohypnose, qui était effective dans 70% des cas. Les indications étaient variables et pouvaient se regrouper aisément en trois catégories : les troubles fonctionnels, psycho-psychiatriques et la prise en charge de la douleur. On constatait une bonne satisfaction des patients vis à vis du traitement en fonction des objectifs thérapeutiques. Un bon ou très bon résultat a été exprimé par plus de 75% des patients, avec la présence d'effets positifs potentiels non recherchés initialement comme la qualité de vie. La participation active au traitement (réussite de la pratique de l'autohypnose) a été l'élément le plus déterminant sur la réponse perçue positive au traitement. Ces résultats sont toutefois à prendre avec précaution, du fait de limites méthodologiques de cette étude rétrospective. Ces bons résultats pouvaient être expliqués par un effet placebo, l'expérience de l'opérateur, sa sélection précise des patients selon leur profil et le recadrage de l'indication initiale. Ces résultats concordent avec les données actuelles de la science.

La pratique de l'hypnose semble adaptée aux pathologies retrouvées fréquemment en médecine générale. Elle pourrait participer à la réduction des prescriptions médicamenteuses qui sont coûteuses (financièrement et parfois liés aux effets secondaires). Il pourrait ainsi s'agir d'une technique complémentaire et non de remplacement. Pourtant, devant l'absence actuelle de cadre juridique et de recommandation, le coût financier reste important et à la charge des patients. La preuve de l'efficacité de l'hypnose et de son apport en médecine générale reste à faire. Il conviendrait de confirmer ces résultats par des études semblables multicentriques et prospectives, qui seraient donc plus généralisables et pour lesquelles on ne déplorerait pas un tel manque de données. Bien entendu, davantage d'essais cliniques contrôlés sont nécessaires, mais difficile à mettre en place pour ce type d'approche où le contrôle et la randomisation sont délicats.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Franz-Anton MESMER. Mémoire sur la découverte du magnétisme animal - Wikisource [En ligne]. 1779 [cité le 28 févr 2017]. Disponible: https://fr.wikisource.org/wiki/M%C3%A9moire_sur_la_d%C3%A9couverte_du_magn%C3%A9tisme_animal
2. Turbiaux M. À l'occasion de deux expositions sur le tricentenaire de la naissance de Benjamin Franklin, Benjamin Franklin (1706-1790), Antoine Mesmer (1734-1815) et le magnétisme animal. Bull Psychol. 1 janv 2012; Numéro 499(1):51 - 65.
3. Milton Erickson. Dans: Wikipédia [En ligne]. 2017 [cité le 28 févr 2017]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Milton_Erickson&oldid=134878890
4. Institut Français d'hypnose, centre de recherche et de formation [En ligne]. Antoine Bioy. Hommage à François Roustang; déc 2016 [cité le 28 févr 2017]. Disponible: <http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/hommage-francois-roustang/>
5. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. Am J Clin Hypn. avr 2015;57(4):378- 85.
6. Benhaïem J-M. Qu'est-ce que l'hypnose ? Processus et induction. Douleurs Eval - Diagn - Trait. févr 2014;15(1):1- 4.
7. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels [En ligne]. INSERM; juin 2015 p. 213. Rapport no U1178. Disponible: <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
8. Jensen MP, Adachi T, Tomé-Pires C, Lee J, Osman ZJ, Miró J. Mechanisms of hypnosis: toward the development of a biopsychosocial model. Int J Clin Exp Hypn. 2015;63(1):34- 75.
9. Bosc A. Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose, en ligne]. Faculté de médecine PARIS SUD : PARIS XI; 2013 [cité le 1 févr 2017]. Disponible: http://www.sfm.org/publications/les_theses/representations_sociales_de_lhypnose_chez_les_patients_de_medecine_generale_nayant_jamais_eu_recours_a_lhypnose.html
10. [En ligne]. Jean Becchio. Collège International des Thérapie par Activation de Conscience; [cité le 28 févr 2017]. Disponible: <http://www.citac.fr/>
11. Brel M. Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés [Thèse d'exercice]. 1970-2013, France : Université de Bordeaux II; 2013.
12. Solignac A, Lemay A-L. Sensibilisation à l'hypnose médicale et communication thérapeutique. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
13. Allen J, Bernard Gay, Harry Crebolder. La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille [En ligne]. WONCA Europe; 2002 p. 52. Disponible: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>

14. Heyrman J. Un regard systémique: une évidence pour le médecin généraliste. *Thérapie Fam.* 30 avr 2012;Vol. 33(1):65- 75.
15. [En ligne]. CNGE; [cité le 30 juin 2018]. Disponible: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
16. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2013;2013(108):148- 55.
17. Coutté A, Bioy A. Hypnose et neuropsychologie : quelles perspectives cliniques ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* févr 2015;15(85):31- 5.
18. Weitzenhoffer A, Hilgard E. Stanford Hypnotic Susceptibility Scale [En ligne]. Consulting Psychologists Press; 1962 [cité le 22 févr 2017]. Disponible: <http://www.leevonk.com/information/Hypnosis/Stanford%20Hypnotic%20Susceptibility%20Scale.pdf>
19. Raz A, Fan J, Posner MI. Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 12 juill 2005;102(28):9978- 83.
20. Deeley Q, Oakley DA, Toone B, Giampietro V, Brammer MJ, Williams SCR, et al. Modulating the default mode network using hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2012;60(2):206- 28.
21. Legifrance. code de santé publique [En ligne]. janv 2017 p. 4449/4630. Disponible: http://www.cjoint.com/doc/17_01/GAkkIbpoAjM_codesantepublique.pdf
22. [En ligne]. Haute Autorité de Santé; [cité le 28 févr 2017]. Disponible: <http://www.has-sante.fr/portail/>
23. BONTOUX D, COUTURIER D, MENKES C-J. Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins [En ligne]. Académie nationale de médecine; mars 2013. Rapport no groupe de travail de la commission XV. Disponible: <http://www.academie-medicine.fr/publication100100025/>
24. Terrat J. Pratique de l’hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France, en ligne]. Paris Descartes - Faculté de Médecine; 2016 [cité le 17 janv 2017]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922/document>
25. [En ligne]. Le code éthique de la CFHTB - CFHTB; [cité le 1 févr 2017]. Disponible: <http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
26. Thébaut C, Rumeau-Pichon C. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [En ligne]. HAS; avr 2011 p. 94. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
27. Gallet E. Indication et pratique de l’hypnose médicale, en médecine générale: enquête de pratique chez des médecins généralistes formés à l’hypnose médicale [Thèse d’exercice]. France : Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2011.

28. Sérés 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]. France : Université de Bordeaux II; 2013.
29. Dieulouard, Sébastien. Hypnose et médecine générale : intégration des connaissances actuelles dans la coordination des soins, en ligne]. [cité le 23 févr 2017]. Disponible: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-6703>
30. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. *Santé Publique*. 24 août 2015;27(3):353- 62.
31. Grøndahl JR, Rosvold EO. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: A randomized controlled pilot trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 18 sept 2008;9:124.
32. Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W. Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. juin 2014;76(5):389- 98.
33. Peters SL, Muir JG, Gibson PR. Review article: gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. juin 2015;41(11):1104- 15.
34. Szigethy E. Hypnotherapy for Inflammatory Bowel Disease Across the Lifespan. *Am J Clin Hypn*. juill 2015;58(1):81- 99.
35. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*. avr 2000;48(2):138 - 53.
36. Bernardy K, Füßer N, Klose P, Häuser W. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome--a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord*. 15 juin 2011;12:133.
37. Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *Am Psychol*. mars 2014;69(2):167- 77.
38. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2007;55(3):275- 87.
39. Montgomery GH, Schnur JB, David D. The impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2011;59(3):294- 309.
40. Elkins GR, Fisher WI, Johnson AK, Carpenter JS, Keith TZ. Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause N Y N*. mars 2013;20(3):291- 8.
41. Pelissolo A. [Hypnosis for anxiety and phobic disorders: A review of clinical studies]. *Presse Med*. mars 2016;45(3):284- 90.
42. Flammer E, Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2007;55(3):251 - 74.

43. Allo docteurs [En ligne]. Renard Maroussia. Psychothérapies : des séances bientôt remboursées ?; 19 mars 2018 [cité le 17 mai 2018]. Disponible: https://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho/psycho/therapies-psy/psychotherapies-des-seances-bientot-remboursees_24426.html
44. Raineri F, Jousselin C, Becchio J, Gourdey S. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. Doc Rech Médecine Générale SFMG. juill 1997;(49):46- 57.
45. Lacroix M. Vécu de patients ayant pratiqué l'hypnose auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. France : Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2015.
46. Gandhi B, Oakley DA. Does « hypnosis » by any other name smell as sweet? The efficacy of « hypnotic » inductions depends on the label « hypnosis ». Conscious Cogn. juin 2005;14(2):304- 15.
47. Batty MJ, Bonnington S, Tang B-K, Hawken MB, Gruzelier JH. Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis. Brain Res Bull. 11 déc 2006;71(1- 3):83- 90.
48. Hackman RM, Stern JS, Gershwin ME. Hypnosis and asthma: a critical review. J Asthma Off J Assoc Care Asthma. févr 2000;37(1):1- 15.
49. Dehaene S. Le code de la conscience. Paris : Odile Jacob; 2014. 432 p.
50. geake J. Neuromythologies in education. Educ Res. 29 mai 2008;50(2):123- 33.
51. Observatoire de la Médecine Générale [En ligne]. OMG - Top 50 des Résultats de consultation; 2009 [cité le 3 mai 2018]. Disponible: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
52. Le H. Place de l'hypnose en médecine générale: étude qualitative auprès de médecins de l'Hérault et du Gard. [Thèse d'exercice]. France : Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
53. Anjoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Belgique : Université catholique de Louvain; 2007.
54. Seddiki I. Hypnopraxie en Médecine Générale : une approche affective. Étude qualitative explorant le cheminement thérapeutique de 33 patients, à travers 99 séances réalisées durant le SASPAS, à la Réunion, en ligne]. Boredaux; 2016 [cité le 17 janv 2017]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01336281/document>
55. Tayeg A. Les difficultés à la pratique de l'hypnose en médecine générale: Etude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. France : Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
56. Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, Yu BY-M, Yung K-P, Ng TH-Y. Hypnotherapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Med. oct 2015;23(5):719- 32.
57. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol. avr 1995;63(2):214- 20.

58. Elkins G, Marcus J, Palamara L, Stearns V. Can hypnosis reduce hot flashes in breast cancer survivors? A literature review. *Am J Clin Hypn.* juill 2004;47(1):29-42.
59. Brown D. Evidence-based hypnotherapy for asthma: a critical review. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2007;55(2):220-49.
60. Van der Does AJ, Van Dyck R. Does hypnosis contribute to the care of burn patients? Review of the evidence. *Gen Hosp Psychiatry.* mars 1989;11(2):119-24.
61. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, Hansen E. The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis. *Dtsch Ärztebl Int.* avr 2016;113(17):289-96.
62. Stewart JH. Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clin Proc.* avr 2005;80(4):511-24.

VII. ANNEXES :

A. Code Ethique de la CFHTB :



Nos associations se proposent de donner une formation qualifiante à la pratique thérapeutique de l'hypnose.

En raison des dangers que ferait peser sur le crédit scientifique de l'hypnose et des hypnopraticiens un mauvais usage de cette formation, il est demandé aux candidats de souscrire code éthique de l'association.

I. L'intérêt et le bien-être du patient doivent toujours constituer l'objet prioritaire.

II. L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.

III. L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.

IV. L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques sera proscrite.

V. L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées (Cfr ci-dessus point 2).

A. L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels où doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose : Médecins, Dentistes, Psychologues, Infirmiers, Kinésithérapeutes. Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste conditionné à l'obtention de qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les étudiants des professions paramédicales, la pratique de l'hypnose supposera la mise en place d'une structure de travail

supervisé, selon le champ d'application, par un hypnopraticien médecin, psychiatre, psychologue, chirurgien dentiste d'au moins cinq ans d'ancienneté de pratique en hypnose médicale.

B. La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est recommandée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement, il est demandé aux hypnopraticiens formés par l'association d'éviter toute action (communications, publications, etc...) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant à celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec magie et les para-sciences) et simpliste incitant par là même à une pratique non qualifiée. En cette matière, s'abstenir de tout triomphalisme militant et citer ses sources sont deux règles qui s'imposent. C'est pour ces raisons que les hypnopraticiens qui sont en cours de formation sont invités à s'abstenir de faire des communications publiques sur l'hypnose ou la thérapie Ericksonnienne (conférences, articles, interviews, contacts avec la presse écrite ou audiovisuelle) tant que leur formation n'est pas terminée.

VI. Le non-respect de ces engagements pourra conduire le Conseil d'administration de l'association à prononcer l'exclusion de l'association, de la formation et/ou la non attribution des attestations.

B. Liste des formations à l'hypnose clinique en France

Liste probablement non exhaustive

Formations universitaires :

- DESU Hypnose médicale Université d'Aix-Marseille
- DIU Hypnose médicale et clinique Université de Bretagne occidentale et de Bourgogne
- DIU Hypnose clinique Université Paris XI
- DU d'hypnose de Lyon
- DU Hypnose médicale Université de Bordeaux
- DU Hypnothérapie Université de Bourgogne
- DU Hypnose médicale et clinique Université de la Réunion
- DU Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes Université de Limoges
- DU Hypnose médicale Université de Montpellier-Nîmes
- DU Hypnose thérapeutique Université de Nantes
- DU Hypnose médicale et formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique Université de Nice Sophia Antipolis

- DU Hypnose médicale Université Paris 6
- DU Hypnose en anesthésie Université Paris 11
- DU Hypnose médicale Université de Toulouse

Instituts Privés :

- La Société Française de Médecine Générale (SFMG)
- L'Association Corrézienne pour des Thérapies Innovantes et des Interventions Familiales (ACTIIF)
- L'Association Française pour l'étude de l'hypnose médicale (AFEHM)
- L'Association Française d'hypnose (AFHYP)
- L'Arche
- ACA transmission, rattaché au CITAC.
- Le Centre Européen de Formation et d'Application de Thérapies de la Communication (CEFATC)
- Le Collège International des Thérapies par Activation de Conscience (CITAC) / Hypnodyssey
- Le Collège d'Hypnose & Thérapies Intégratives de Paris (CHTIP)
- Emergences
- Hypnose Auvergne
- Hypnoteeth (spécialisé dans les soins dentaires)
- L'Institut Européen de Thérapies Somato-Psychiques (IETSP)
- L'Institut Français d'Hypnose Humaniste & Ericksonienne (IFHE)
- L'Institut Français des Pratiques Psychocorporelles (IFPPC)
- L'Institut Milton Erickson de Lyon (IMELyon)
- L'Institut Milton Erickson du Rhône
- L'Institut Milton H. Erickson (IMHE) Avignon
- L'Institut Milton H. Erickson Biarritz
- L'Institut Milton H. Erickson Marseille-Toulon
- L'Institut Milton H. Erickson Montpellier
- L'Institut Milton H. Erickson Nice Côte d'Azur
- L'Institut Milton H. Erickson Normandie

- L'Institut Milton H. Erickson Pacifique et Nouméa
- L'Institut Milton H. Erickson Ile-de-France (IMHEIDF)
- L'Institut Milton H. Erickson de Nantes / Association Régionale Pour une Thérapie Active (IMHENA/Arepta)
- L'Institut Milton H. Erickson de Rennes-Bretagne (IMHERB)
- L'Institut Milton H. Erickson Strasbourg Alsace (IMHESA)
- L'Institut Milton H. Erickson de Touraine (IMHET)
- L'Institut Milton H. Erickson Toulouse Occitanie (IMHETO)
- L'Institut Français d'Hypnose (IFH)
- L'institut Mimethys
- L'Institut Milton H. Erickson de Rezé (RIME)
- La Société française d'hypnose
- L'association TACT (Techniques et Application de la Communication en Thérapie)
- L'institut pour l'Utilisation des Thérapies brèves et de l'Hypnose en Lorraine (UTHyL)

C. Revue de littérature :

1. METHODOLOGIE employée

a) *Critères d'inclusion*

Etant donné l'abondance d'articles et essais concernant l'hypnose (14017 articles répertoriés sur PubMed sous le terme MeSH « Hypnosis » et 9216 en Major-Topic), il n'était physiquement pas envisageable de les passer en revue. Paradoxalement, une première recherche ciblée uniquement sur la médecine générale ne retrouvait que peu d'articles. C'est pourquoi nous avons décidé de se concentrer sur les revues et méta analyses. Un premier filtre ayant été réalisé.

Premièrement, nous avons fixés ces critères d'inclusion :

- ✓ Revues systématiques de littérature/ méta analyses
- ✓ Dont l'hypnose était le thème principal et exclusif en tant qu'intervention thérapeutique.
- ✓ Dans la pratique de médecine générale ou dans les indications applicables en médecine de ville/soins primaire/médecine générale
- ✓ Rédigés en anglais ou en français

- ✓ Résumé/abstract disponible en ligne
- ✓ Thèses d'exercice de médecine concernant l'hypnose en médecine générale.

Ce travail étant préliminaire à une thèse d'exercice, il était nécessaire de passer en revue les thèses existantes afin de préciser le sujet à réaliser.

b) *Critères d'exclusion*

- ✓ Essais cliniques
- ✓ Revues rédigées en langue autre que l'anglais ou le français.
- ✓ Dont l'hypnose n'était pas le thème exclusif: nous avons exclus les revues traitant par exemple de l'ensemble des thérapies brèves ou des psychothérapies, incluant l'hypnose; à moins que l'hypnose soit analysé et traité séparément.
- ✓ Dont l'indication d'évaluation n'était pas applicable à la médecine générale : soins opératoire ou postopératoires, travail et accouchement, soins dentaires, rééducation, oncologie, procédures interventionnelles.
- ✓ Les travaux expérimentaux axés sur la compréhension des mécanismes de l'hypnose, notamment neurophysiologique.
- ✓ Les doublons.

Après lecture des résumés et/ou une première lecture rapide de certains articles et rapports, et notamment le rapport INSERM publié en 2015 (7) dont la méthodologie très stricte a permis de dégager des indications quasi formelles de l'hypnose ; nous avons aussi exclus les articles déjà analysés dans cette revue ou ceux traitant des mêmes indications précédant sa publication.

c) *Bases de données interrogées et mots clés utilisés*

Nous avons débuté notre recherche bibliographique par la recherche de thèses concernant la pratique de l'hypnose en médecine générale, sur différents sites. Nous avons débuté par le catalogue SUDOC, en appliquant le filtre thèse, sur lequel nous avons sélectionné les mots :

-Hypnose (mot du titre)

-Médecine générale (mot du titre)

Puis nous avons complété nos recherches par une recherche sur le Dépôt Universitaire de Mémoires après Soutenance (DUMAS-CCSD), ainsi que sur le site de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en utilisant les mêmes termes.

En fonction des critères d'inclusions et d'exclusion des revues de littératures et méta analyses précités, nous avons premièrement recherché les termes MeSH dans le dictionnaire CisMEF (Catalogue et Index de sites Médicaux de langue Française) :

- Hypnose correspondait à Hypnosis
- Médecine générale : general practice
- chirurgie : Surgery
- Post-opératoire: postoperative care
- Radiologie interventionnelle : radiology interventional
- travail : labour
- accouchement: childbirth
- soins dentaires: dental
- Chimiothérapie: chemotherapy

Nous avons ensuite appliqué cette recherche dans l'interface PubMed de MEDLINE en appliquant les filtres :

- Filtre revues : 499 articles trouvés.
- Puis filtre Revues systématiques et méta analyses pour faciliter l'état des lieux de la recherche étant donné le nombre d'articles : 50 articles trouvés.

hypnosis[MeSH Major Topic] **AND** Review[ptyp]) **NOT** surgery[MeSH Terms]) **NOT** postoperative care[MeSH Terms]) **NOT** radiology, interventional[MeSH Terms]) **NOT** labour[MeSH Terms]) **NOT** childbirth[MeSH Terms])**NOT** dental[MeSH Terms]) **AND** Review[ptyp])) **AND** ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) **NOT** postoperative **NOT** chemotherapy[MeSH Terms]

Nous y avons associé une recherche de revues de la littérature sur la base de données COCHRANE, réputée pour sa rigueur méthodologique. Les termes MesH ont été sélectionnés, avec acceptation des synonymes et variation.

2. Résultats de la recherche par bases de données

a) Thèses :

La recherche sur le catalogue SUDOC a retrouvé 19 thèses, dont une qui n'a pas été incluse car il n'y avait pas de résumé. Tous les résumés ont été lus mais pas toutes les versions intégrales, qui n'étaient pas toutes

disponibles. Le service de prêt entre bibliothèque a été utilisé pour certaines ; le manque de ressources financière et de temps n'a pas permis l'exhaustivité voulue.

Le résultat de la recherche complémentaire sur DUMAS donne 17 thèses. Une seule n'était pas comprise dans la recherche SUDOC (24).

Sur le site de la SFMG, une autre thèse concernant l'hypnopraxie a été relevée (54).

Au total, 20 thèses concernant l'hypnose (ou apparenté) en médecine générale sont répertoriés, dont 9 avec la version intégrale.

b) Articles

Une première recherche sur l'interface Pubmed de MEDLINE concernant l'hypnose et la médecine générale, selon les termes suivants a permis de répertorier 56 articles :

Hypnosis [MeSH Major Topic] **AND** general practice [MeSH Major Topic].

En voici les principales caractéristiques :

- Dates: de 1950 à 2008
- Beaucoup sans abstracts : exclusion
- Au total, sélection de 2 articles dont un seul concerne une procédure thérapeutique (31), l'autre faisant l'état des lieux de la connaissance de cette thérapeutique par des médecins généralistes du TEXAS, en 1996 et donc n'était pas applicable à cette revue car aucune généralisation ne pouvait en être faite.

Une recherche manuelle par lecture des bibliographies des premières lectures a permis de retrouver une étude descriptive multicentrique datant de 1997 (44).

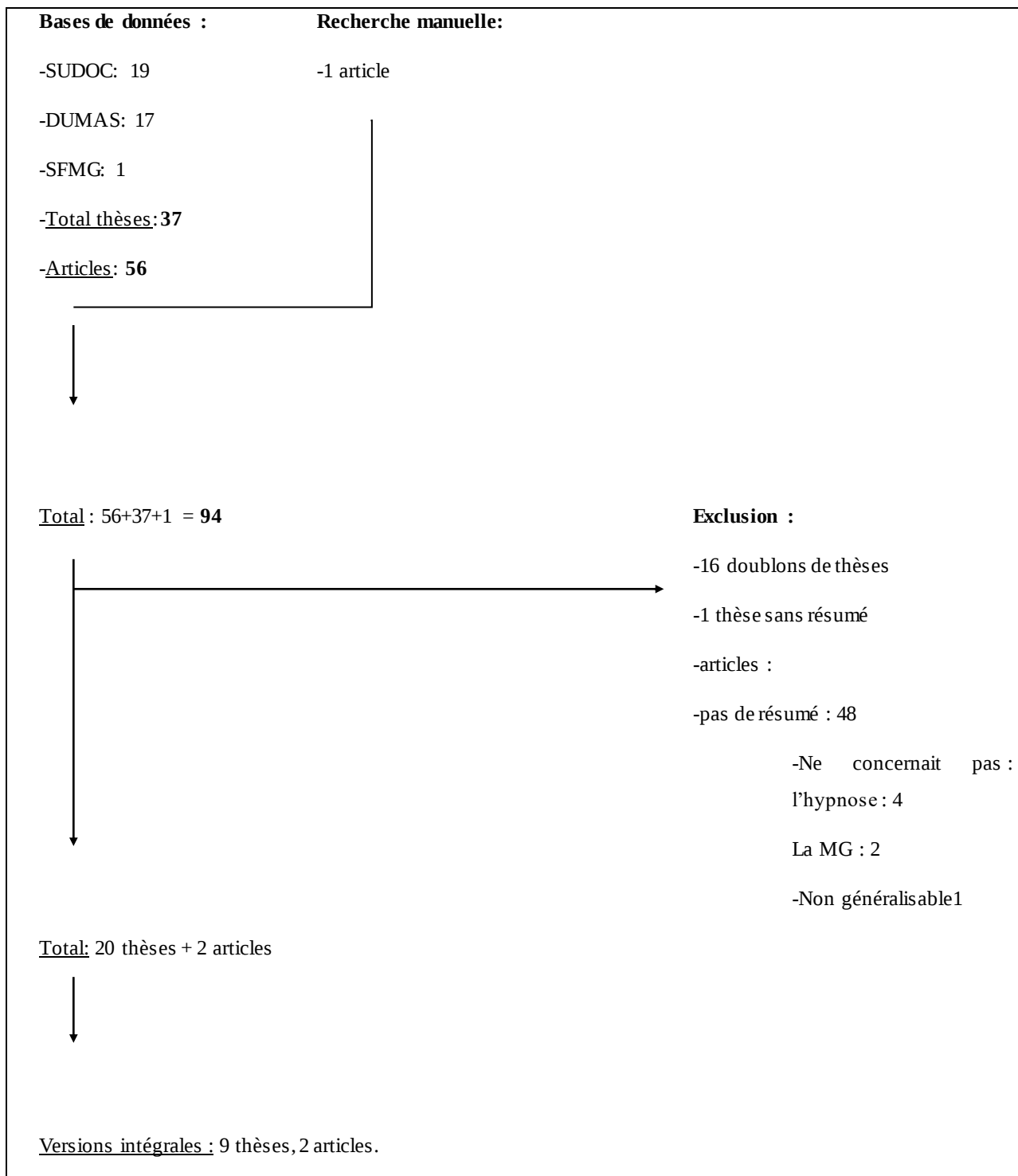


Diagramme de flux concernant les thèses et articles directement liés à la médecine générale.

c) Revues systématiques et méta analyses :

Parmi les 50 revues et méta analyses :

- 3 ne comprenaient pas d'abstract.

- 5 articles étaient déjà analysés dans la revue de littérature du rapport INSERM.
- 4 revues concernaient les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) et avaient été publiés avant le rapport de l'INSERM.
- 14 articles ne traitaient pas exclusivement de l'hypnose comme intervention.
- 9 articles correspondaient à des procédures médicales non applicables à la médecine générale (confort de soin lié à procédures médicales telles que les myélogrammes, ponction lombaires, avulsions dentaires, biopsies, chirurgies, saignement obstétrical, procédures liés aux soins oncologiques hospitaliers...).
- 1 article était en allemand.
- 1 article ciblait la compréhension neurophysiologique et neuropsychologique.
- Après lecture intégrale, nous en avons exclus deux autres : un concernait la recherche de procédures de rééducation liées aux douleurs fantômes après amputation, et l'autre ne consistait absolument pas en une revue de littérature mais plutôt en une énumération des indications déjà testés dans des publications. Il n'avait aucun intérêt critique.

Dans la Cochrane Library : on recensait 17 revues sur un total de 645 articles. Sept revues portaient exclusivement sur l'hypnose (les autres évaluaient des psychothérapies ou des approches décrites comme corps-esprit). Une seule revue n'était pas déjà analysée dans le rapport de l'INSERM. Elle évaluait l'hypnose pour induire le travail obstétrical et n'a donc pas été incluse.

Au total, cela correspond à 11 revues et méta analyses, auquel nous ajoutons le rapport INSERM et le fruit de notre recherche manuelle à partir des bibliographies issues de nos lectures, ainsi qu'à partir de sites spécialisées. Soit au total 7 méta-analyses, un rapport et onze revues.

3. RESULTATS détaillés :

a) Thèses et articles

Le Dr DIEULOUARD réalisait en 2016 une étude statistique visant à évaluer l'état des connaissances actuelles des médecins généralistes par envoi d'auto-questionnaires sur un échantillon national de médecins généralistes (29). Il mettait en évidence que 59 % des médecins interrogés (n=120) n'avaient aucune expérience pratique de l'hypnose et que seuls 15% avaient déjà suivi une formation d'au moins une heure. Ils reconnaissaient en majorité l'efficacité de l'hypnose pour ses indications principales mais ils n'orientaient en moyenne que 8 patients par an vers une personne compétente. 68% trouvaient difficile cette orientation, en partie par le manque d'annuaire. Il concluait qu'«une meilleure connaissance de l'hypnose est associée à une fréquence plus élevée d'orientation » adaptée. Cela met en évidence le manque de formation au cours de notre cursus.

On déplore tout de même une faible participation à son questionnaire avec possible surreprésentation des médecins ouverts à l'hypnose car ayant bien voulu y répondre. Ce questionnaire ayant été créé pour cette étude, il n'a pas de validité externe permettant de réelle comparaison avec d'autres études.

Le Dr TERRAT tentait quant à lui de préciser les modalités pratiques de l'hypnose en médecine générale par une enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France en 2016 (24). 41,5% des répondants avaient un exercice particulier. Ils pratiquaient l'hypnose en majorité au cabinet mais parfois à domicile (34%), voire dans d'autres structures (CSAPA, EHPAD..); ils réalisaient en moyenne 10,3 consultations d'hypnose par mois, qui duraient 48,4 minutes. Peu d'entre eux se cantonnaient à l'hypnose conversationnelle (7%). Il soulignait la présence de nombreux bénéfices de cette pratique pour le médecin, tel que le développement de la « boîte à outils » et une efficacité au service du patient par diminution des prescriptions et l'obtention d'une **autonomie** du patient ; la communication semblait améliorée, tant en termes d'écoute que de discours. Ces avantages étaient contrebalancés par des **difficultés d'organisation** (coût, temps, dérangement, espace, idées reçues...) déclarés par 80,5% ainsi que la **non reconnaissance institutionnelle** (ordre des médecins et complémentaires santé). Seulement 7,3% ne rapportaient pas d'inconvénient.

Une autre enquête de pratique chez neuf médecins généralistes formés à l'hypnose, réalisée par le Dr GALLET en 2011 par des entretiens semi-dirigés(27), permettait de confirmer l'apport de l'hypnose, à savoir une prise en charge globale et rapide, qui évite le recours médicamenteux. Cet outil peut aussi représenter une thérapie à part entière, qui occupait une **faible part de l'activité**, aussi valorisant que cela puisse être (notamment en favorisant l'alliance thérapeutique). Cela restait peu attractif financièrement, sans que cela ne constitue un réel frein. La gestion du temps restait la difficulté majeure. Les indications étaient très variables. Il s'agissait de **situations complexes** et intriquées, avec par exemple des symptômes chroniques et/ou résistants aux traitements usuels. Les troubles de l'humeur, qu'ils soient réactionnels ou centraux, faisaient partie des objectifs de prise en charge. C'est la douleur, sous toutes ses formes, qui reste l'indication préférentielle. A noter que des problèmes organiques peuvent être en cause, pour diminuer leur retentissement. L'apprentissage de l'autohypnose était un facteur quasi constant. L'efficacité était décrite comme fréquente, progressive mais souvent incomplète. Les raisons d'échec évoquées seraient :

- ✓ Efficacité inconsciente selon le patient.
- ✓ Technique inadaptée au patient.
- ✓ Erreur technique.
- ✓ Mauvaise indication.

Un élément capital qui ressortait de cette étude était l'isolement des praticiens et la difficulté d'auto-évaluation objective qui aurait permis de progresser. Une échelle d'évaluation commune, reproductible, avec des critères restreints mais respectant aussi la globalité d'approche serait intéressante à mettre en place.

Un autre travail comparable réalisé à la Réunion en 2013 (11) présentait des résultats sensiblement égaux. Des questionnaires adressés à 43 patients permettaient de confirmer les apports de l'hypnose selon leur point de vue. Dans l'ensemble, ces patients (60%) avaient souvent recours à d'autres thérapies complémentaires.

77% d'entre eux décrivaient une amélioration du symptôme, qui débutait au plus tard quelques jours après la première séance. La relation avec le médecin était modifiée positivement pour 80% d'entre eux. Ils bénéficiaient aussi de plus d'autonomie et 84% d'entre eux auraient conseillé cette approche à leurs proches. L'absence d'inconvénient était aussi à souligner.

Une nouvelle étude qualitative réalisée en 2015 (52) permettait relativement de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population. En effet, cet échantillon a été analysé dans l'Hérault et le Gard, et retrouvait des similitudes. Par ailleurs, elle relevait le parcours de soin des patients qui pouvaient être en situation de derniers recours, ou d'emblée. Ils étaient le plus souvent recrutés par les médecins au sein de leur propre patientèle, mais aussi par bouche à oreille ou parfois à l'aide de réseau professionnel, voire via les médias ou internet. Deux bénéfices de l'hypnose attirent notre attention, dans le sens où ils n'étaient pas encore évoqués, à savoir l'utilisation des ressources du patient et la lutte contre le nomadisme médical (surtout lorsqu'utilisé en premier recours, en favorisant le lien).

Les limites énumérées sont les suivantes :

- ✓ (In) compétences du praticien : ses propres limites
- ✓ Les pathologies psychiatriques
- ✓ Les pathologies organiques
- ✓ L'absence de volonté de guérison
- ✓ L'attente du miracle
- ✓ La rentabilité
- ✓ L'absence de réseau officiel

Le Dr TAYEG accentuait sa recherche sur les difficultés à la pratique de l'hypnose en médecine générale et proposait des solutions potentielles, grâce la réalisation de focus groupes en Ile-de-France (55). Les freins à cette pratique étaient encore un fois d'ordre relationnel et organisationnel. Comment acquérir la posture d'hypnothérapeute ? Cela nécessite une préparation intérieure (oser !), de mettre de la souplesse dans la pratique (acceptation du dérangement, hypnose brève, séances informelles, conversationnel). L'alliance thérapeutique était alors présentée comme un préalable à l'hypnose, qui en est à la fois un vecteur. Une autre question est au cœur de la problématique du soin primaire et concerne les soignants et les patients : comment sensibiliser et informer pour lutter contre les représentations de l'hypnose? Certains ont pensés à changer le nom trompeur de cette pratique. Cependant, cela risquerait de nuire à l'efficacité thérapeutique car le terme est suggestif en lui-même(46). Il serait préférable de susciter du désir chez le patient et cultiver l'attente, après avoir « semé la graine », tout en respectant son rythme. Adopter une position basse et s'ajuster au patient sont des éléments capitaux que l'on retrouve dans les recommandations pratiques de soins primaires (14).

Qu'en est-il de ces représentations de l'hypnose? Étudiées chez neuf patients n'ayant jamais eu recours à l'hypnose en 2013 par le Dr BOSCH à l'aide d'entretiens individuels (9), elles se sont révélées très homogènes, quelque que soient les caractéristiques sociodémographiques. Les idées qui en sont ressorties étaient le fait que l'hypnose soit une sorte de sommeil, qui entraînerait une perte de contrôle et une soumission. Il s'agirait d'un

phénomène magique ou divin, par lequel une amnésie pouvait être provoquée. Les dangers mis en avant étaient le charlatanisme ou les dérives sectaires. L'hypnose était considérée comme relevant uniquement des thérapies psychiques, ne fonctionnant pas sur tout le monde. Quoi qu'il en soit, l'hypnose n'était pas du ressort du médecin généraliste. Il a été mis en évidence une méconnaissance globale de l'hypnose médicale, entretenue par l'hypnose de spectacle et certains médias comme le cinéma et la littérature. Même si les représentations de l'hypnose étaient homogènes, cette étude a laissé apparaître deux profils de patients différents, un profil « scientifique » plutôt réticent aux traitements alternatifs et/ou psychologiques et un profil « magico-religieux » ayant des craintes vis-à-vis de la médecine moderne et/ ou chimique », avec des attentes différentes concernant l'hypnose. Il est également ressorti de cette étude que la confiance en le praticien est indispensable pour soulager les angoisses émanant de ces représentations. Les patients ayant confiance en leur médecin traitant, ils auraient été rassurés que ce soit leur médecin qui leur propose une séance d'hypnose ou qu'il leur donne des informations à ce sujet. L'auteur concluait qu'il « serait sans doute nécessaire que les médecins généralistes soient davantage informés sur l'hypnose médicale. »

On peut maintenant s'intéresser aux vécus de patients ayant pratiqué l'hypnose auprès de médecins généralistes. Cette étude a été réalisée auprès de 21 patients volontaires Dijonnais, entre 2013 et 2014 (45). L'hypnose étant considérée comme une thérapie brève, il est étonnant de constater que ces patients avaient bénéficié d'un suivi d'entre 3 séances et 5 ans (13/21 patients ont un suivi d'au moins 1 an). Il peut s'agir d'un biais de sélection puisque les patients sont présentés comme évoluant dans un contexte difficile et ayant un parcours de soin pour le moins chaotique. Leurs états psychiques avant orientation vers l'hypnose pouvait comprendre un syndrome anxiodépressif marqué avec focalisation, exagération des problèmes, une inquiétude sur l'avenir voire un repli. Ils décrivaient une incompréhension par l'entourage, un hyper contrôle des sentiments parfois inexpressifs, rigides et exigeants. En somme, une situation d'immobilité parfois responsable et/ou causée par la chronicité des symptômes et le vécu handicapant motivait cette approche plus globale.

Le Dr BENHAIEM, directeur de l'IFH, parle de « sidération » correspondant à une « fascination hypnoïde » dans lequel s'installent les patients en contexte pénible, à l'origine de la souffrance ou du pathologique. « A force de fixer un problème ou un organe blessé, la douleur et la souffrance s'installent, occupant tout le champ de perception... Les sens sont inopérant en absence de mouvement. » (6). L'hypnose intervient alors pour élargir cette perception dans l'optique de trouver une réponse adaptée.

Les patients avaient été orientés vers l'hypnose par leur médecin traitant ou un spécialiste, voire un autre soignant; il s'agissait d'une démarche personnelle parfois sous les conseils d'un proche. Les dimensions touchées par l'hypnose étaient encore une fois relationnelles, avec la globalité permettant de « changer le regard que l'on a sur soi-même » et d'acquérir une « sécurité intérieure ». Le rapport au monde et aux autres (constatés par l'entourage) était aussi modifié au profit de la qualité de vie. L'autonomie est au cœur de ce « nouvel apprentissage ». Cette approche complémentaire présentait toutefois des limites, qui peuvent être un échec initial la persistance des symptômes initiaux et d'une fragilité ou une amélioration fluctuante.

Une étude descriptive portant sur 150 consultations (93 patients), multicentriques (4 cabinets) au cours de 9 semaines visait à évaluer l'hypnose en consultation de médecine générale libérale en 1997 (44). La population était majoritairement jeune (25 à 77 ans), à prédominance féminine et établissait une demande spécifique pour ce type de prise en charge. Les patients évoquaient une origine psychologique ou psychosomatique à leurs problèmes de santé dans 72 % des cas et le diagnostic médical était corrélé dans 90 %

des cas : anxiété, phobies, insomnies, troubles sexuels, dépression, manque de confiance en soi et anxiété sociale, énurésie, hyperactivité. Les autres motifs de consultation (28%) étaient principalement des syndromes douloureux chroniques, la surcharge pondérale, et certaines affections cutanées (psoriasis...). Il s'agissait dans la majorité des cas de derniers recours, puisque les troubles étaient souvent permanents ou récurrent.

Contrairement aux résultats des thèses évoquées ci-dessus, plus récentes, 93% des séances se faisaient à la demande du patient. Elles duraient en moyenne 42 minutes et étaient de plus en plus courtes en fonction du nombre de séance. La plupart ayant 4 séances ou moins. On rappelle que le suivi ne durait que 9 semaines. C'est le plus souvent le seul acte effectué (83 % des cas) au cours de la consultation. Les auteurs apportent un regard particulier sur leur pratique puisqu'ils décrivent les procédures utilisées. Elles semblent respecter les valeurs propres des patients en induisant la transe par un accompagnement dans un souvenir agréable (pour 46 % des cas). Ils soulignent également un aspect communicationnel « à plusieurs niveaux » avec « fonctionnement global corps esprit » grâce au travail hypnotique spécifique reposant sur l'utilisation des métaphores. La mise en œuvre d'exercices d'autohypnose (37 %) confirmait la participation active du patient à son traitement. Les résultats du traitement étaient évalués subjectivement et montraient une appréciation positive à chaque épisode, tant par les patients (69 %) que par les médecins (74 %), 20% des patient ne déclaraient aucun effet et 11% une dégradation.

Il est dommage que la durée du suivi et la raison de l'arrêt des thérapeutiques n'ait pas été discuté. Il serait facile de conclure à mode de thérapie brève d'efficacité rapide, mais cela n'a pas été évalué à long terme. De plus, l'évaluation, qui reste subjective et faite à l'aide d'échelles non validés, portait sur l'effet ressenti de la dernière séance et non sur la globalité.

Un essai contrôlé randomisé (ECR) publié en Norvège en 2008 visait à évaluer l'hypnose dans les syndromes douloureux généralisés chroniques chez 16 patients (31). C'est à notre connaissance le seul essai de cette qualité réalisé en médecine générale. L'intervention était standardisée en 10 séances de trente minutes, à raison d'une par semaine. Le protocole thérapeutique était préétabli et délivré dans le même ordre chez chacun des patients. Les types de suggestions utilisées étaient décrits dans la publication. Des enregistrements audio étaient remis au patient pour une aide à la réalisation séances d'autohypnose. Le groupe contrôle a été traité après la période de contrôle. Il bénéficiait du traitement habituel géré par le médecin traitant (combinaisons variables entre médicaments, physiothérapie, chiropraxie, antidépresseurs). Le groupe hypnose comprenait le même traitement avec adjonction du protocole standardisé. Les résultats étaient évalués à l'aides d'un questionnaire symptomatique (symptôme et retentissement ; qualité de vie) avant et après l'intervention. Ils montrent une amélioration significative des symptômes (scores 62 -> 55) contre une détérioration dans le groupe contrôle (37->45), $p=0,045$. Après traitement du groupe contrôle (12 patients au total ont eu le traitement complet, on remarque une moyenne d'amélioration de 10 points (51->41 ; $p= 0,046$) maintenu à un an. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter.

L'auteur concluait que malgré le **petit effectif**, les résultats étaient statistiquement positifs. Cela a été permis grâce à des patients très répondeurs. Il proposait deux hypothèses à cette variabilité de réponse au traitement : la différence d'étiologies ou de suggestibilité. Cette fois encore, le questionnaire n'était pas validé scientifiquement, bien que basé sur d'autres existant. **Plus d'études sont nécessaires pour confirmer ces résultats prometteurs.**

D'autant plus que la méthode de randomisation n'était pas décrite et les deux groupes étaient inégaux en terme de score prétraitement, à relativiser par l'efficacité montrée aussi chez les patients contrôles au décours.

Cette efficacité a été montrée malgré le protocole standardisé, qui peut sous-estimer l'effet de l'hypnose réelle. Comme nous l'avons vu, la force de cette approche est d'être adaptée à chaque patient. Les séances ont été pratiquées par le médecin traitant ; l'effet peut être pour partie lié à l'alliance thérapeutique en tant que telle, qui n'a pas été évaluée. L'extrapolation des résultats en est renforcée puisque les conditions sont plus proches de la pratique réelle.

b) Rapport INSERM : Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose (7)

Il s'agit d'une revue de la littérature concernant EMDR (eye movement desensitization and reprocessing, en français « intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) et l'hypnose, qui sont traités séparément. Une sélection de 6 revues et 16 essais contrôlés randomisés ultérieurs sur les mêmes sujets et comprenant au moins cent sujets a été faite. Toutes les indications discutées ne sont pas applicables à la médecine générale. Nous n'insisterons pas sur celles-ci. Un seul essai provenait d'Asie. Tous les autres provenaient d'Europe ou des Etats-Unis.

Les revues Cochrane ont été choisies pour leurs critères de méthodologiques de sélections rigoureux et l'absence de conflit d'intérêt.

Une grande hétérogénéité des protocoles d'interventions a été mise en évidence, de même que pour les groupes contrôles. Il s'agissait variablement de : la prise en charge habituelle, un traitement médicamenteux (+/- associé à hypnose), la liste d'attente, relaxation, attention structurée, thérapie de soutien, ou musique relaxante. Si possible, l'intervention était réalisée en aveugle du praticien, ce qui est un des biais commun aux évaluations de psychothérapies ou apparentées. Les évaluations subjectives étaient le plus souvent associées à des mesures objectives. Les auteurs attirent notre attention sur le fait que les études n'étaient pas conçues en équivalence ni en non-infériorité, impliquant une impossibilité de conclure devant des effets non mis en évidence.

Outre les indications qui se dégagent difficilement de cette revue (dans les **troubles fonctionnels intestinaux**, en **traitement adjuvant** des procédures médicales +/- pour le traitement des **bouffées de chaleur** chez les femmes ménopausées) et la confirmation de la **quasi-innocuité** de l'hypnose, on ne peut s'empêcher de constater les difficultés méthodologiques de l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose. Cette étude se confronte à limites communes aux essais médicamenteux, ainsi qu'à celles communes aux thérapies complémentaires (généralisation des résultats, standardisation des interventions, l'insu, le choix du contrôle/placebo...). L'hétérogénéité qui en découle retentit donc sur la fiabilité des synthèses quantitatives des essais (méta-analyses).

Cette approche est considérée comme globale, constituée d'effets spécifiques et non spécifiques. L'évaluation de l'effet global est donc aussi très importante. C'est dans ce cadre que des essais à trois bras se développent et sont pertinents.

Par ailleurs, les objectifs d'une approche complémentaire ne sont pas forcément superposables à ceux d'une thérapeutique conventionnelle. Une attention particulière doit être portée sur le choix des critères de jugement, pour ne pas mésestimer cette pratique par rapport aux standards, qui ne sont finalement pas les mêmes. Les auteurs concluent qu'il semblerait « pertinent d'avoir recours à des études qualitatives dans un premier temps, afin de préciser le critère de jugement le plus pertinent pour les études quantitatives. », comme la satisfaction globale de l'intervention, qui est rarement analysée.

Ce rapport s'est aussi intéressé à la **sécurité** de l'hypnose.

Basé sur la revue de la littérature, mais aussi selon la section jurisprudence du Comité National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le service de responsabilité professionnel de la MACSF et les communications personnelles des thérapeutes, les données sont « rassurantes. Il n'y a pas d'effet indésirable grave attribuable à l'hypnose » sous réserve que la revue ne recense que 2500 patients au total. *«L'enjeu est éthico-juridique. Pratique encadrée par des chartes éthiques (25), mais pas d'encadrement légal. Si l'hypnose est pratiquée par un professionnel de santé, intégrée à l'offre de soin conventionnelle, cela limite les risques de retarder ou d'entraver l'accès à des soins conventionnels qui seraient par ailleurs nécessaires.»*

A noter que peu ou pas d'études portent spécifiquement sur les effets secondaires de l'hypnose. Des effets secondaires bénins ont été déclarés, tels que des vertiges, une amnésie transitoire, des céphalées, une somnolence, ou encore la création de faux souvenirs. Ils sont considérés comme rares selon la Mayo Clinic et peuvent être prévenus ou contrôlés si le praticien est expérimenté.

Le rapport précise qu'il n'y a pas de condamnation existante de médecin recensé par le CNOM. Un mémoire de DU d'hypnose médical (Keke. 2014) recense cependant 15 décisions de justice concernant l'hypnose en France, dont 6 sont des agressions sexuelles/viols sous hypnose (2 médecins sont concernés) et 1/3 d'exercice illégal de la médecine ou d'utilisation de l'hypnose pendant des procédures de justice.

La MACSF ne déclare aucun sinistre.

En conclusion, la mise en place d'un « système de surveillance » semble pertinente, ainsi qu'une réflexion autour de « l'encadrement législatif » de la pratique de l'hypnose.

Pour finir à propos de cette vaste étude, on précise que les critères de sélection des articles sont très stricts, ce qui renforce la validité des résultats positifs. Mais n'est ce pas trop restrictif ? Cette sécurité méthodologique a été choisie peut-être au risque de passer à côté d'autres travaux. Par ailleurs, l'analyse de la littérature est uniquement centrée sur le médical et donc discordante avec cette pratique qui se veut adaptée et globale.

c) Revues de littérature et méta-analyses :

▪ **Méta analyses :**

Elles sont au nombre de sept. Nous présenterons et tenterons de critiquer succinctement leurs résultats.

En 2007, E. FLAMMER et A. ALLADIN proposent une synthèse de l'effet de l'hypnothérapie dans le traitement des troubles psychosomatiques (42). Elle a été menée sur 21 ECR comparant l'hypnose à des patients sans traitement. Les deux groupes pouvaient être associés ou non à un traitement usuel mais non psychothérapeutique. Une variable pouvant affecter le résultat a été cherchée : le type d'hypnose (classique, moderne ou mixte). Étant donné l'hétérogénéité de suivi entre les études, seule la première mesure après traitement est étudiée ici. La définition des troubles psychosomatiques pour inclusion était assez large : basée initialement selon l'International Classification of Disease 10 (ICD-10), les pathologies ayant une composante comportementale ou psychologique importantes étaient aussi incluses. La taille de l'effet a été calculée pour chaque étude, puis une moyenne globale a été calculée et pondérée selon la taille de l'échantillon. Une description très détaillée des analyses statistiques réalisées dans le but de prévenir les biais a été faite. Bien que la classification des types d'hypnose semble artificielle ou arbitraire, les études ayant déclarés réaliser une hypnose classique prédominent. La généralisation des résultats en dépendent. La moyenne des tailles d'effets pondérée montre un **effet modéré ($d = 0,61$)**. Ce correspondait à une estimation du taux de réussite (réduction symptomatique) chez 35% des patients sans traitement contre 65% avec hypnose, selon le calcul de BESD. Aucune variable d'efficacité n'a pu être mise en évidence après analyse de variance, hormis le type d'hypnose. Ce résultat reste difficile à interpréter.

Le diagramme en entonnoir asymétrique suggérait un biais de publication car il n'y avait aucune large étude qui montrait un effet important. Pour estimer ce risque de biais de publication, un « N-safe » a été calculé. Il fallait 56 études avec une taille d'effet égal à 0 pour réduire la taille d'effet moyenne à 0,2. Une étude a été exclue secondairement après calcul de la taille de son effet pour ne pas fausser la moyenne car elle était nettement supérieure aux autres. Cependant, les analyses statistiques semblent avoir été faites parfois avec 22 et parfois avec 21 études. Ce n'est pas très explicite. Par ailleurs, le test d'homogénéité a relevé une importante hétérogénéité de population (par erreur d'échantillonnage pour majorer artificiellement la puissance des études ?) influant sur l'effet, qui reste cependant positif. Le manque d'information concernant l'intervention (sévérité des symptômes, critères diagnostiques, âge...) n'a pas permis d'analyser cette hétérogénéité convenablement, qui laisse l'interprétation difficile.

Aucune analyse à long terme ne permet de confirmer ces résultats, qu'il faut prendre avec précaution étant donné que toutes les variables ont été incluses : l'effet spécifique de l'hypnose reste à prouver.

Une méta analyse évaluant l'hypnose dans le syndrome de l'intestin irritable publiée en 2015 (32) vient appuyer le rapport de l'INSERM. Huit ECR sont analysés, comprenant 464 patients et concernant l'efficacité et la tolérance à plus de six mois. Les groupes contrôles pouvaient comprendre tout type d'intervention, hormis des psychothérapies. Les critères de jugement principaux étaient auto-évalués concernant l'efficacité. Il s'agissait d'un score global et d'une variable binaire de satisfaction de soulagement symptomatique. Pour la tolérance,

c'était le nombre de perdu de vu pour cause d'effet secondaire. L'intervention par hypnose correspondait à des protocoles semblables, excepté dans une étude, mais les méthodes de mesures étaient variables. L'intensité et le temps d'interaction au thérapeute était supérieur dans le groupe hypnothérapie, qui a montré sa supériorité à la fin du traitement (RR=1,69 ; $p < 0,009$) concernant le score symptomatique global, et à long terme selon la satisfaction liée au soulagement. Il y a eu un abandon secondaire à une attaque de panique pendant une séance d'hypnose. Pas de différence significative n'a pu être retrouvée pour les critères secondaires (symptômes individuels). Les auteurs concluent à une efficacité, sous réserve d'une validité interne dépendante de l'hétérogénéité des interventions, des mesures... etc. Au total, recommandable en pratique clinique, en particulier chez les patients réfractaires aux traitements usuels, du fait de la sécurité de cette technique.

La méthodologie est bien décrite, notamment pour la gestion des risques de biais : le principal discuté étant l'hétérogénéité de résultats selon les symptômes. Ceci peut être expliqué par le fait que les critères de jugements principaux et secondaires étaient multiples et la hiérarchisation insuffisante. L'absence de double aveugle reste constante dans les essais comparant ce type d'intervention mais peut influencer les résultats.

Les psychothérapies étaient exclues des contrôles alors que considérés comme efficaces : risque de surestimer l'effet.

L'inclusion de patients recrutés par médecins généralistes et spécialistes, essentiellement en externe permet de généraliser les résultats, applicables à notre étude.

G. MONTGOMERY et K.DUHAMEL réalisent en 2000 une étude à propos de l'efficacité de l'hypnoanalgésie (35), à partir de 18 études comprenant 933 patients. Le critère principal était la proportion de gens bénéficiant de suggestions hypno analgésique, avec calcul de la taille d'effet dans les études comparant l'hypnose au traitement standard ou à une abstention thérapeutique. Les résultats secondaires comparaient la différence d'efficacité entre les volontaires sains (douleur induite expérimentalement) et chez les patients et celle entre l'hypnose et une autre psycho intervention. Deux essais ont été exclus secondairement car leur taille d'effet était probablement haut ($d > 15$). Les auteurs concluent à un effet pondéré (selon la taille de l'échantillon) significativement modéré ($D = 0,67$) pour l'effet global. La variation de $D = 0,25$ signifie que la moyenne des participants traités par hypnose montre un plus grand bénéfice que 75% des participants des groupes contrôles. Après comparaison des tailles d'effet, pas de différence significative n'a été montrée entre les douleurs expérimentales et celles des patients. Pour la comparaison avec les autres psychothérapies, aucune différence significative n'a pu être montrée. Au total, des études avec des effectifs plus importants sont nécessaires, ainsi que des méthodes de mesures objectives systématiques. Les auteurs concluent cependant à l'efficacité de l'hypnose sur la douleur, au moins comme traitement adjuvant. Cette conclusion est incitée par la concordance de ces résultats avec la littérature.

On remarque que les objectifs de cette étude sont multiples et très variés, la rendant peu lisible. Le risque de conclure à tort est donc majoré par multiplicité des tests. Surtout que 27 tailles d'effets ont été calculées sur les 18 études, du fait de méthodes de mesures différentes dans trois d'entre elles. Par ailleurs, trois études évaluaient l'hypnose associée à un autre traitement, ce qui rend ininterprétable l'effet en termes de spécificité. Les auteurs justifient leurs inclusions par le fait que cela correspond à seulement un sixième du total du nombre d'étude et que les répercussions sont négligeables.

Tous les essais inclus n'étaient pas randomisés. Les critères d'inclusion étaient très larges, rendant la synthèse quantitative difficile, mais aussi générateur de biais de sélection.

L'analyse du critère secondaire n'était pas fixée pour un objectif d'équivalence ou de non infériorité. On ne peut donc pas conclure à l'efficacité comparable entre les deux groupes.

La méthodologie globale de cette étude impose de nombreuses réserves quant aux conclusions des auteurs.

Le même auteur évalue plus récemment l'impact de la suggestibilité dans les procédures de soins cliniques (39). La suggestibilité hypnotique est considérée comme un modérateur prédictif de réponse au traitement mais est-elle utile en clinique ? Cette question est intéressante pour les praticiens en soins primaires, qui semblent évaluer et recruter leurs patients intuitivement (52).

Pour répondre à cette question, les auteurs cherchaient aussi à identifier des facteurs modérateurs, grâce au test Q. La taille d'effet moyenne a été calculée à partir de 33 effets sur 10 études comprenant au total 283 patients. Elle était significativement faible: ($r = 0,24$; IC95% 0,28-0,75): en d'autres termes, une suggestibilité accrue mène à une meilleure réponse hypnotique. Les échantillons étaient de tailles d'effet très hétérogène, expliquées par la présence de variables modératrices:

- ✓ La taille de l'échantillon, inversement corrélé à la taille d'effet ($r = -0,67$ $p < 0,001$).
- ✓ L'échelle d'évaluation de la suggestibilité.
- ✓ L'âge : la taille des effets était significativement plus élevée dans les échantillons pédiatriques.
- ✓ Le résultat était non significatif pour la nature du critère évalué (symptômes).

La suggestibilité hypnotique correspondait à uniquement 6% de la variance des résultats.

Son évaluation (en contexte de souffrance) est souvent plus longue que l'intervention elle-même et risque de majorer la souffrance, les coûts et le temps de soin. L'effet est petit donc l'implication clinique reste limitée. Le test apporterait une idée sur l'importance de la réponse, pas plus. Il pourrait même être contre-productif: la mesure de suggestions souvent difficiles, suggérant des échecs aux patients et donc risquant d'amoindrir les attentes de ces patients (qui sont un facteur prédictif de réponse thérapeutique (8)).

Les auteurs tentent d'expliquer le rôle des modérateurs retrouvés :

- Concernant la taille d'échantillon, cela peut correspondre à un biais de publication (les effets démontrés avec de petits échantillons n'incitent pas à poursuivre l'étude)
- Les tailles d'effet les plus grandes étaient à la fois dans des populations pédiatriques et des échantillons petits. Il est donc difficile de faire la part des choses.

En conclusion, les auteurs déconseillent l'utilisation de tests en pratique clinique.

Une méta analyse évaluait en 2011 l'efficacité de l'hypnose et de imagination guidée chez 239 patients atteints de Fibromyalgie (36). Elle regroupait 6 ECR. Les critères analysés étaient la douleur, le sommeil, la fatigue, et le retentissement sur la qualité de vie (score HRQOL). Le critère secondaire était l'humeur dépressive. Le suivi à long terme était évalué dans seulement dans 3 études. Les groupes contrôles comprenaient

variablement: intervention cognitive (hypnose simulée), TCC (thérapie cognitivo-comportementale), physiothérapie, entraînement autogène, ou les traitements habituels. Au total, cela montrait une réduction de la douleur supérieure au traitement avec une taille d'effet importante, sauf sur la qualité de vie où les résultats n'étaient pas significatifs. Mais les résultats devenaient NON significatifs après avoir enlevé les 2 études dont les valeurs ont été calculées par les auteurs de la méta-analyse. La taille d'effet globale pour les autres symptômes n'a pu être calculée par manque de données...

Ces résultats sont à relativiser par ceux d'une *"méta-régression qui montrait une association inverse entre la qualité des études/qualité du score de traitement et la taille de l'effet »* ; Il n'y avait pas d'association significative avec la taille d'échantillon.

En discussion, les auteurs précisaient en moyenne des qualités méthodologiques modérées des études analysées: il n'y avait pas d'évaluation objective des résultats; une étude n'a pas donné les résultats statistiques; aucune étude ne prédéfinissait de taux de réponse au traitement; une seule étude évaluait les perdus de vue. De plus la recherche d'effet secondaire était absente. De même, ils soulignaient l'hétérogénéité sur le critère de douleur ; Les petites tailles d'échantillon ont été inclus du fait du manque d'étude, qui ne permettait d'ailleurs pas d'analyse en sous groupe pour analyser cette hétérogénéité

Au total, les auteurs concluent à l'**absence de recommandation** possible pas manque méthodologique.

Nous ajoutons qu'il y avait une faible hiérarchisation des critères.

L'inclusion de technique apparentée ("imagery guided") afin de majorer les données pourrait sous estimer l'effet spécifique de l'hypnose. D'autant plus que dans la majorité des études, l'hypnose pratiquée était directive et donc éloignée de celle qui se fait en pratique actuelle, plus adaptée au patient et permissive.

L'hypnose est réputée pour aider dans les troubles du sommeil, qu'ils soient primaires ou non. Une récente étude en fait l'évaluation en termes d'efficacité et de sécurité (56). 6 ECR dont l'intervention par hypnose étaient compris, plus 7 où il s'agissait d'entraînement autogène ou d'imagination guidée. Au total 502 patients étaient inclus. Les groupes contrôles étaient variables : placebo ou abstention ou traitement pharmacologique: le critère de jugement principal était basé sur l'agenda du sommeil. Onze études ont été jugées de faible qualité méthodologique (selon l'échelle Jadad et les critères Cochrane), du fait de l'absence d'aveugle, de randomisation détaillée (sauf dans deux) et des conditions de contrôle ou d'intervention. En effet, les protocoles de thérapie par hypnose étaient très variées et parfois incomplets : une seule étude utilisait une trame à 5 étapes (préalables, induction, suggestions thérapeutiques, terminaison et débriefing).

Les résultats déclaraient l'absence d'effet secondaire, un délai d'endormissement plus court que sur liste d'attente (avec une différence de moyenne standardisée à -0,88; $p=0,01$; IC -1,56-0,18). Il n'y avait pas de différence significative sur le nombre de réveils, ni en rapport avec le groupe contrôle par interventions simulées (qui seraient très ressemblantes à de l'hypnose). Les auteurs concluent tout de même à l'absence d'efficacité prouvée au regard des tailles d'échantillon et limites méthodologiques. Nécessité de plus d'étude.

On se demande encore si l'inclusion des études était trop exhaustive pour permettre une analyse robuste. En effet, les techniques d'entraînement autogène et d'imagination guidée étaient présentes, mais traitées séparément. On retrouve encore une grande hétérogénéité des méthodes de mesures, durées de traitement, qualités d'études...

Cependant, les critères de validité étaient stricts :

- Seulement 3 études concernant l'hypnose et 3 concernant les autres approches ont été incluses dans la méta-analyse alors que le double sont décrites : l'échelle Jadad est en défaveur méthodologique de ces études (score < 3) et selon les risques de biais selon les critères Cochrane : 6 études avaient au moins un domaine à haut risque et toutes présentent un risque incertain du fait du manque d'information.
- Les tests statistiques étaient fiables : différence de moyenne standardisée, modèle d'effet aléatoire (méta-analyse), Test Q et I² (hétérogénéité). Seul le diagramme en entonnoir n'a pas pu être fait par manque d'études.

Par ailleurs, on aurait aimé que les effets positifs inattendus soient évalués. En effet, l'hypnose étant une approche globale, on retrouve fréquemment (selon les analyses qualitatives et l'expérience des cliniciens) des effets positifs non recherchés initialement.

Nous finirons par une vieille étude datant de 1995, regroupant 18 études comparant les TCC associées à l'hypnose aux TCC seules (57). Uniquement 16 études étaient randomisées. Il y avait 577 participants en tout. 90 tailles d'effets ont été calculées, ce qui témoigne de la multiplicité des tests et des mesures. Elle montrait une amélioration des résultats : la moyenne des patients recevant les deux traitements a montré plus d'amélioration que 70% des autres patients, selon une taille d'effet moyenne importante (0,87). Il y avait une corrélation significative directe entre la taille d'échantillon et la taille d'effet. La taille d'effet pondérée était donc supérieure (D = 1.36). Après recherche de variables par des analyses de pondération, l'efficacité était suggérée surtout pour le traitement de l'obésité avec un suivi à long terme, mais ce n'était pas l'objet de l'étude. Des recherches complémentaires étaient recommandées. Surtout que la variance des effets entre les études si grande que ce résultat n'était pas significatif. Il n'y avait pas de donnée suffisante pour étudier l'influence de la suggestibilité. Quoi qu'il en soit, les résultats sont étonnants car les procédures étaient peu différentes entre les deux types de traitement. En effet, la seule différence entre l'hypnose et les techniques de relaxations utilisées en TCC était l'appellation hypnose (dans certaines études). Or, les techniques de relaxation n'étant pas systématiques dans le groupe TCC seule, l'amélioration de l'effet observé peut-être due uniquement à la technique relaxante plus qu'aux autres effets de l'hypnose. :

La question de la pertinence clinique de ces résultats se pose: la quantification de l'amélioration n'était pas précisée.

▪ **Revues de littérature**

• Santé des femmes:

Une revue de 2004 s'intéresse à la réduction des **bouffées de chaleur**, cette fois chez les femmes ayant subi un cancer du sein (58) (et dont le traitement hormonal substitutif est contre-indiqué). Il s'agit en réalité d'une série de deux cas cliniques, qui conclue que l'hypnose est un traitement qui pourrait être bénéfique dans le

traitement des bouffées de chaleur, en termes de fréquence et de sévérité. D'autres effets ont pu être soulignés : la réduction de l'anxiété (facteur déclenchant potentiel) et l'amélioration du sommeil (effet secondaire fréquent des bouffées de chaleur). Il n'y avait pas d'effets secondaires liés à l'hormonothérapie déclarés. Cette recommandation manque évidemment d'ECR bien conduits pour être confirmée.

- Pneumologie :

Deux revues parues en 2000 et 2007 s'intéressent à la prise en charge de l'**asthme** :

HACKMAN (48) conclue que des données significatives suggèrent que l'hypnose peut être un traitement adjuvant efficace pour l'asthme, surtout chez les sujets sensibles et les enfants, avec des praticiens expérimentés, lorsqu'ils sont administrés sur plusieurs séances, et lorsqu'ils sont renforcés par l'autohypnose. Les études menées avaient « *constamment démontré un effet de l'hypnose sur l'asthme* ». Mais de plus en plus grandes études randomisées et contrôlées sont nécessaires. Pour cela, il avait classifié les études en fonction de leurs degrés de randomisation et de contrôle :

-Trois études entre 1960 et 1968, dont seule la dernière était contrôlée contre relaxation, avaient abouti à une régression significative des wheezing et de la consommation de bronchodilatateurs, à au moins six mois (pas de réponse suffisante avant) selon des critères d'auto ou d'hétéro-évaluation. Les critères de meilleures réponses retrouvées variaient selon les études : il pouvait s'agir des personnes considérées comme suggestibles, présentant des facteurs déclenchant les crises psychologiques, ou des femmes. Les praticiens expérimentés obtenaient de meilleurs résultats.

- Deux essais contrôlés (contre placebo) randomisées en 1982 et 1986 n'étaient pas comparables entre eux du fait d'hétérogénéité des critères.

Le premier montrait une efficacité dans la prévention des crises d'asthme d'effort mais l'hypnose était inférieure au traitement médicamenteux. L'autre suggérait une efficacité significative de l'hypnose chez des adultes hautement hypnotisables ayant un asthme léger à modéré.

-Plus anecdotique, deux études ont permis de montrer une induction de crise d'asthme chez des patients hautement hypnotisables (mesures subjectives et respiratoires ou biologiques), qu'ils soient ou non asthmatiques. Le mécanisme suggéré était une diminution de la réponse inflammatoire par activation du tonus sympathique.

-Une étude avant/après chez des patients (n=16) insuffisamment contrôlés à montré une baisse du nombre et des durées d'hospitalisation, de consommation de prednisolone et une amélioration subjective (non confirmé par tests fonctionnels respiratoires). Une autre étude non contrôlée de 1970 recherchant les critères de réponse a trouvé le jeune âge et la profondeur de la transe comme variables importantes. Il existait un biais d'évaluation certain: une seule personne pour l'entretien, l'hypnose et l'évaluation des critères ...)

-En pédiatrie, l'évaluation des techniques d'imagination-relaxation mentale en auto-exercices (n=40) avait retrouvé 70% de régression de plus de 50% des symptômes à 1 an, avec diminution de l'absentéisme et des consultations urgentes/médicales. Une autre étude contrôlée contre placebo (attention structurée), suggestions

éveillées (sans induction de transe) ou contre abstention thérapeutique n'as pas montré de différence sur la fonction respiratoire mais il y avait moins de recours médical que dans le groupe sans traitement.

L'ensemble de ces résultats étaient bien discutés : les résultats des ECR ne sont pas convaincants : ils datent de plus de 30 ans, la taille maximale d'échantillon était de 252 patients et tous les critères n'étaient pas significatifs. Par ailleurs, les preuves les plus formelles concernent des évaluations subjectives, parfois incohérentes avec les mesures objectives, surtout à long terme. Par ailleurs, certaines études suggèrent une absence de différence avec la relaxation.

L'ensemble des résultats semble montrer un concept d'efficacité, non suffisamment prouvé. Cependant, au vu du caractère insidieux de l'asthme, les preuves d'efficacité subjectives ne sont pas à négliger, tant qu'il n'y a pas d'effet secondaire. D'autant que les effets subjectifs, qui peuvent être en lien avec les facteurs socio-psychologique non spécifiques (attentes ...), ne signifie pas une absence d'efficacité.

Nous remarquons toutefois que la méthode de sélection des articles et de leur analyse n'est absolument pas décrite dans cet article, qui présente un probable biais de publication

Brown déclare quant à lui en 2007 (59) que l'asthme est *possiblement* efficace sur le traitement de la sévérité des symptômes, les comportements liés à la maladie et est efficace pour la gestion des états émotionnels qui exacerbent l'obstruction aérienne. Il ne retrouve pas de preuve de l'efficacité de l'asthme sur le processus inflammatoire mais la possibilité que cela puisse jouer sur l'obstruction et stabiliser l'hypersensibilité bronchique chez certains individus. Il recommande la réalisation d'études plus grandes, avec de meilleurs designs et une attention particulière portée sur **les types de suggestions**. Des protocoles standardisés et de meilleures méthodes de mesure clinique ET biologiques sont nécessaires. Les résultats principaux mis en avant dans sa revue sont :

- En 1986 : amélioration significative du peak flow et du DEP50 (donc dans les grosses bronches, ce qui n'est pas cliniquement significatif) chez les patients hautement hypnotisables (amélioration clinique et biologique) sous réserve d'une petite étude jamais confortée par d'autres.

- Des études ont suggéré chez des enfants une baisse des symptômes (50%) et d'absentéisme après autohypnose.

- Etudes contrôlées montrent une supériorité par rapport à la relaxation voire aux médicaments, surtout chez les hautement hypnotisables

Cette fois encore, la méthodologie de recherche et de sélection des articles n'est pas décrite : il s'agissait plus d'une liste chronologique brièvement décrite et pas vraiment discutée : il n'y avait pas de critique ni d'analyse statistique. Description surtout des protocoles de suggestion/hypnose (type, durée, fréquence...)

- En psychiatrie.

Une étude française parue en 2016 concerne l'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques (41). Les résultats ne sont pas favorables à l'efficacité de l'hypnose. Cette conclusion peut-être en lien avec l'insuffisance de recherche. En effet, « *seulement trois essais contrôlés ont été identifiés, un dans le trouble panique et deux dans l'état de stress post-traumatique (ESPT).* » Ils comportaient des faiblesses méthodologiques majeures. « *Les autres articles portent sur des études ouvertes (4 articles), ou sur des cas uniques (20 articles). L'étude réalisée dans le trouble panique conclut à l'absence d'efficacité de l'hypnose associée à la thérapie comportementale et cognitive, de même qu'un des essais réalisés dans l'ESPT. Les autres articles signalent des résultats positifs dans des études en ouvert ou dans des rapports de cas, mais leurs conclusions peuvent difficilement être généralisées.* » Les troubles évalués comprenaient les phobies spécifiques, le trouble panique et agoraphobie, la phobie sociale, l'ESPT ou l'état de stress aigu, les troubles anxieux généralisés et les TOC. L'hypnose reste éventuellement potentialisant d'autres techniques. Il n'y a pas de facteur prédictif d'efficacité mis en évidence.

- La douleur :

Deux revues récentes ont été retrouvées :

En 2014, JENSEN et PATTERSON s'intéressent aux implications cliniques des recherches concernant la gestion de la douleur (37). En résumé, l'hypnose est efficace pour le soulagement de la douleur chronique, avec effets positifs au-delà de la douleur. Des mécanismes neurophysiologiques spécifiques par modulation de la fonction spinale et cérébrale confortent cette idée. Les essais cliniques montrent deux points essentiels :

-Une variabilité importante de réponse à l'hypno analgésie, selon 4 études qui reportent l'analyse de la réponse au traitement (quantification de l'amélioration cliniquement pertinente par fixation d'un seuil en plus de l'analyse statistique) : un essai montre une rémission complète des migraines chez 44% des patients contre 13% dans le groupe contrôle ; une série de cas et 2 essais contrôlés avec suivi évaluent la réponse à 10 séances d'entraînement à l'autohypnose. Le taux de réponse (réduction douloureuse supérieure à 30%) était de 20 à 60% selon l'indication. Les scores d'hypnotisabilité prédisaient une bonne réponse analgésique mais les résultats étaient variables selon les études.

-Le bénéfice de l'hypno analgésie dépasse le soulagement de la douleur : les patients déclaraient des hauts degrés de satisfaction indépendamment du soulagement à la douleur. La poursuite de l'autohypnose à long terme (critère indirect) permettant un soulagement temporaire reflète aussi la capacité d'autogestion

Cela implique selon les auteurs :

- ✓ L'inclusion de suggestions de réduction courte et prolongée de la douleur avec pratique de l'autohypnose.
- ✓ L'inclusion de suggestions de bénéfices additionnels à l'analgésie, notamment sur les signes fréquemment associés : insomnie, dépression, anxiété... et pour améliorer les capacités nécessaires aux RHD conseillés (activité physique)

- ✓ l'utilisation des connaissances sur les multiples avantages de l'hypnose pour améliorer l'espérance de résultat des traitements (sans être irréaliste sur les attentes possibles) : tout le monde ne répond pas aux suggestions analgésiques mais les effets secondaires bénéfiques très fréquents sont à valoriser.

Concernant les effets sur l'activité cérébrale, les études montrent une influence sur le processus douloureux en nombreux sites, qui sont tous susceptibles d'être modulés par le processus hypnotique. Les suggestions peuvent cibler des zones spécifiques (donc effet indépendant de l'induction seule). L'induction est associée à une modification de l'état de conscience compatible avec le soulagement : augmentation de l'activité neuronale alpha (à l'EEG) (qui est basse dans la douleur) et diminution bêta (haute si douleur). Une étude (Derbyshire) compare en IRMf la stimulation douloureuse à l'imagination du souvenir de cette douleur et à la reproduction douloureuse par hypnose : les mêmes aires cérébrales sont activées dans la douleur que sous hypnose, mais en moins intense (avec activation supplémentaire du cortex primaire) que dans la stimulation. Moins d'aires sont activées dans l'imagination. Cela implique cliniquement que :

- ✓ Les suggestions doivent cibler plusieurs dimensions douloureuses (sensoriel, perception, affectif...)
- ✓ Utilisation de l'effet apaisant cortical, que l'on retrouve dans d'autres approches (la relaxation, imagination, méditation) par mécanisme semblable (modulation des fréquences de conduction nerveuse). Cependant, ces techniques souvent focalisés sur un mécanisme, contrairement à l'hypnose qui peut-être multidimensionnel).

De nombreuses questions persistent, concernant les mécanismes de l'hypnose. Mais pour la stratégie de ce traitement, il semble selon l'auteur recommandable en combinaison avec d'autres traitements. Cette idée semble ressortir fréquemment dans de nombreuses études. D'autant que cela permettrait de moindres coûts de santé. La relation dose-effet reste à évaluer. La pratique continue permet-elle l'amélioration de l'issue ?

Encore une fois, cette étude est à relativiser par le manque de description de la méthode de sélection ET de l'analyse statistique.

Moins récemment, Gary Elkins propose une revue critique concernant la douleur chronique, à l'exclusion des études de céphalées (38). Treize essais sont analysés et semblent concorder avec l'étude précédente. Ils montrent une diminution significative de la douleur et des troubles associés. Ils concluent à une efficacité supérieure aux interventions non hypnotiques telles que l'attention, la physiothérapie et l'éducation. Néanmoins, il existe un manque de standardisation des interventions hypnotiques examinées, de suivi à long terme et le nombre de patients est faible. Ces essais comportaient l'évaluation de la douleur dans le cancer (2 essais), les douleurs lombaires (2 essais, ne montrant pas la supériorité de l'hypnose sur la relaxation ni sur l'éducation), l'arthrose (1 essai), la drépanocytose (un essai montrant réduction significative du nombre de jours de douleur modérés non vaso-occlusives), temporo-mandibulaires (2 essais), la Fibromyalgie (1 essai), le handicap (1 essai) et les étiologies mixtes (3 essais).

En discussion, les auteurs précisent que seuls 11 études étaient contrôlées, qu'il n'existe que peu d'étude pour chaque affection et qu'elles montrent de nombreuses faiblesses (petits échantillons, condition de contrôle, analyse des résultats par une seule mesure le plus souvent et suivi à long terme non systématique). L'efficacité

de l'apprentissage de l'autohypnose est difficilement évaluable du fait de l'hétérogénéité des protocoles. Il existe aussi un manque de standardisation des méthodes et des protocoles d'hypnose, pour lesquels les comparaisons sont peu fiables. Les résultats sont relativement concordants entre les études, avec maintien à plusieurs mois et supériorité à d'autres techniques (éducation, biofeedback, physiothérapie), excepté la relaxation, mais ces résultats sont à confirmer par études mieux menées.

- Gastroentérologie

Deux revues publiées en 2015 traitent du traitement des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) et des troubles fonctionnels intestinaux par l'hypnose. On parle le plus souvent dans ces indications d'une technique standardisée d'hypnose nommée hypnothérapie ciblée sur l'intestin (« gut-directed hypnotherapy »), qui permet une évaluation fiable.

Peters et al. évaluent sept ECR, dont six montrent une efficacité significative sur la réduction des symptômes, avec un taux de réponse de 24-73% sur les symptômes évalués isolément, quelque soit la réponse initiale au traitement standard (33). Il en est de même les scores d'évaluation globale. Le maintien à long terme dans 4 études sur 5 (2mois- 1 an) renforce ces résultats, ainsi que l'amélioration des signes psychologiques associés. Même s'il y avait de faibles effectifs (13-90) et des protocoles d'hypnose variables, les résultats étaient relativement concordants. Dans les MICI, l'efficacité est montrée surtout sur les symptômes fonctionnels, dans une seule étude. Une étude évalue les mécanismes de l'efficacité de l'hypnose et retrouve une réduction des réponses gastro-intestinales à composantes motrices et sensitives (après stimulation douloureuse par distension) mais n'était pas significative.

Dans les études non contrôlées, les résultats sont unanimes en faveur de l'efficacité symptomatique (dont un « case-report » chez 1000 patients), avec une efficacité à long terme.

Les mécanismes d'action restent mal connus. Les composantes hypothétiques sont à priori psycho-physiologique :

- ✓ Diminution de la motilité distale
- ✓ Concernant la sensibilité viscérale, les résultats sont discordants.
- ✓ Fonction immunitaire : diminution de LT NK et cytokines pro-inflammatoires, histamine...
- ✓ Action centrale : normalisation du modèle aberrant d'activation corticale à la stimulation douloureuse rectale chez TFI, montrée par IRMf
- ✓ Modération du SNV (système nerveux végétatif)

Pour la sécurité, cette technique apparaît comme sûre si le praticien est expérimenté. Il convient de réaliser un minimum d'éducation pour déconstruire les représentations.

Les auteurs recommandent que ce traitement doive être proposé plus précocement, notamment en **soins primaires**, en traitement adjuvant d'autres thérapeutiques.

Ces conclusions concordent avec les différentes études que nous avons évoquées précédemment dans cette indication. On regrette que les TFI et les MICI soient traités ensemble, ce qui porte à confusion sur la pertinence et la généralisation des résultats, surtout concernant les MICI.

Szigethy et al. se penchent principalement sur les MICI, par une revue systématique comprenant ECR, essais ouverts, case reports et avis d'experts (34). Les TFI sont aussi passées en revue. Les plus fortes preuves sont en faveur de la réduction de l'inflammation liée aux MICI et amélioration de la qualité de vie en lien avec les effets combinés psychologiques et sur la douleur. Ils listent une série d'études concordantes sur les résultats de l'hypnothérapie pour les manifestations physiques et émotionnelles des MICI et TFI :

- ✓ 3 revues 1 méta analyse en 2013-14 concluent à une amélioration significative de la douleur et des symptômes gastro-intestinaux globaux à court terme. Pas de conclusion concernant la qualité de vie étant donné la grande hétérogénéité des mesures
- ✓ Résultats similaires dans des ECR de population pédiatrique (TFI) à court et long terme.

Spécifiquement concernant l'Inflammation dans les MICI, les auteurs décrivent :

- ✓ Une étude comparant l'hypnose à la musicothérapie (Mawdsley 2008) qui suggère une réduction de certains marqueurs inflammatoires (IL6, substance P, histamine, IL13) et du flux sanguin rectal, reflétant une réduction spécifique de la réponse inflammatoire.
- ✓ Un essai non randomisé avant/après chez des patients résistant au traitement, suivis sur 5,4 ans. Il suggère diminution de l'activité inflammatoire (dont 27% en rémission), une baisse de la consommation de corticoïdes et une meilleure qualité de vie. Deux patients sur 13, considérés comme des échecs, ont eu recours à la chirurgie
- ✓ Un ECR 2013 (Keefer, 2013) a montré une durée de rémission significativement plus longue, sans amélioration symptomatique psycho-émotionnelle ou perceptuelle significative, comparée à l'attention structurée.
- ✓ Une série de cas chez des adolescents porteurs de MICI est en faveur de l'amélioration inflammatoire et douloureuse par l'hypnose.

L'intégration de l'hypnothérapie dans les soins médicaux permettrait une approche psychosociale, et une prise en charge globale qui pourrait améliorer les résultats. Les auteurs mettent en garde sur le fait que des prises en charge plus agressives soient impératives en présence de symptômes sérieux, qui ne doivent pas être masqués par l'hypnose. Il en résulte une nécessaire collaboration entre les différents partenaires de soin.

Selon eux, « *La littérature est mélangée sur la façon dont une grande partie des effets de l'hypnothérapie centrée sur l'intestin sont liés à la réduction de la médiation du système nerveux autonome du fonctionnement intestinal, par réduction de la détresse émotionnelle, nociception viscérale ou altération de la perception de la douleur dans le système nerveux central.* » Les auteurs insistent toutefois sur la nécessité d'études sur l'axe cerveau-intestin et les études à long terme.

On note une certaine confusion entre TFI et MICI dans l'article. Pas de traitement séparé permettant réellement de conclure à l'efficacité de l'hypnothérapie ciblée sur l'intestin dans les MICI. Il n'y avait pas de méthodologie ni de description de la sélection des articles, ni de réelle discussion.

- Brûlures :

Une Revue de 1989 concerne les soins médicaux liés aux brûlures (60). Ils regrettent « l'absence d'essais systématiques et contrôlés. La plupart des études sont illustrées par des histoires de cas seulement, et il est rarement tenté de mesurer les effets. Aucune étude n'est disponible avec une évaluation de l'hypnotisation à l'aide d'une échelle normalisée. Il n'existe pas encore de preuve expérimentale convaincante pour l'efficacité de l'hypnose dans l'atténuation de la profondeur des brûlures et l'accélération de la guérison des plaies. À l'heure actuelle, l'utilisation de l'hypnose pour soulager la douleur semble être le domaine le plus prometteur dans cette. Il restait encore à démontrer qu'il s'agira d'un effet spécifique plutôt que général ou d'un effet placebo. ».

- Applications générales.

Deux revues tentent de faire une synthèse des applications de l'hypnose en médecine.

Une revue de méta-analyse d'essais contrôlés randomisés à propos de hypnose médicale a sélectionné des études de janvier 2005 à Juin 2015 dans les bases de données Cochrane et Pubmed (61). Les données relatives aux coûts étaient aussi prises en compte. Les méta-analyses impliquant au moins 400 patients ont été analysées. Cinq méta-analyses ont été incluses. L'une de ces méta-analyses était qualité méthodologique élevée; Trois étaient de qualité moyenne, et l'autre de mauvaise qualité. Les auteurs concluent que « l'hypnose était supérieure aux contrôles en ce qui concerne la réduction de la douleur et le stress émotionnel pendant les interventions médicales (34 ECR, 2597 patients) ainsi que la réduction des symptômes de l'intestin irritable (8 ECR, 464 patients). » Deux méta-analyses n'ont révélé aucune différence entre l'hypnose et le traitement contrôlé en ce qui concerne les effets secondaires et la sécurité du traitement. L'hypnose médicale serait une technique complémentaire sûre et efficace dans ces indications.

L'étude des suggestions en éveil (sans induction de transe hypnotique) suggère qu'elles pourraient être une composante de la communication efficace entre le médecin et le patient. Elles renforceraient notamment l'alliance thérapeutique.

Ces résultats confirment donc les études précitées.

Stewart réalise en 2015 une revue concernant l'utilisation de l'hypnose pour des conditions qui ne sont pas censées être essentiellement psychologiques (62). Elle comporte des essais contrôlés, revues d'articles et case-reports recherchés dans MEDLINE entre 1966 et 2004. Il s'agit en réalité d'une importante énumération d'études en tous genres dont les résultats positifs sont décrits, qu'il s'agisse de :

-Immuno-allergie :

- Gastroentérologie : TFI, dyspepsie, ulcère, endoscopies, préopératoire
- hématologie : diminution du support transfusionnel par autohypnose chez des patients hémophiles
- Hypertension artérielle
- Neurologie : Céphalées de tensions, migraines et céphalées chroniques
- Obésité l'hypnose médicale serait à inclure dans des protocoles pluridisciplinaires
- Obstétrique
- Oncologie : Effets secondaires de chimiothérapie, douleur
- ORL : Acouphènes
- Pneumologie : Asthme, sevrage en tabac
- Rhumatologie: Fibromyalgie
- Chirurgie, anesthésie : temps opératoires, durée de récupération, consommation médicamenteuse...
- Urologie : Dysfonction érectile, incontinence urinaire chronique
- Dermatologie : Verrues, dermatite atopique : efficacité sur le prurit et l'insomnie

Malheureusement, la méthode de sélection d'article n'était que très peu décrite. Les résultats n'étaient pas critiqués. Aucune discussion n'est présente. L'hétérogénéité des indications, études, mesures, intervention... ne permet aucune conclusion scientifique.

On remarque cependant le nombre impressionnant d'applicabilités potentielles où des résultats positifs auraient été trouvés.

D. Cahier des charges soumis aux étudiants de statistique de l'université Lyon 2

- **Le commanditaire :**

1. **M. LEBLOND dit GAILLARD Arthur**

Interne du D.E.S de médecine générale, 5ème semestre (9ème années d'étude)

Doctorant pour une thèse d'exercice

Pour obtention du titre de docteur en médecine

Dépendant de la Faculté de Médecine UFR Lyon-Sud Charles Mérieux

Université Claude Bernard Lyon I

Parallèlement en cours de formation à la pratique de l'hypnose médicale

2. Directeur de thèse :

Dr Vianney PERRIN, Médecin généraliste

EMASP/USP du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse

Coordonnateur Qualité et gestion des risques du CHB

Consultation Auto-Hypnose Clinique

Animateur de l'Observatoire Local de Fin de Vie

Vice-président du Comité d'Éthique du CHB

- **Contexte actuel :**

La pratique de l'hypnose médicale est en plein essor depuis près d'un siècle.

C'est un phénomène neurophysiologique validé scientifiquement comme étant « 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 ». Cet état physiologique est naturel et spontané mais peut-être mobilisé par un tiers (le soignant) à des fins thérapeutiques. Cette approche correspond par ailleurs à une optimisation du mode de communication et de l'appréhension du patient.

Le mécanisme est cependant imparfaitement connu à l'heure actuelle et est source de nombreuses recherches.

L'efficacité de cette pratique est validée scientifiquement dans certaines indications telles que la douleur dans le cadre de procédures médicale, ou encore pour le soulagement des troubles fonctionnels intestinaux. Mais cette pratique souffre encore de sa représentation dans la population générale ainsi que dans la communauté médicale, notamment par des préjugés véhiculés par les médias et l'hypnose de spectacle), et est encore relativement méconnue.

Les indications et les modalités de prise en charge semblent correspondre à la pratique de la médecine générale, dont les compétences propres sont communes à l'hypnose, à savoir : approche centrée-patient, globale et complexité, professionnalisme, premiers recours, relation et communication ; continuité.

Le concept d'hypnose en médecine générale est cependant relativement nouveau et peu étudié.

Le Dr PERRIN, médecin généraliste, a ouvert une consultation d'hypnose située au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en 2013. Depuis, il recueille les données à analyser concernant ses patients. Cela sous-entend que cette consultation n'entre pas strictement dans le cadre d'une consultation au sein d'un cabinet de médecine générale. Il ne s'agit donc pas de patients provenant de sa patientèle habituelle, comme on pourrait se l'imaginer.

- **Définition du problème :**

L'évaluation de la pratique de l'hypnose en médecine générale, en particulier des ses résultats, ainsi que l'identification de facteurs prédictifs potentiels d'efficacité semble donc primordial pour valider son application au sein de la médecine générale.

- **Objectifs:**

Evaluer la pratique d'hypnose en médecine générale :

Premièrement,

Faire un « état des lieux » de la pratique de l'hypnose formelle en médecine générale. Il s'agit des réaliser une description épidémiologique de la population dans son parcours de soin :

- ✓ Qui ? Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population amenée à consulter pour cette thérapie complémentaire.
- ✓ Quand ? Déterminer le contexte du parcours de soin : qui adresse le patient ?
- ✓ Pourquoi ? Principales indications, motifs de prise en charge
- ✓ Comment ? Caractériser les modalités de pratique : durées de prise en charge, nombre de séances

Deuxièmement,

Evaluer les résultats de la prise en charge, reflétés par la satisfaction exprimée par les patients, ainsi que par des critères indirects (durée de prise en charge nombre de séances...). Analyser la reproductibilité des résultats entre les différents critères (directs et indirects) en les comparant.

Puis tenter d'identifier des catégories de population chez qui cette prise en charge serait plus efficiente. En d'autres termes, identifier d'éventuels facteurs prédictifs de réussite de cette pratique :

- ✓ sous groupes de population (en fonction de l'âge, du sexe...) ?
- ✓ selon le motif de prise en charge ...

Il s'agit d'établir des liens statistiques de corrélation avec +/- le calcul de la force des associations retrouvés, avec significativité statistique.

- **Moyens à disposition:**

Données statistique sous la forme d'un tableau concernant les consultations du Dr PERRIN, recueillies entre 10/2013 et 02/2017 chez au total 407 patients anonymes.

Les données recueillies comprennent :

La tranche d'âge

Le sexe

Le département d'origine

Adressé par ?

Objectifs de consultation primaire et secondaire

Temps de la première séance (estimée et réel)

Nombre de séance avant décision de stopper le suivi

Utilisation de l'auto-hypnose

Nombre de séance avant cette utilisation

Durée de prise en charge

Canaux sensoriels préférentiels

Résultats subjectifs sur les objectifs

Autres modifications recherchées

Cause de décision d'un arrêt de prise en charge

- **Rendu des résultats**

-Rapport de synthèse des résultats comprenant les résultats écrites avec si possible utilisation de diagrammes et tableaux pour les résultats principaux

-Modalités définies dans la convention de partenariat

- **Communication**

-Par mail : *données non communiquées*

-Par tel : *données non communiquées*

-Par RDV selon disponibilité.

E. Méthodologie de l'analyse statistique

1. Redressement de l'ensemble des données recueillies

- **Ensemble de données A** : Un jeu de données composé de 146 individus pour 20 variables où n'ont été conservés que les individus complets (pour lesquels toutes les variables sont renseignées) et exclus tous les autres (n=244). L'avantage de ce jeu de donnée est de n'utiliser que les données originales et donc de ne pas induire de biais par le redressement des données. En revanche, cette méthode oblige à retirer environ 63% des individus du jeu de données initial et par conséquent à perdre beaucoup d'information, voire à introduire un biais de sélection.

- **Ensemble de données B** : Un jeu de donnée composé de 203 individus pour 17 variables où ont été retirées les variables ayant au moins un quart ($n > 101$) d'informations manquantes : « nombre de séance avant que le patient déclare utiliser l'auto hypnose en autonomie avec succès », « Canal préférentiel n°1 » et « Canal préférentiel n°2 ». Cette méthode a l'avantage de conserver plus d'individus que la première (gain de 44 individus, ce qui est loin d'être négligeable). En revanche, elle oblige à retirer trois variables du jeu de données. Cet impact négatif est toutefois limité, ces variables ne semblant pas à priori prépondérantes pour l'analyse, même si elles pourraient se révéler importantes à posteriori.

- **Ensemble de données C** : Un jeu de donnée composé de 390 individus et 20 variables où a été utilisée une technique de redressement basée sur l'échantillonnage de la distribution des modalités ou des valeurs des variables pour compléter les non réponses des variables correspondantes. Avec cette méthode, plus une modalité ou une valeur est fréquente pour une variable donnée, plus elle a de chance d'être choisie en remplacement des non-réponses.
 Cette méthode a l'avantage de produire un jeu de donnée complet mais peut également apporter un biais de par le fait qu'elle a tendance à faire surreprésenter les modalités ou les valeurs des variables les plus fréquentes.

- **Ensemble de données D** : Un jeu de donnée composé de 390 individus et 20 variables où a été utilisée une autre technique de redressement basée sur la comparaison des modalités ou des valeurs des variables des individus « les plus similaires » ou « les plus proches » (K plus proches voisins). Avec cette méthode, la valeur manquante est obtenue à partir des individus ayant un maximum de modalité ou de valeurs en commun avec l'individu pour lequel il nous manque des informations. L'avantage de cette technique est qu'elle permet également de produire un jeu de donnée complet. En revanche, elle peut apporter un biais en renforçant artificiellement le lien entre certaines variables.

2. Tableau comparatif

Pour chaque variable de chaque jeu de données, des indicateurs statistiques de tendance centrale (moyenne : pour chaque variable de chaque jeu de données, des indicateurs statistiques de tendance centrale (moyenne [MEAN], mode[MODE] (et fréquence de la 1ère classe modale)) et de dispersion (écart-type[SD], nombre de classes [NBCLASS]) ont été calculés afin de comparer au jeu de données original les jeux de données complets générés par sélection des individus ou par redressement des données.

INDICATEURS STATISTIQUES & VARIABLES	JEUX DE DONNEES				
	ORIGINAL	A	B	C	D
EFFECTIF	390	146	203	390	390
MODE_Age.du.consultant	de 19 ans à 60 ans (50,26 %)	de 19 ans à 60 ans (67,12 %)	de 19 ans à 60 ans (64,53 %)	de 19 ans à 60 ans (50,26 %)	de 19 ans à 60 ans (50,26 %)
NBCLASS_Age.du.consultant	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
MODE_Sexe.du.consultatnt	femme (65,04 %)	femme (77,4 %)	femme (75,86 %)	femme (65,13 %)	femme (65,13 %)
NBCLASS_Sexe.du.consultatnt	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
MODE_Département.d.origine.du.consultant	1 (91,43 %)	1 (90,41 %)	1 (91,63 %)	1 (91,03 %)	1 (91,54 %)
NBCLASS_Département.d.origine.du.consultant	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
MODE_Consultant.adressé.par	médecin traitant généraliste (43,6 %)	médecin traitant généraliste (47,95 %)	médecin traitant généraliste (50,74 %)	médecin traitant généraliste (43,85 %)	médecin traitant généraliste (43,85 %)
NBCLASS_Consultant.adressé.par	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
MODE_Objectif.primaire	trouble du moral/angoisse (19,28 %)	trouble du moral/angoisse (24,66 %)	trouble du moral/angoisse (24,63 %)	trouble du moral/angoisse (19,49 %)	trouble du moral/angoisse (19,23 %)
NBCLASS_Objectif.primaire	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
MODE_Objectif.seconaire	trouble du moral/angoisse (32,57 %)	troubles du sommeil (32,88 %)	trouble du moral/angoisse (32,51 %)	trouble du moral/angoisse (32,56 %)	trouble du moral/angoisse (35,13 %)
NBCLASS_Objectif.seconaire	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
MEAN_Temps.réel.de.la.1ere.séance	18,0	18,0	18,2	18,1	17,6
SD_Temps.réel.de.la.1ere.séance	4,9	4,7	4,8	5,1	4,3
MEAN_Temps.estimé.de.la.1ere.séance	7,8	7,9	8,1	7,7	7,6
SD_Temps.estimé.de.la.1ere.séance	4,8	5,1	5,1	4,8	4,0
MEAN_Différence	10,1	10,1	10,1	10,2	10,0
SD_Différence	5,1	5,6	5,2	4,9	4,4
MEAN_Nombre.de.séance.avant.décision.de.stopper.le.suivi	2,6	3,2	3,0	2,6	2,6
SD_Nombre.de.séance.avant.décision.de.stopper.le.suivi	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3
MODE_Le.patient.déclare..t.il.utiliser.l.auto.hypnose.en.autonomie.avec.succès.	oui (75,65 %)	oui (100 %)	oui (80,79 %)	oui (75,9 %)	oui (74,87 %)
NBCLASS_Le.patient.déclare..t.il.utiliser.l.auto.hypnose.en.autonomie.avec.succès.	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
MEAN_Si.oui..nombre.de.séance.avant.que.le.patient.déclare.utiliser.l.auto.hypnose.en.a utoronomie.avec.succès	1,3	1,4		1,4	1,3
SD_Si.oui..nombre.de.séance.avant.que.le.patient.déclare.utiliser.l.auto.hypnose.en.a utoronomie.avec.succès	0,6	0,7		0,6	0,5
MODE_Durée.de.la.prise.en.charge	un mois (43,52 %)	deux mois (32,19 %)	deux mois (30,54 %)	un mois (43,85 %)	un mois (44,1 %)
NBCLASS_Durée.de.la.prise.en.charge	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
MODE_Canal.préférentiel.n.1.du.patient	kinesthésique (68,06 %)	kinesthésique (69,86 %)		kinesthésique (70 %)	kinesthésique (72,82 %)
NBCLASS_Canal.préférentiel.n.1.du.patient	5,0	5,0		5,0	5,0
MODE_Canal.préférentiel.n.2.du.patient	auditif (43,87 %)	auditif (41,1 %)		auditif (43,33 %)	auditif (50,77 %)
NBCLASS_Canal.préférentiel.n.2.du.patient	6,0	6,0		6,0	6,0
MODE_Résultats.sur.l.objectif.primaire	bon (42,67 %)	bon (50,68 %)	bon (51,23 %)	bon (42,56 %)	bon (42,82 %)
NBCLASS_Résultats.sur.l.objectif.primaire	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
MODE_Résultats.sur.l.objectif.seconaire	bon (42,74 %)	bon (47,95 %)	bon (49,26 %)	bon (42,05 %)	bon (42,05 %)
NBCLASS_Résultats.sur.l.objectif.seconaire	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
MODE_Autre.modification.ressentie.non.recherchée.à.la.base.de.la.prise.en.charge	néant (41,09 %)	néant (32,19 %)	néant (35,96 %)	néant (41,28 %)	néant (41,28 %)
NBCLASS_Autre.modification.ressentie.non.recherchée.à.la.base.de.la.prise.en.charge	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
MODE_Cause.de.la.décision.d.arrêt.de.prise.en.charge	objectif atteint selon le patient (65,38 %)	objectif atteint selon le patient (76,03 %)	objectif atteint selon le patient (64,53 %)	objectif atteint selon le patient (65,38 %)	objectif atteint selon le patient (65,38 %)
NBCLASS_Cause.de.la.décision.d.arrêt.de.prise.en.charge	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
MEAN_Durée	2,5	3,2	3,0	2,6	2,5
SD_Durée	2,7	2,7	2,8	2,8	2,6
MEAN_Ratio_différence	3,0	3,1	3,1	3,3	2,8
SD_Ratio_différence	2,0	2,3	2,2	2,5	1,7
MODE_Adressage_Recod	Médecin généraliste (43,6 %)	Médecin généraliste (47,95 %)	Médecin généraliste (50,74 %)	Médecin généraliste (43,85 %)	Médecin généraliste (43,85 %)
NBCLASS_Adressage_Recod	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
MODE_Objectif.primaire.Recod	Troubles psycho psychiatriques (55,53 %)	Troubles psycho psychiatriques (51,37 %)	Troubles psycho psychiatriques (51,23 %)	Troubles psycho psychiatriques (55,64 %)	Troubles psycho psychiatriques (55,64 %)
NBCLASS_Objectif.primaire.Recod	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
MODE_Objectif.seconaire.Recod	Troubles psycho psychiatriques (84,54 %)	Troubles psycho psychiatriques (86,99 %)	Troubles psycho psychiatriques (87,19 %)	Troubles psycho psychiatriques (84,87 %)	Troubles psycho psychiatriques (83,59 %)
NBCLASS_Objectif.seconaire.Recod	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
MODE_Autre.modification.ressentie.non.recherchée.à.la.base.de.la.prise.en.charge.reco d	Non applicable (58,14 %)	Non applicable (34,25 %)	Non applicable (44,33 %)	Non applicable (58,46 %)	Non applicable (58,21 %)
NBCLASS_Autre.modification.ressentie.non.recherchée.à.la.base.de.la.prise.en.charge.reco d	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

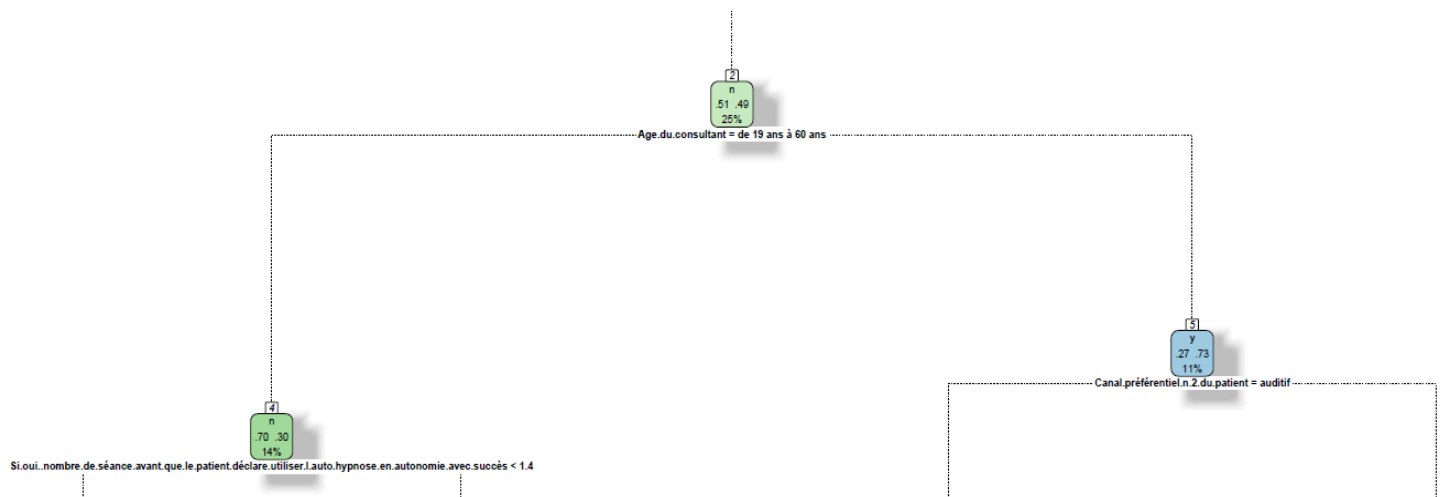
F. Résultats détaillés de l'analyse statistique

1. Arbre décisionnel

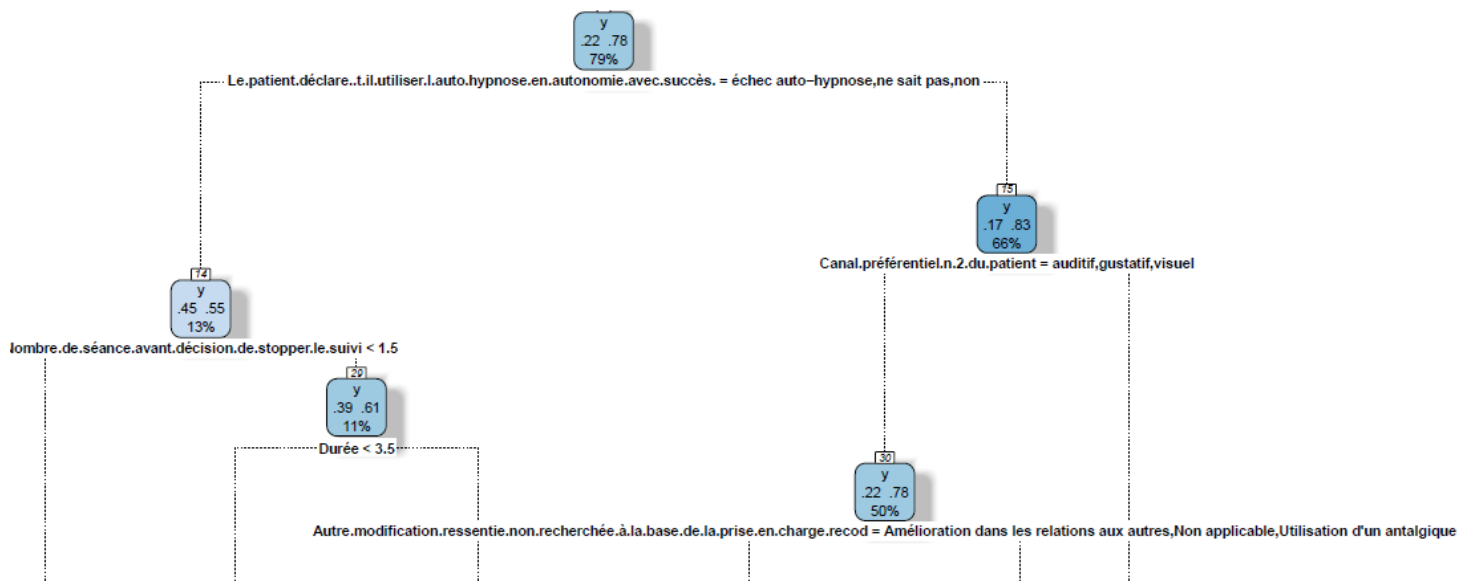
Premier nœud :



Deuxième nœud



Résultats du traitement en fonction du motif caché



2. Régression logistique

a) Calcul

La formule est la suivante :

$$\frac{p(Y = c|z1)}{1 - p(Y = c|z1)} \cdot \frac{p(Y = c|z2)}{1 - p(Y = c|z2)}$$

Où :

$p(Y = c|z1)$: Correspond à la probabilité pour qu'un individu $z1$ appartienne à la classe c sachant que la variable v a pour modalité m .

$p(Y = c|z2)$: Correspond à la probabilité pour qu'un individu $z2$ appartienne à la classe c sachant que la variable v n'a pas pour modalité m .

La valeur obtenue par ce calcul correspond au nombre de chances supplémentaires d'appartenir à la classe c (succès) qu'a un individu ayant une modalité m pour une variable v donnée.

b) Résultats M1 (sur le motif exprimé)

Coefficients:	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)	
(Intercept)	2.130e+00	1.590e+00	1.340	0.18039	
Age.du.consultantde 11 ans à 18 ans	-1.927e-01	4.653e-01	-0.414	0.67873	
Age.du.consultantde 19 ans à 60 ans	-4.887e-01	4.496e-01	-1.087	0.27704	
Age.du.consultantde 61 ans à 100 ans	-1.081e+00	5.068e-01	-2.133	0.03291	*
Sexe.du.consultatnthomme	-6.181e-01	2.712e-01	-2.279	0.02269	*
Temps.réel.de.la.1ere.séance	-2.160e-02	3.224e-02	-0.670	0.50285	
Temps.estimé.de.la.1ere.séance	3.164e-02	4.349e-02	0.728	0.46685	
Différence	8.682e-03	3.279e-02	0.265	0.79116	
Nombre.de.séance.avant.décision.de.stopper.le.suiv	-9.643e-02	1.357e-01	-0.711	0.47736	
Le.patient.déclare..t.il.tl.rh.thy.pns.n.tn.m.vcs.ccs.n.tps	-8.632e-01	7.241e-01	-1.192	0.23321	
Le.patient.déclare..t.il.utilis.rh.thy.pns.n.tn.m.vcs.ccs.n	-1.211e+00	7.913e-01	-1.530	0.12605	
Le.patient.déclare..t.il.utiliser.l.thy.pns.n.tn.m.vcs.ccs	-7.770e-01	6.810e-01	-1.141	0.25390	
Si..oui..n.m.b.r.s.n.c.v.n.t.q.l.p.t.n.t.d.c.r.t.l.s.rh.thy.pns.n.tn.m.vcs.ccs	-4.924e-01	2.072e-01	-2.376	0.01748	*
Canal.préférentiel.n.1.du.patientgustatif	-1.055e+00	1.752e+00	-0.602	0.54689	
Canal.préférentiel.n.1.du.patientkinesthésique	1.196e+00	3.678e-01	3.253	0.00114	**
Canal.préférentiel.n.1.du.patientnon applicable	1.450e+00	6.645e-01	2.182	0.02908	*
Canal.préférentiel.n.1.du.patientvisuel	9.606e-01	5.666e-01	1.695	0.09002	.
Canal.préférentiel.n.2.du.patientgustatif	7.684e-01	1.250e+00	0.615	0.53868	
Canal.préférentiel.n.2.du.patientkinesthésique	5.607e-01	3.641e-01	1.540	0.12352	
Canal.préférentiel.n.2.du.patientnon applicable	5.558e-01	7.022e-01	0.792	0.42861	
Canal.préférentiel.n.2.du.patientolfactif	2.211e+00	1.269e+00	1.742	0.08145	.
Canal.préférentiel.n.2.du.patientvisuel	-1.267e-01	2.945e-01	-0.430	0.66703	
Cause.d.l.d.c.s.n.d.r.r.t.d.p.r.s.n.c.h.r.g.r.t.p.r.s.c.c.n.m.q.(p.r.x.d.l.o.n.s.l.t.t.n)	-2.554e+00	1.289e+00	-1.982	0.04746	*
Cause.d.l.d.c.s.n.d.r.r.t.d.p.r.s.n.c.h.r.g.d.c.s.n.d.d.b.t.r.u.n.t.r.v.i.d.p.s.y.c.h.t.h.r.p	2.710e-01	1.163e+00	0.233	0.81573	
Cause.de.la.décision.d.arrêt.de.p.r.i.s.e.n.c.h.r.g.c.h.d.l.t.l	2.818e-01	1.431e+00	0.197	0.84391	
Cause.de.la.décision.d.arrêt.d.p.r.s.n.c.h.r.g.n.n.i.n.d.c.t.n.d.l.t.l	1.258e+01	5.354e+02	0.023	0.98126	
Cause.de.la.déci.s.i.n.d.r.r.t.d.p.r.s.n.c.h.r.g.b.j.e.t.f.a.t.t.n.t.s.i.n.i.p.t.n.t	-8.731e-01	8.930e-01	-0.978	0.32826	
Cause.de.la.déci.s.i.n.d.r.r.t.d.p.r.s.n.c.h.r.g.p.s.d.r.v.i.l.s.a.p.r.s.p.l.s.d.4.m.s	-1.026e+00	9.092e-01	-1.129	0.25909	
Cause.de.la.déci.s.i.n.d.r.r.t.d.p.r.s.n.c.h.r.g.p.t.n.t.q.n.v.n.t.p.s.d.s.n.p.r.p.r.g.r	2.462e-01	1.555e+00	0.158	0.87419	
C.s.d.l.d.c.s.n.d.r.r.t.d.p.r.s.n.c.h.r.g.p.t.n.t.s.t.f.d.r.s.l.t.t.e.t.q.d.b.t.u.n.t.r.v.l.p.s	-2.008e+00	1.126e+00	-1.783	0.07460	.
Durée	3.531e-02	5.347e-02	0.660	0.50901	
Ratio_différence	2.561e-04	6.502e-02	0.004	0.99686	
Adressage_RecodMédecin généraliste	2.658e-01	6.016e-01	0.442	0.65865	
Adressage_RecodMédecin Spécialiste	-4.156e-02	6.262e-01	-0.066	0.94708	
Adressage_RecodNon adressé	5.447e-01	6.097e-01	0.893	0.37171	
Adressage_RecodParamédical	1.170e+00	1.165e+00	1.004	0.31530	
Objectif.primaire.RecodTroubles fonctionnels	-1.620e-01	3.950e-01	-0.410	0.68160	
Objectif.primaire.RecodTroubles psycho-psychiatriques	-7.080e-01	3.009e-01	-2.353	0.01863	*
A.t.r.m.d.f.c.t.n.r.s.s.n.t.n.n.r.c.h.r.c.h.l.b.s.d.l.p.r.s.n.c.h.r.g.r.e.d.M.s.e.n.p.l.e.d.n.v.x.p	2.654e-01	4.212e-01	0.630	0.52862	
Autre.m.d.f.c.t.n.r.s.s.n.t.n.n.r.c.h.r.c.h.l.b.s.d.l.p.r.s.n.c.h.r.g.r.e.d.N.a.p.p.l.c.b.i	7.648e-01	3.443e-01	2.222	0.02630	*
Autre.m.d.f.c.t.n.r.s.s.n.t.n.n.r.c.h.r.c.h.l.b.s.d.l.p.r.s.n.c.h.r.g.r.e.d.P.r.s.d.e.c.s.n	-2.062e-01	5.283e-01	-0.390	0.69630	
A.t.r.m.d.f.c.t.n.r.s.s.n.t.n.n.r.c.h.r.c.h.l.b.s.d.l.p.r.s.n.c.h.r.g.r.e.d.U.t.l.s.t.n.d'nant	-1.912e+00	1.238e+00	-1.545	0.12246	

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1					

c) Résultats M2 (sur le motif caché)

Coefficients:	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	-6.159e-01	1.717e+00	-0.359	0.71986
Age.du.consultantde 11 ans à 18 ans	-1.541e-02	4.711e-01	-0.033	0.97391
Age.du.consultantde 19 ans à 60 ans	1.690e-01	4.439e-01	0.381	0.70338
Age.du.consultantde 61 ans à 100 ans	3.874e-01	4.930e-01	0.786	0.43198
Sexe.du.consultatnthomme	1.427e-02	2.730e-01	0.052	0.95832
Temps.réel.de.la.1ere.séance	3.731e-02	3.342e-02	1.116	0.26432
Temps.estimé.de.la.1ere.séance	-5.058e-02	4.239e-02	-1.193	0.23277
Différence	-4.686e-03	3.225e-02	-0.145	0.88447
Nombre.de.séance.avant.décision.de.stopper.le.suiv	5.161e-02	1.384e-01	0.373	0.70915
Le.patient.déclare.t.il.tlslrthypnsntnmvcscsnstps	1.336e+00	7.093e-01	1.884	0.05956
Le.patient.déclare.t.il.utilisrlthypnsntnmvcscsn	9.299e-01	7.846e-01	1.185	0.23593
Le.patient.déclare.t.il.utiliserlthypnsntnmvcscs	6.278e-01	6.551e-01	0.958	0.33791
Si.oui..nmbdsncvntqlptndclrtlsrlthypnsntnmvcscs	-9.132e-02	2.057e-01	-0.444	0.65700
Canal.préférentiel.n.1.du.patientgustatif	1.392e+01	8.455e+02	0.016	0.98686
Canal.préférentiel.n.1.du.patientkinesthésique	5.003e-01	3.698e-01	1.353	0.17610
Canal.préférentiel.n.1.du.patientnon applicable	-9.761e-01	7.235e-01	-1.349	0.17731
Canal.préférentiel.n.1.du.patientvisuel	2.093e-01	5.591e-01	0.374	0.70812
Canal.préférentiel.n.2.du.patientgustatif	1.365e+00	1.255e+00	1.087	0.27704
Canal.préférentiel.n.2.du.patientkinesthésique	7.351e-01	3.721e-01	1.975	0.04822 *
Canal.préférentiel.n.2.du.patientnon applicable	1.954e+00	7.795e-01	2.506	0.01220 *
Canal.préférentiel.n.2.du.patientolfactif	1.211e+00	1.152e+00	1.052	0.29301
Canal.préférentiel.n.2.du.patientvisuel	3.262e-01	2.924e-01	1.115	0.26467
Causedldcsndrrtdprsnchrgrrtpscécnmq(prxdlcnsttn)	8.898e-01	1.526e+00	0.583	0.55975
Cause.didcsndrrtdprsnchrgdcnsddbrunrvldpsychthrp	-1.797e+00	1.131e+00	-1.589	0.11214
Cause.de.la.décision.d.arrêt.de.prisenchrgchodl'tl	-1.095e+00	1.255e+00	-0.873	0.38280
Cause.de.la.décision.d.arrêt.dprsnchrgnndctndl'tl	1.362e+01	1.455e+03	0.009	0.99253
Cause.de.la.décsindrrtdprsnchrgbjctfattntslntptnt	-9.418e-01	9.261e-01	-1.017	0.30918
Cause.de.la.décsndrrtdprsnchrgpsdnvllsaprspisd4ms	-5.087e-01	9.587e-01	-0.531	0.59572
Cause.de.la.décsndrrtdprsnchrgptntqnvntpsdsnprrgr	8.520e-02	1.515e+00	0.056	0.95515
Csdldcsndrrtdprsnchrgptntststfdrslttetqdbtunrvlps	-8.921e-01	1.107e+00	-0.806	0.42023
Durée	-7.061e-02	5.884e-02	-1.200	0.23010
Ratio_différence	-1.130e-01	6.606e-02	-1.711	0.08709
Adressage_RecodMédecin généraliste	-1.939e-01	5.652e-01	-0.343	0.73157
Adressage_RecodMedecin Spécialiste	2.171e-01	5.867e-01	0.370	0.71141
Adressage_RecodNon adressé	2.517e-02	5.736e-01	0.044	0.96500
Adressage_RecodParamédical	-8.004e-01	1.134e+00	-0.706	0.48035
Objectif.secondaire.RecodNon applicable	3.223e+00	1.177e+00	2.738	0.00618 **
Objectif.secondaire.RecodTroubles fonctionnels	1.594e+00	1.039e+00	1.535	0.12484
Objectif.secondaire.RecodTroublespsycho-psychitrs	8.692e-02	5.784e-01	0.150	0.88055
AtmndfctnrssntnnrchrchlbsdprsnchrgredMsenpld'nvxp	3.217e-01	4.172e-01	0.771	0.44071
Autre.modfctnrssntnnrchrchlbsdprsnchrgredNnappicbl	3.701e-01	3.362e-01	1.101	0.27093
Autre.modfctnrssntnnrchrchlbsdprsnchrgredPrsddcsn	2.897e-01	5.208e-01	0.556	0.57806
AtmndfctnrssntnnrchrchlbsdprsnchrgredUtlstnd'nant	3.687e-01	9.955e-01	0.370	0.71114

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1				

VIII. GLOSSAIRE

APA: American Psychology Association

CCA: Cortex Cingulaire Antérieur

CH: Centre Hospitalier

CITAC: Confédération Internationale des Thérapies par Activation de Conscience

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves

CMP: Centre Médico-Psychologique

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants ;

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et Prévention en Addictologie

DU(T): Diplôme Universitaire (Technique)

EBM: Evidence Based Medicine

ECR: Essai Contrôlé Randomisé

EEG: Electro-encéphalogramme

ESPT ou **SSPT :** Etat ou Syndrome de Stress Post Traumatique

EMDR: Eye Movement Desensitization Reprocessing

HAS: Haute Autorité de Santé

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

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

IRMf: IRM fonctionnel

IRS: Inhibiteurs de recapture de la Sérotonine

IUT: Institut Universitaire de Technologie

MICI: Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale

NA: Non applicable

OR: Odds Ratio = Rapport de cotes

PNL: programmation neurolinguistique

SFH: Société Française d'Hypnose

SHSS: Susceptibility Hypnotic Scale of Stanford

SNV: Système nerveux Végétatif ou Autonome

TEP: Tomographie par Emission de Positons

TFI: Troubles fonctionnels Intestinaux

VAKOG: Visuel Auditif Kinesthésique Olfactif Gustatif

WONCA: World Organization of Family Doctors.

La pratique de l'hypnose thérapeutique : étude descriptive rétrospective de 407 consultations externes hospitalières à Bourg-en-Bresse.

RESUME :

L'hypnose apparaît graduellement dans l'exercice médical. Elle se développe principalement dans la communauté hospitalière et spécialisée. La pratique de l'hypnose en médecine générale comporte certains freins organisationnels, mais semble être un apport non négligeable pour le thérapeute et ses patients.

Nous nous sommes intéressés à son applicabilité en soins primaires, où les recherches scientifiques sont maigres. Nous avons mené une étude descriptive rétrospective portant sur 407 patients pris en charge par hypnose thérapeutique dans le cadre d'une consultation externe hospitalière par un médecin généraliste entre 2013 et 2017.

Il s'agissait d'une population en provenance principalement de l'Ain, majoritairement féminine (65%) et majeure. Le parcours de soin des patients était variable: ils venaient par eux-mêmes, étaient adressés par un médecin, ou un autre professionnel de santé. La prise en charge durait en moyenne 2,4 mois, sur 3 séances avec le praticien. Cette thérapie brève était renforcée par l'apprentissage propre de la technique par des séances d'autohypnose, qui était effective dans 70% des cas. Les indications étaient variables et pouvaient se regrouper en trois catégories : les troubles fonctionnels, psycho-psychiatriques et la prise en charge de la douleur. Un bon ou très bon résultat a été exprimé par plus de 75% des patients, avec la présence d'effets positifs potentiels non recherchés initialement. La participation active au traitement (pratique de l'autohypnose) a été l'élément le plus déterminant sur la réponse perçue positive au traitement. Ces bons résultats pouvaient être expliqués par un effet placebo, l'expérience de l'opérateur, sa sélection précise des patients selon leur profil et le recadrage de l'indication initiale. Ils concordent avec les données actuelles de la science, mais les limites méthodologiques de cette étude rétrospective imposent de les interpréter avec précaution.

La pratique de l'hypnose semble adaptée aux pathologies retrouvées fréquemment en soins primaires. Il conviendrait de confirmer ces résultats par des études semblables multicentriques et prospectives, ainsi que davantage d'essais cliniques contrôlés, qui sont difficiles à mettre en place pour ce type d'approche où le contrôle et la randomisation sont délicats.

MOTS CLES: Hypnose, autohypnose, médecine générale, soins primaires

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Membres :	Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE
	Monsieur le Professeur Frédéric AUBRUN
	Monsieur le Docteur Vianney PERRIN

DATE DE SOUTENANCE : Vendredi 14 Septembre 2018

Adresse de l'auteur : 13Bis, rue Bourchanin 69390 Millery ; art.leblond@gmail.com