



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

HYPNOSE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

**Intégration des connaissances actuelles des médecins généralistes
dans la coordination des soins**

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre à 18h
Au Pôle Recherche
Par Sébastien Dieulouard

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel Delaporte

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

Monsieur le Docteur Olivier Carpentier

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Sabine Bayen

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Liste des abréviations

APA	American Psychological Association
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
DESU	Diplôme d'Études Supérieures Universitaires
DIU	Diplôme InterUniversitaire
DMN	Default Mode Network - réseau du mode par défaut
DPC	Développement Professionnel Continu
DU	Diplômes Universitaires
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing - technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires
FMC	Formation Médicale Continue
GEP	Groupes d'Échange de Pratiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
SFH	Société Française d'Hypnose
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SMA	Supplementary Motor Area
TEP	Tomographie par Émission de Positons

Table des matières

Introduction	1
I. Définition.....	1
II. Histoire	2
III. Neurophysiologie	2
A. Neuro-imagerie fonctionnelle	2
B. Phénoménologie	3
C. Neurophysiologie de la douleur en hypnose	3
IV. Efficacité et indications	4
A. Efficacité.....	4
B. Indications	6
V. Formation et démographie.....	7
VI. Hypnose et médecine générale.....	7
VII. Objectif	9
Matériels et méthodes.....	10
I. Population.....	10
II. Méthode.....	11
Résultats	13
I. Caractéristiques socio-professionnelles	14
II. Connaissances pratiques et théoriques.....	16
III. Place de l'hypnose dans la coordination des soins.....	23
IV. Lien entre connaissance et coordination	26
Discussion	28
I. Conception du questionnaire	28
II. Validité externe	29
III. Les connaissances	31
IV. Cohérence externe	33
V. Prospectives	34
Références bibliographiques	35
Annexes	38
Annexe 1 : Histoire de l'hypnose.....	38
Annexe 2 : Indications de l'hypnothérapie d'après la société française d'hypnose (SFH)	40
Annexe 3 : Les interventions chirurgicales utilisant l'hypnosédation comme une procédure de routine	41
Annexe 4 : Annuaire des praticiens en hypnose.....	42
Annexe 5 : Courrier électronique d'invitation au questionnaire en ligne.....	43
Annexe 6 : Version textuelle du questionnaire.....	44
Annexe 7 : Échelle de Likert	49
Annexe 8 : Déclaration CNIL.....	50
Annexe 9 : Codage et regroupement des réponses à la question n°23.	52

INTRODUCTION

De nombreuses études scientifiques ont été réalisées sur l'hypnose. Plus de 13 000 sont recensées dans la base de données Medline®. Des études récentes, depuis les années 2000, apportent des preuves fiables de son authenticité neurophysiologique ainsi que de son efficacité.

I. Définition

L'hypnose peut être définie comme un état de conscience modifié, caractérisé par une sensibilité accrue à la suggestion.

Cette définition n'est pas consensuelle parmi tous les acteurs de la discipline et évolue actuellement à la lumière des découvertes scientifiques, qui concernent tant la neurophysiologie de l'hypnose que ses applications pratiques. L'expérience hypnotique étant un vécu personnel, sa définition est partiellement subjective.

L'American Psychological Association (APA) est le seul organisme international reconnu par les milieux scientifiques à l'heure actuelle. L'APA a proposé en 2014 une nouvelle définition de l'hypnose :

« A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion » (1).

Que l'on peut traduire par :

« Un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion »

(2)

L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), dans son rapport *évaluation et efficacité de la pratique de l'hypnose* publié en 2015, définit l'état hypnotique comme « Un état modifié de conscience, ni un état de vigilance, ni un état de sommeil »(3).

II. Histoire

L'histoire de l'hypnose est présentée en Annexe 1, résumée ici :

Il existe des descriptions correspondant à des états de « transe » parmi toutes les cultures au cours du temps (4).

La pratique de l'hypnose s'est développée dans le milieu médical occidental depuis le 18^{ème} siècle. A partir de 1773, Franz Mesmer, médecin allemand, a ouvert la voie à l'hypnose en développant la théorie du magnétisme animal.

Le baron Etienne d'Hénin de Cuvillers (1755-1841), est le premier à avoir utilisé le préfixe « hypn- » dans la nomenclature scientifique (5).

Des travaux sur l'hypnose et l'hystérie ont été réalisés par Jean-Martin Charcot (1825-1893). À la même époque, Hippolyte Bernheim, professeur de médecine interne et neurologue français, soulignait l'importance fondamentale de la suggestion dans l'hypnose.

Élève de Charcot, Freud utilisera l'hypnose avant de fonder la psychanalyse.

L'hypnose Ericksonienne tient son nom d'un psychiatre américain du 20^{ème} siècle, Milton Erickson. Il est convaincu que chaque malade possède en lui, inconsciemment, les ressources nécessaires pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté. L'hypnose est un outil permettant d'accéder à ces ressources.

III. Neurophysiologie

A. Neuro-imagerie fonctionnelle

Différentes études de neuro-imagerie ont mis en évidence une modification de l'activité cérébrale durant l'hypnose. Cette modification n'est pas cantonnée à l'activation ou la désactivation d'une seule zone cérébrale, mais correspond à des modifications de l'activité d'ensembles de régions, des « réseaux ». Ceux dont l'activité est modifiée en hypnose sont les réseaux internes (de la conscience de soi) et externes (de la conscience de l'environnement) (6). Comme leur nom l'indique ces réseaux sont identifiés par d'autres études comme étant impliqués dans la mise en

œuvre de fonctions neuropsychologiques spécifiques : la conscience de soi pour le réseau interne, la conscience de l'environnement pour le réseau externe.

Du point de vue anatomique :

- le réseau interne (de la conscience de soi) coïncide avec les structures médianes du cerveau telles que les aires précunéales et frontales médianes. Il est également nommé en anglais « default mode network » (DMN), « réseau du mode par défaut »(7), car il s'active lorsqu'on ne donne au sujet aucune tâche particulière à réaliser,

- le réseau externe (de la conscience de l'environnement) comprend les régions fronto-pariétales latérales.

B. Phénoménologie

Les sujets en état d'hypnose rapportent une phénoménologie correspondant à un état de conscience modifié. Ils rapportent un degré d'absorption (définition ci-après) et de dissociation plus élevé comparé à des conditions d'éveil normal du groupe témoin (8).

« L'absorption » est d'être complètement entraîné dans une expérience perceptive, imaginative ou idéative. En pratique, on peut proposer l'exemple suivant : lorsqu'on suggère à un sujet en hypnose de revivre une expérience autobiographique, il ne fait pas que se remémorer le souvenir au sein de sa mémoire épisodique. Il le revit, le ré-expérimente, ressent à nouveau ce qu'il avait ressenti au moment du souvenir. Cela est vérifié tant en neuro-imagerie fonctionnelle qu'en phénoménologie.

C. Neurophysiologie de la douleur en hypnose

Les sujets qui subissent un stimulus douloureux en hypnose voient leur activité cérébrale modulée différemment des sujets subissant ce même stimulus en vigilance normale.

« Les mécanismes cérébraux qui sous-tendent la modulation de la perception de la douleur sous hypnose comprennent des régions telles les cortex cingulaires antérieurs et frontaux, les ganglions de la base et le thalamus »(6).

Des études utilisant la tomographie par émission de positons (TEP), ont montré que l'effet de modulation de l'hypnose est médié par le cortex cingulaire antérieur (9–12).

Cette modulation est observée sur l'activité du cortex cingulaire antérieur lui-même, et sur un vaste réseau cortical et sous-cortical, incluant les cortex préfrontaux, insulaires et pré-génuaux, pré-SMA (supplementary motor area), le thalamus, le striatum et le tronc cérébral (9–13).

Dans une étude utilisant l'IRM fonctionnelle, une stimulation douloureuse dans un état de veille normal entraînait une activation du cerveau au sein d'un réseau incluant des aires corticales et sous corticales (à savoir : le cortex cingulaire antérieur, les cortex pré-moteurs, préfrontaux dorso-latéraux, somatosensoriels primaires, insulaires bilatéraux, le thalamus, le striatum bilatéral et le tronc cérébral) alors que le même stimuli perçu sous hypnose ne suscitait aucune activation cérébrale (14).

Il a aussi été démontré une augmentation liée à l'hypnose de la connectivité fonctionnelle entre le cortex primaire somatosensoriel (S1) et les cortex insulaires antérieurs et préfrontaux (14).

Ces résultats ne sont pas limités aux volontaires sains, mais sont aussi observés dans des états pathologiques, tels que la fibromyalgie ou la douleur chronique (15–18).

IV. Efficacité et indications

A. Efficacité

L'hypnose combinée avec l'anesthésie locale et la sédation consciente (associant anxiolytiques et antalgiques) chez des patients bénéficiant d'une chirurgie est appelée « hypnosédation ». Cette technique a été largement développée par le Pr E. Faymonville en Belgique. Elle est associée à :

- une amélioration peropératoire du confort et une réduction de l'anxiété et de la douleur,
- une diminution des besoins en médicaments anxiolytiques et analgésiques,

- une optimisation des conditions chirurgicales,
- et un rétablissement plus rapide du patient. (19)

En appliquant la procédure hypnotique utilisée habituellement en chirurgie, il a été montré que les composants affectif (désagréable) autant que sensoriel (intensité perçue) de la douleur étaient réduits comparés aux conditions du groupe témoin (9,13,20).

Le niveau de preuve de ces résultats est reconnu dans le rapport de l'INSERM de 2015 évaluant l'efficacité de la pratique de l'hypnose (3). Les experts concluent que « plusieurs études (6 essais contrôlés randomisés) présentent des résultats convergents, indiquant que l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'un acte de médecine ou de radiologie interventionnelle permet de diminuer la consommation de sédatifs et/ou d'antalgiques en peropératoire » (21–26).

Dans son rapport sur les thérapies complémentaires de 2013, l'Académie Nationale de Médecine conclut que « dans l'ensemble, les indications les plus intéressantes semblent être :

- la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et
- les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses (27) ».

Cette conclusion est basée sur deux revues de la littérature relatives aux effets secondaires des chimiothérapies (28,29) et sur une revue et un essai clinique randomisé confirmant l'intérêt de l'hypnose pour prévenir la douleur liée aux gestes médicaux invasifs (30,31).

Enfin, une technique issue de l'hypnose, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - technique de désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires) s'est révélée efficace dans la prise en charge des états de stress post traumatiques (3).

Le praticien personnalise fortement sa prise en charge en hypnose selon chaque patient. Il restera donc difficile de dissocier l'effet intrinsèque à l'hypnose des effets liés à la relation malade-thérapeute avec les outils méthodologiques actuels de la médecine scientifique, ce qui appelle à en créer de nouveaux, plus adaptés. Les

effets révélés dans les différentes études seraient sous-estimés par rapport à la réalité (3).

Dans les cas où l'hypnose ne s'est pas révélée efficace, il s'agit le plus souvent d'une absence de niveau élevé de preuve, plutôt que de résultats révélant une absence d'efficacité. Ces études souffrent d'effectifs trop faibles. On peut alors s'interroger sur la pertinence du mode de financement actuel de la recherche médicale. Ce système promeut davantage l'étude des médicaments que l'étude d'autres moyens thérapeutiques.

On peut envisager que l'utilité de l'hypnose soit démontrée dans d'autres indications grâce à de nouveaux essais.

B. Indications

Les indications de l'hypnose sont nombreuses, et couvrent un champ beaucoup plus vaste que les indications pour lesquelles l'hypnose a montré un haut niveau de preuve de son efficacité.

On peut les présenter sous trois catégories, correspondant à trois techniques d'hypnose :

- L'hypnoanalgésie couvre la gestion de la douleur au sens large, aiguë comme chronique.

- L'hypnothérapie est indiquée pour le traitement des troubles psychologiques et psychosomatiques. Une liste non exhaustive est proposée par la Société Française d'Hypnose (SFH) (Annexe 2).

- L'hypnosédation, qui comme vu précédemment est indiquée en anesthésie pour les prises en charges chirurgicales (Annexe 3).

L'hypnose ne connaît pas de contre-indication formelle. Son utilisation est classiquement déconseillée chez les malades psychotiques, par crainte d'aggraver leurs symptômes dissociatifs. Les données disponibles, peu nombreuses, ne révèlent cependant pas de dangerosité (32).

V. Formation et démographie

L'hypnose n'est pas enseignée en formation initiale au cours des études de médecine. Le niveau de connaissance de l'hypnose des médecins généralistes dépend principalement de leurs parcours personnels et peut varier d'un médecin à l'autre (33).

L'Ordre Des Médecins ne reconnaît pas les Diplômes Universitaires (DU) d'hypnose. Réglementairement, mentionner cette pratique sur sa plaque ou ses ordonnances n'est donc pas autorisé.

Il existe 11 diplômes universitaires (et 1 DESU diplôme d'études supérieures universitaires, et 1 DIU diplôme interuniversitaire) à ce jour en France.

L'enseignement associatif et privé propose également des formations, dont la durée est très variable (de 2 jours à plus de 45 jours sur plusieurs années). Certaines n'acceptent que les professionnels de santé, d'autres sont ouvertes à un public plus large.

De nombreuses formations sont proposées dans le cadre de la formation continue et du Développement Professionnel Continu (DPC) et sont alors réservées aux professionnels de santé. Les formations peuvent aussi être proposées hors DPC, par exemple la Société Française de Médecine Générale (SFMG) propose un module d'initiation aux techniques d'hypnose.

Il n'existe pas d'enquête décrivant le nombre total de soignants formés à l'hypnose en France, ni pratiquant l'hypnose que ce soit en libéral ou à l'hôpital. Certaines associations proposent des annuaires non exhaustifs (Annexe 4).

VI. Hypnose et médecine générale.

La place de l'hypnose en médecine générale a été peu étudiée et est mal connue.

L'articulation actuelle entre la médecine générale et l'hypnose est le fruit des différentes problématiques vues au cours de cette introduction. L'hypnose s'impose de plus en plus dans le champ de la médecine, souvent dans des indications du domaine d'autres spécialistes : anesthésie, chirurgie, psychothérapie, pédiatrie, spécialiste de la douleur. N'étant pas enseignée en formation initiale, on peut

s'attendre à ce que la connaissance de l'hypnose chez les médecins généralistes soit plutôt faible. Les résultats d'une étude départementale (Val d'Oise) de 2007 vont en ce sens (33). Les médecins généralistes sont en première ligne face aux patients et risquent donc de se trouver démunis, d'autant plus que l'hypnose est une discipline souffrant de beaucoup de préjugés.

Cette étude explorera pour la première fois à l'échelle nationale cette connaissance de l'hypnose chez les médecins généralistes.

La part des médecins généralistes utilisant l'hypnose au sein de leur propre activité n'est pas connue. Cette proportion serait très faible, de l'ordre de 2% (33). D'autres travaux de thèses se sont focalisés sur ces médecins généralistes formés à l'hypnose. Leur pratique de l'hypnose est hétérogène tant concernant les indications que les aspects pratiques :

- Certains l'intègrent à leur consultation classique, par exemple en utilisant les techniques de communication de l'hypnose (« hypnose conversationnelle »).
- D'autres la séparent du reste de leur activité, avec des plages horaires dédiées, parfois dans une pièce dédiée (34–36).

Dans le cas où l'hypnose est indiquée mais le médecin généraliste ne la pratique pas, il peut proposer au malade de l'orienter vers un correspondant. Les médecins généralistes ont un rôle primordial dans la coordination des soins (37–39). Ils ont une influence déterminante sur la place de l'hypnose dans le réseau de soin. Cette intégration de l'hypnose dans la coordination des soins n'a jamais été étudiée en France. Cette étude est la première à proposer une estimation du nombre de patient orientés chaque année vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins.

En conclusion, cette étude portera simultanément sur ces deux aspects : connaissance de l'hypnose et intégration de celle-ci dans la coordination des soins. Cela permet de chercher un éventuel lien entre les deux.

Les médecins généralistes connaissant mieux l'hypnose orientent-ils plus de patients vers des correspondant intégrant l'hypnose à leurs soins ?

VII. Objectif

L'objectif principal de cette étude est de chercher s'il existe un lien entre la connaissance de l'hypnose du médecin généraliste et son intégration dans la coordination des soins.

Les objectifs secondaires sont

- d'explorer la connaissance de l'hypnose des médecins généralistes français,
- de déterminer à quelle fréquence les médecins généralistes adressent leurs patients vers des correspondants pratiquant l'hypnose.

MATERIELS ET METHODES

I. Population

Il s'agit d'une étude quantitative, analytique, transversale, nationale.

Les critères d'inclusion sont :

Être médecin généraliste en activité en France métropolitaine, dont le numéro de téléphone est répertorié dans l'annuaire téléphonique des pages jaunes.

Les critères d'exclusion sont :

Les médecins répertoriés avec un numéro se révélant être non attribué, ou ne correspondant pas à la bonne identité.

Le Bureau du Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord Ouest IV a été consulté et considère que ce travail de recherche, présenté comme une recherche non-interventionnelle, ne requiert pas d'avis CPP et pas d'avis ANSM préalables.

Les médecins généralistes ont été tirés au sort dans l'annuaire téléphonique des pages jaunes en suivant une table de randomisation jusqu'à l'obtention d'un échantillon de 500 médecins respectant les critères d'inclusion. Ce tirage au sort était stratifié par région (avant la réforme territoriale de 2016).

Les médecins exerçants en cabinet de groupe étaient inclus. Cependant, ces médecins apparaissent deux fois dans l'annuaire : une fois seul, et une deuxième fois répertoriés indirectement sous le nom de leur cabinet de groupe. Pour éviter qu'ils ne soient surreprésentés, les médecins apparaissant sous les coordonnées de leur cabinet de groupe étaient ignorés.

Lorsque le médecin contacté par téléphone était remplacé, la représentativité des médecins remplaçants était préservée en leur proposant de réaliser le questionnaire à la place du médecin remplacé.

II. Méthode

Il s'agit d'un questionnaire interactif en ligne exploitant le logiciel Limesurvey®. Une version textuelle est disponible en Annexe 6.

Le nombre de questions posées varie selon les réponses fournies, allant de 28 à 30.

Le questionnaire est organisé en trois volets :

- La première partie du questionnaire explore en 15 à 16 questions les connaissances en hypnose des médecins interrogés.

- La deuxième partie détermine en 5 à 6 questions la place de l'hypnose dans leur coordination des soins.

- La troisième partie recueille en 8 questions les données démographiques, le type d'activité et le pays de formation.

La conception du questionnaire a été réalisée à l'aide d'ouvrages spécialisés (40,41). Les règles suivies sont les suivantes :

Les questions sont en majorité fermées. Chaque question correspond à une idée unique. La formulation des questions est simple, neutre, précise, concise, sans négation.

Concernant les réponses, l'échelle de Likert modifiée (Annexe 7) a été exploitée chaque fois que possible.

Le formulaire a été préalablement testé sur huit médecins généralistes afin de l'optimiser.

Les adresses e-mail des médecins étaient demandées par téléphone. Chaque médecin dont l'adresse électronique était obtenue recevait un courrier électronique expliquant l'objet de l'étude (Annexe 5) et contenant un lien hypertexte vers le questionnaire auto-administré.

Les invitations ont été envoyées le 17 mars 2016, suivies de deux relances les 23 mars et 11 avril. Le recueil des données s'est terminé le 21 avril 2016.

L'étude est anonyme, les coordonnées ont été détruites. Il n'est pas possible de connaître les réponses individuelles.

Afin d'assurer la légalité du recueil de données, une déclaration à la CNIL a été effectuée via le correspondant informatique et liberté de l'université Lille 2 (Annexe 8).

Pour réaliser l'analyse statistique les données ont été exportées depuis le logiciel en ligne Limesurvey® vers le logiciel Excel®. Les analyses ont été réalisées à partir du logiciel R® (version 3.2.4).

Pour l'analyse descriptive, les variables quantitatives sont représentées par un histogramme. L'intervalle de confiance est calculé à l'aide d'une loi de Student. Les variables qualitatives sont représentées par un diagramme en barre. L'intervalle de confiance est calculé par la méthode de score de Wilson avec correction de continuité.

La recherche d'une éventuelle corrélation entre :

- la connaissance de l'hypnose du médecin généraliste et,
 - la fréquence d'orientation des patients vers des praticiens utilisant l'hypnose
- a été réalisée avec le test de corrélation de Pearson.

La conception de l'enquête et la réalisation du questionnaire ont été réalisées avec le concours de la plateforme d'aide méthodologique du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille. La saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec les ressources personnelles de l'auteur.

RESULTATS

Les 500 médecins ont été contactés par téléphone sur une période de 18 jours.

Parmi eux 40 ne disposaient pas d'adresse e-mail, 70 ont refusé de participer (sur ces 70 refus, il n'est pas précisé s'ils disposaient d'une adresse e-mail ou non) et 390 ont accepté de recevoir un e-mail contenant une invitation à participer au questionnaire en ligne. Cent-vingt d'entre eux ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 30%. En prenant en compte l'ensemble de l'échantillon le taux de participation est de 24% (Figure 1).

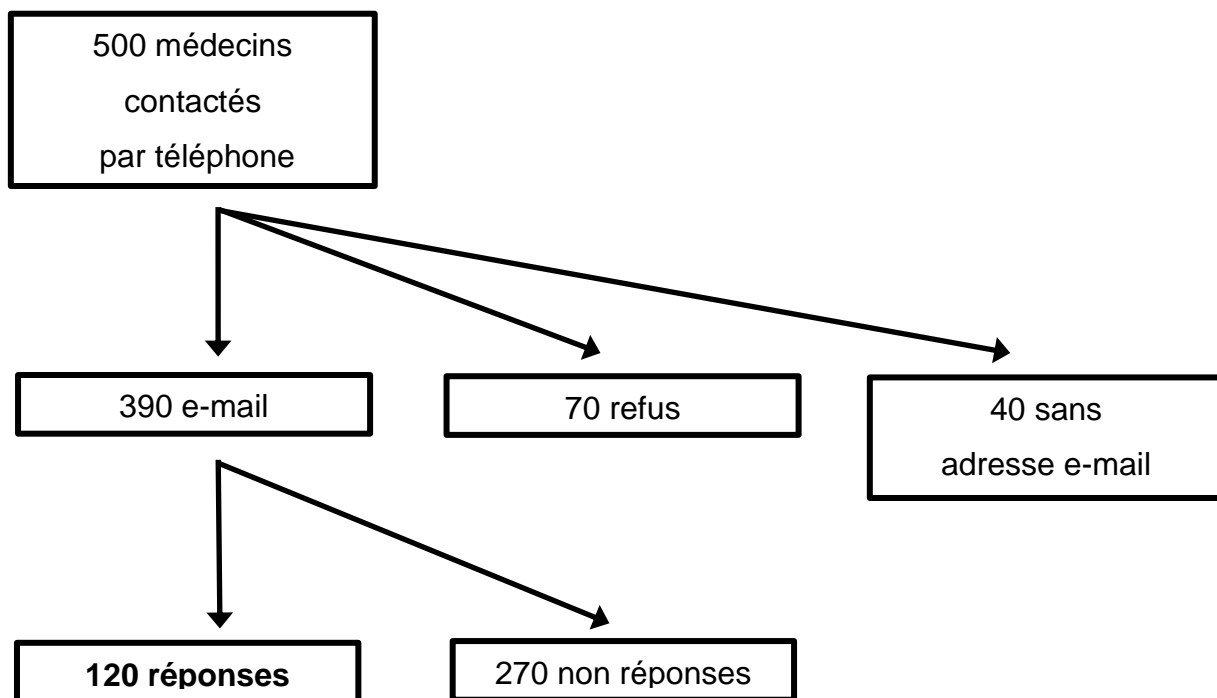


Figure 1 : Diagramme de flux

I. Caractéristiques socio-professionnelles

L'âge moyen est de 48 ans [45-49], l'âge médian de 50 ans (Figure 2). Les caractéristiques socioprofessionnelles sont décrites dans le Tableau 1.

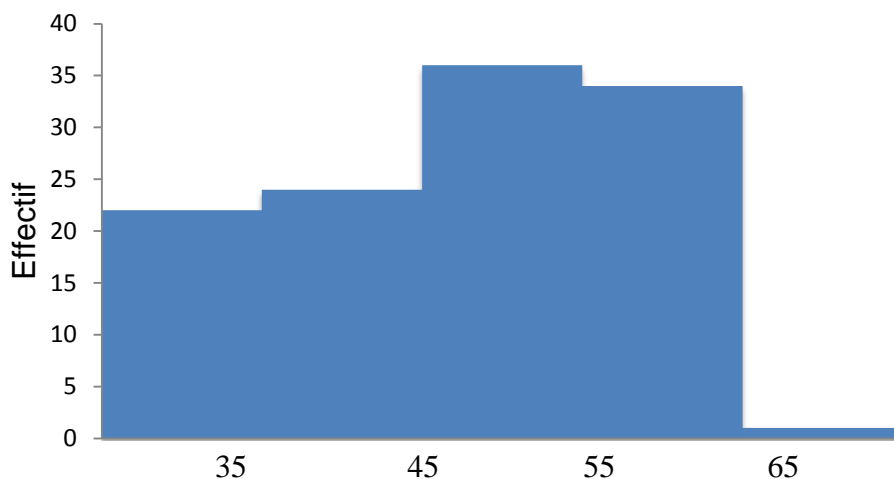


Figure 2 : Classes d'âge

Tableau 1 : Caractéristiques socioprofessionnelles

Caractéristiques socio-professionnelles	Effectif	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95%
Sexe			
féminin	60	51%	[41-60]
masculin	57	49%	[39-58]
Milieu d'exercice			
urbain	57	49%	[39-58]
semi-urbain	41	35%	[26-44]
rural	18	16%	[9-23]
Mode d'activité			
libéral	109	93%	[86-96]
mixte	9	07%	[3-13]
Type d'exercice			
en groupe	55	48%	[38-57]
seul	45	39%	[30-49]
en maison de santé pluriprofessionnelle	9	08%	[3-14]
en maison de santé pluridisciplinaire	5	04%	[1-10]

1 seul participant a été formé à l'étranger.

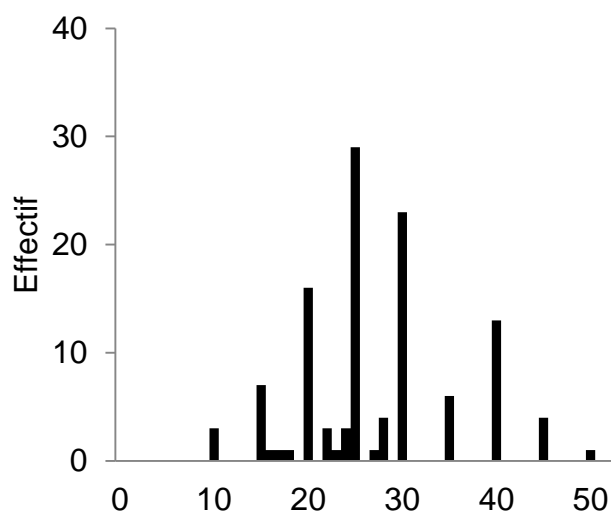


Figure 3 : Nombre de patients par jour

Les médecins participants déclarent en moyenne 27 patients par jour (27,42 [25,86-28,98]). La médiane est de 25 patients par jour (Figure 3).

En moyenne ils consacrent 17,93 minutes par patient [16,85-19,01]. Cette moyenne est influencée par des valeurs extrêmes hautes (60 minutes par patient pour 1 médecin, 45 minutes pour 1 médecin). La médiane est de 15 minutes par patient (Figure 4).

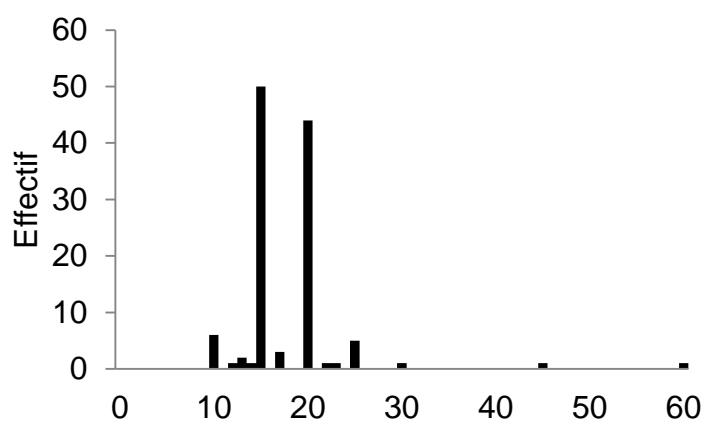


Figure 4 : Nombre de minutes par patient

II. Connaissances pratiques et théoriques

Un médecin généraliste sur cinq (20% [13-28]) déclare avoir déjà été hypnotisé (Figure 5).

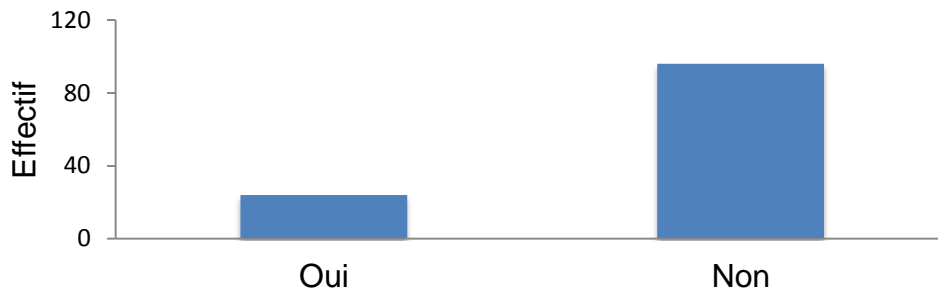


Figure 5 : Avez-vous déjà été hypnotisé ?

Si oui :

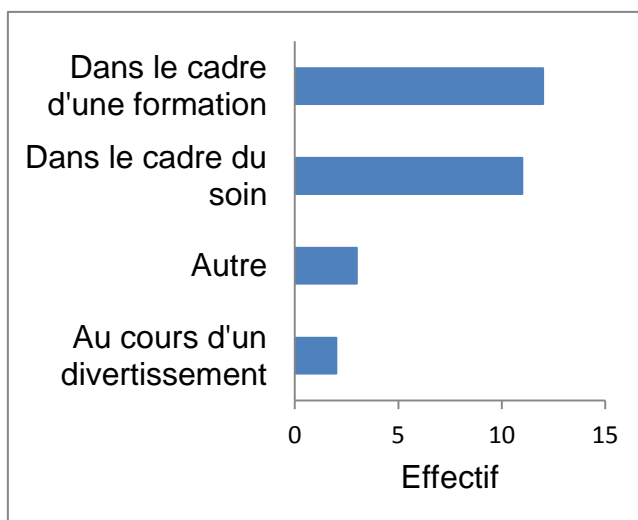


Figure 6 : Cadre dans lequel les médecins ont déjà été hypnotisés.

Parmi les médecins déjà hypnotisés, 50% [31-68] l'ont été dans le cadre d'une formation, 46% [26-66] dans le cadre du soin, 8% [1-28] au cours d'un divertissement (Figure 6).

Si non :

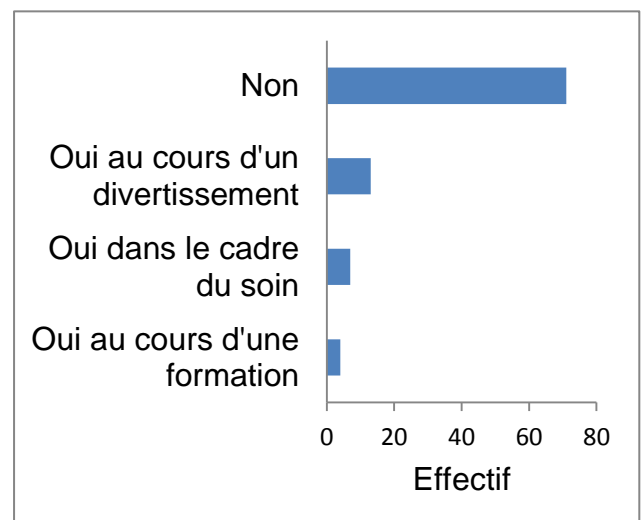


Figure 7 : Avez-vous déjà assisté à une séance d'hypnose ?

Parmi ceux qui n'ont jamais été hypnotisés, 74% [63-82] n'ont jamais assisté à une séance d'hypnose. Rapportés à l'ensemble des participants, ils sont 59% à n'avoir aucune expérience pratique de l'hypnose (Figure 7).

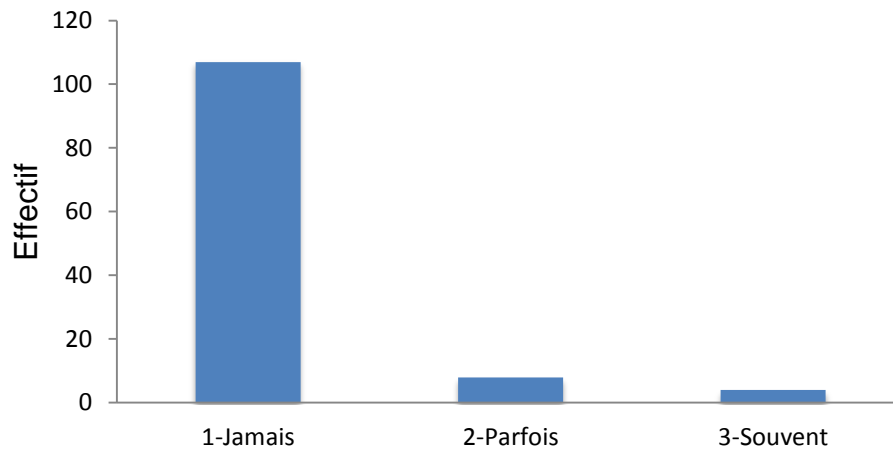


Figure 8 : fréquence de pratique de l'hypnose en tant que soignant.

Parmi l'ensemble des participants, 10% ont déjà pratiqué l'hypnose en tant que soignants (Figure 8).

Seuls 15% [9-23] ont déjà suivi une formation d'au moins une heure consacrée spécifiquement à l'hypnose (Figure 9).

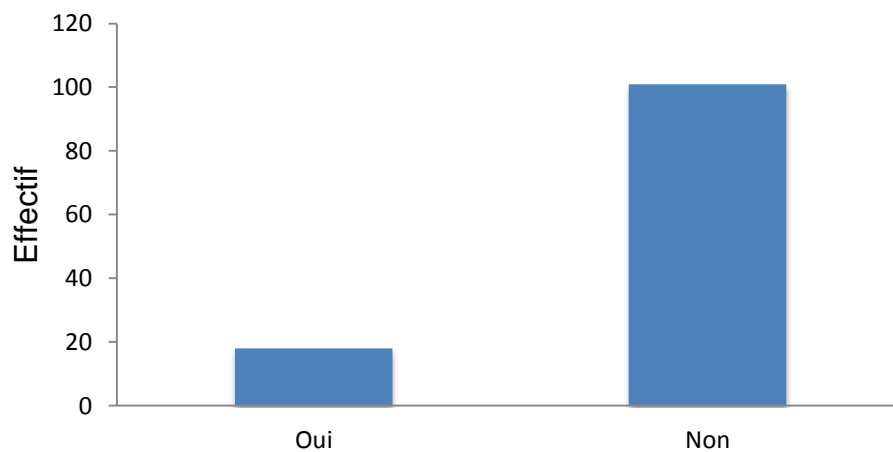


Figure 9 : Avez-vous déjà suivi une formation en hypnose ?

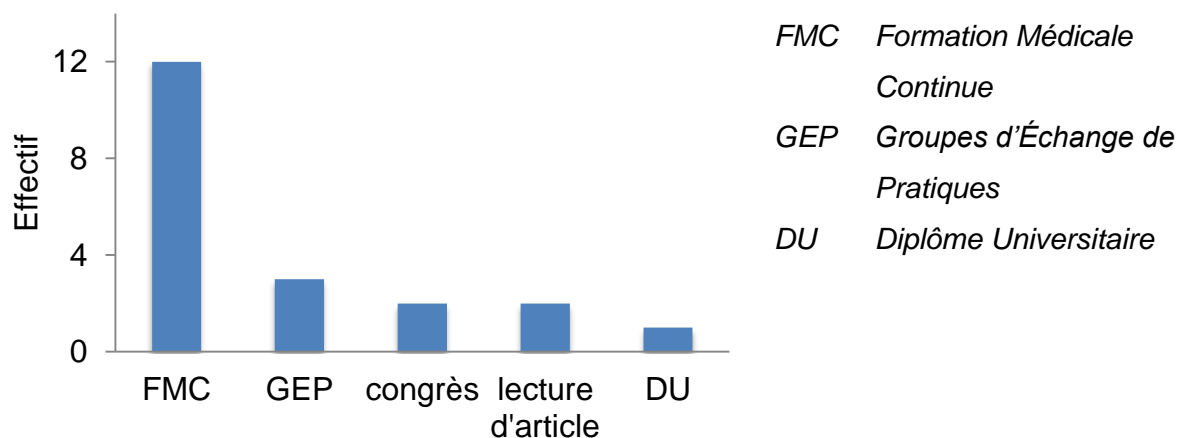


Figure 10 : Type de formation

Le type de formation était dans 67% [41-85] des cas la Formation Médicale Continue.

La majorité des médecins (55% [45-63]) souhaitent approfondir leurs connaissances en hypnose (Figure 11).

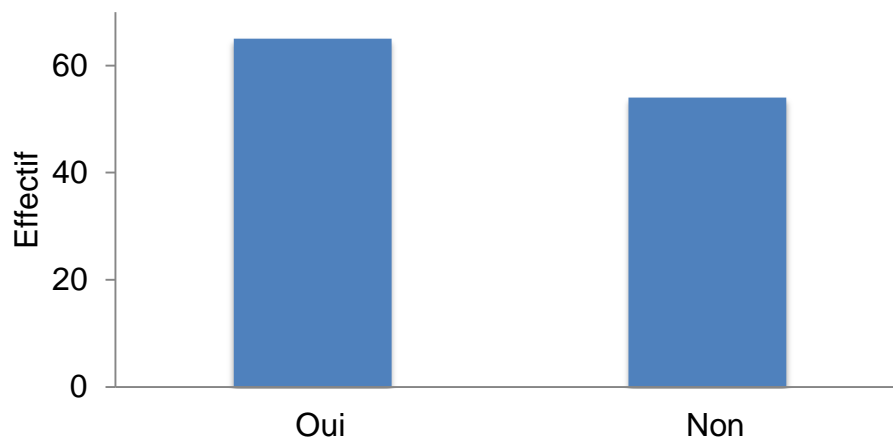


Figure 11 : Souhaitez-vous approfondir vos connaissances en hypnose ?

Les réponses aux questions explorant les connaissances théoriques (n°8 à 17) sont présentées ci-après :

- Tableau 2 en données chiffrées,
- Tableaux 3 et 4 en aperçu visuel,
- En synthèse.

Tableau 2 : Réponses aux questions 8 à 17

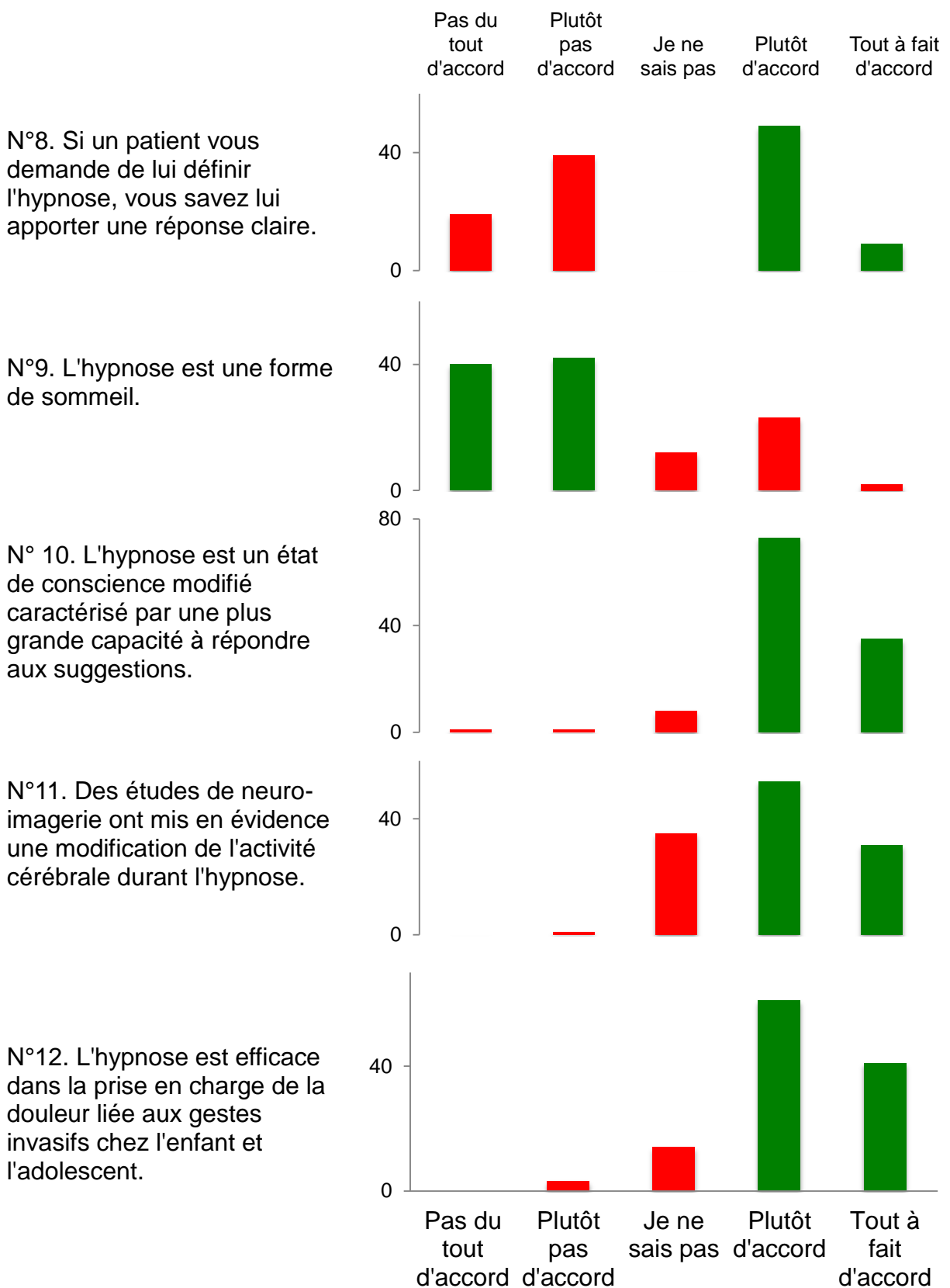
Questions	Réponses					
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Je ne sais pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	N'ont pas répondu
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
N°8. Si un patient vous demande de lui définir l'hypnose, vous savez lui apporter une réponse claire.	19 (16%)	39 (34%)	- -	49 (42%)	9 (8%)	4
N°9. L'hypnose est une forme de sommeil.	40 (34%)	42 (35%)	12 (10%)	23 (19%)	2 (2%)	1
N°10. L'hypnose est un état de conscience modifié caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions.	1 (1%)	1 (1%)	8 (7%)	73 (62%)	35 (30%)	2
N°11. Des études de neuro-imagerie ont mis en évidence une modification de l'activité cérébrale durant l'hypnose.	0 (0%)	1 (1%)	35 (29%)	53 (44%)	31 (26%)	0
N°12. L'hypnose est efficace dans la prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent.	0 (0%)	3 (3%)	14 (12%)	61 (51%)	41 (34%)	1
N°13. L'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale permet de diminuer la consommation d'antalgiques.	0 (0%)	2 (2%)	14 (12%)	59 (50%)	44 (37%)	1
N°14. L'hypnose est efficace dans la prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies anti-cancéreuses.	2 (2%)	7 (6%)	38 (32%)	54 (45%)	19 (16%)	0
N°15. Un patient peut rester bloqué en hypnose si le thérapeute est mal entraîné.	30 (25%)	25 (21%)	55 (46%)	8 (7%)	2 (2%)	0
N°16. L'hypnose peut être accompagnée d'une amnésie de la séance.	6 (5%)	20 (17%)	44 (37%)	39 (33%)	10 (8%)	1
N°17. Tout médecin serait apte à pratiquer l'hypnose après formation adéquate.	3 (2%)	14 (12%)	25 (21%)	52 (43%)	26 (22%)	0

Les résultats sont présentés sous la forme n = effectif (fréquence)

Tableau 3 : **Aperçu des réponses aux questions 8 à 12**

Questions

Réponses (Effectif)



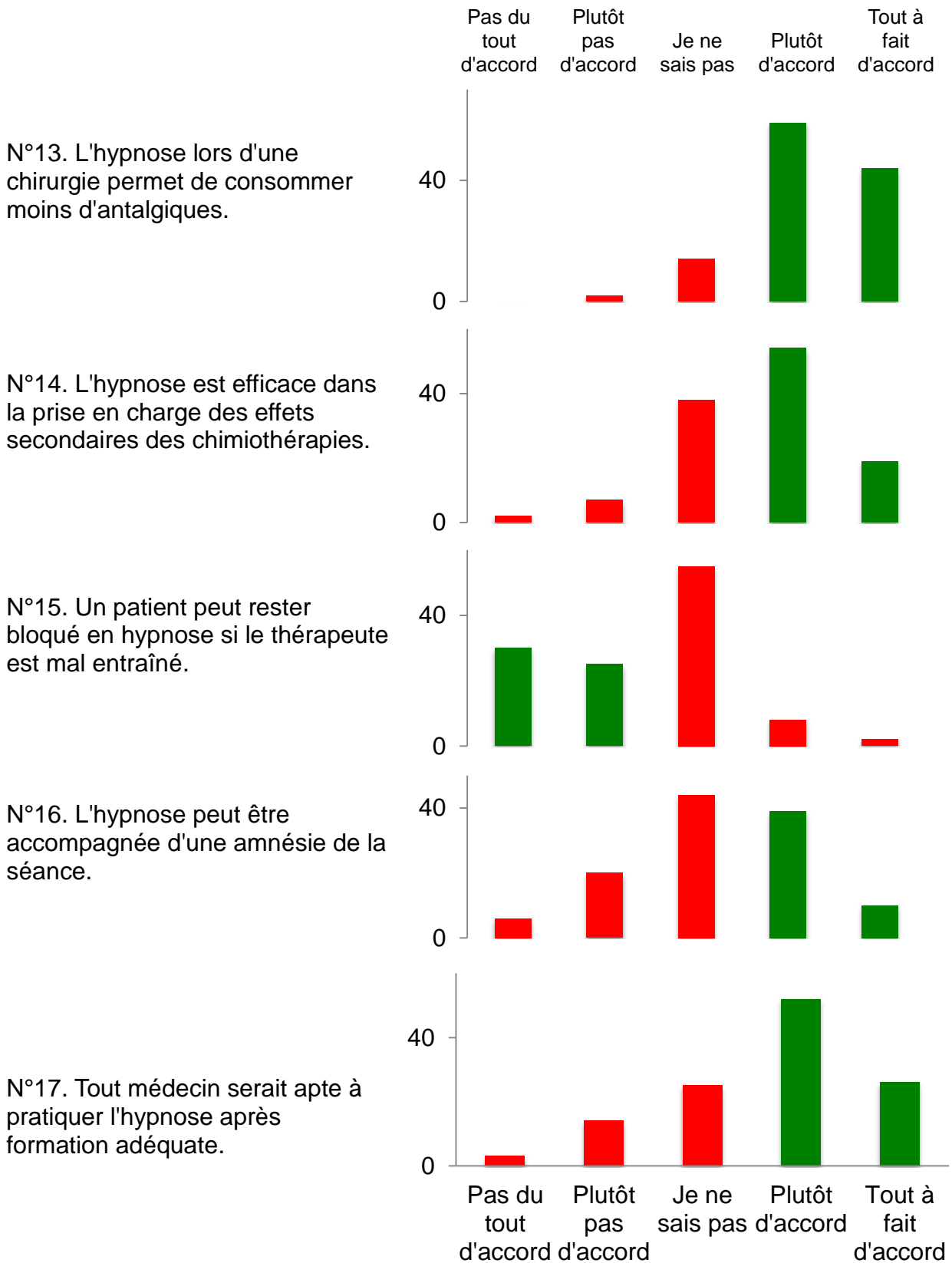
(En vert les réponses correspondant à une bonne connaissance de l'hypnose)

Tableau 4 : **Aperçu des réponses aux questions 13 à 17**

(En vert les réponses correspondant à une bonne connaissance de l'hypnose)

Questions

Réponses (Effectif)



Synthèse des connaissances théoriques

Concernant la définition de l'hypnose (questions 8 à 11),

En cumulant les réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » de la question n°8, 50% des médecins estiment savoir apporter une réponse claire si un patient leur demande de définir l'hypnose.

Près d'un tiers (31%) pensent à tort que « L'hypnose est une forme de sommeil », ou ne savent pas répondre.

La proposition de définition : « L'hypnose est un état de conscience modifié, caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions » est largement acceptée par les participants (92%).

Et 70% sont d'accord avec le fait avéré que « des études de neuro-imagerie ont mis en évidence une modification de l'activité cérébrale durant l'état d'hypnose ».

Concernant les indications de l'hypnose (questions 12 à 14),

Ils sont 86% à être d'accord avec le fait avéré que « l'hypnose est efficace dans la prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent. »,

87% sont d'accord avec le fait avéré que « l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale permet de diminuer la consommation d'antalgique. »,

Et 61% sont d'accord avec l'affirmation avérée « L'hypnose est efficace dans la prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses ».

Les réponses aux questions 12 à 14 montrent que l'efficacité de l'hypnose est reconnue par la majorité des médecins généralistes.

Autres connaissances (questions 15 à 17).

La majorité (59%) des participants ne savent pas que l'hypnose peut être accompagnée d'une amnésie de la séance.

L'hypnose est une technique qui s'acquiert par l'apprentissage. Les formations sont ouvertes à tous les médecins, quelque-soit leur spécialité. Seuls 65% des participants sont d'accord avec la proposition : « Tout médecin serait apte à pratiquer l'hypnose après formation adéquate. »

III. Place de l'hypnose dans la coordination des soins

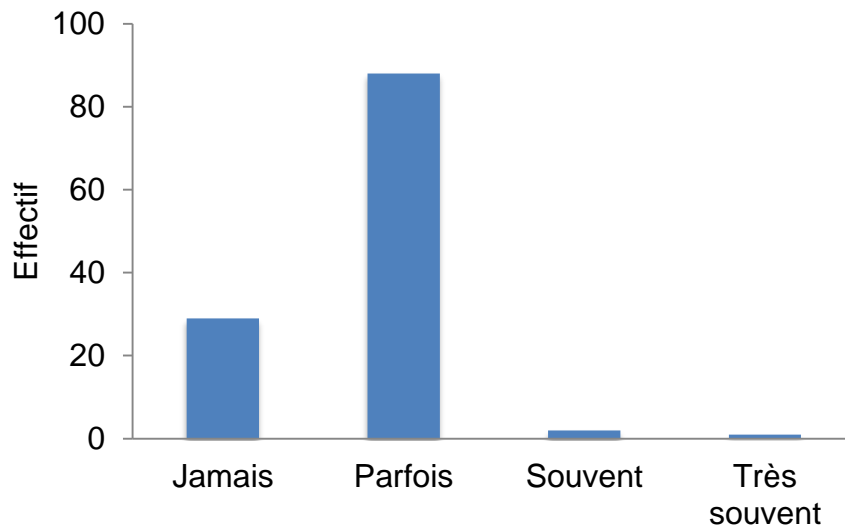


Figure 12 : Vos patients vous ont-ils posé des questions sur l'hypnose ?

En additionnant les réponses positives « Parfois », « Souvent », « Très souvent », 76% ont déjà été questionnés par leurs patients sur l'hypnose (Figure 12).

Quatre-vingt-douze pour cent (92%) se déclarent intéressés par l'hypnose médicale en tant qu'outil thérapeutique (Figure 13).

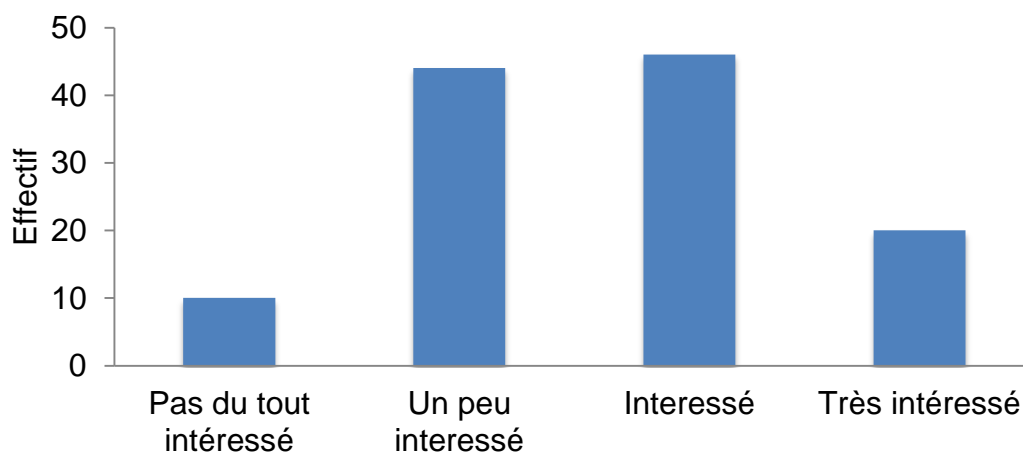


Figure 13 : Êtes-vous intéressés par l'hypnose médicale en tant qu'outil thérapeutique ?

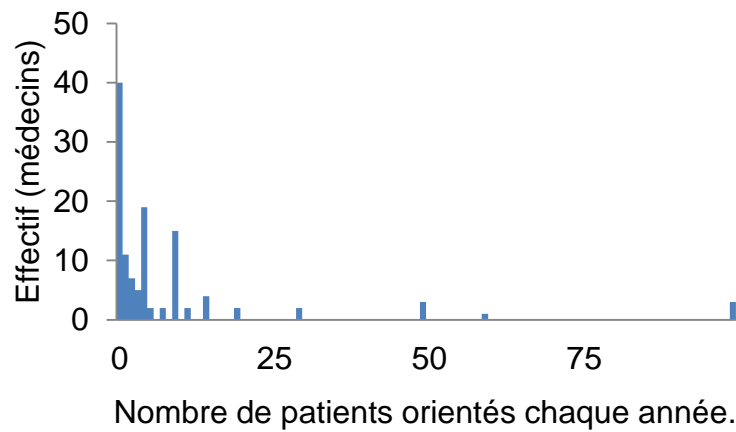


Figure 14 : Nombre de patients orientés chaque année vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins

En moyenne, les médecins généralistes orientent entre 8 et 9 patients par an vers des hypnothérapeutes ou vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins (8,77 [5,48-12,06]) ; 34% n'en orientent aucun (Figure 14).

Seuls 32% [24-41] trouvent facile d'orienter vers un hypnothérapeute (Figure 15).

Parmi ceux pour qui il est difficile d'orienter vers un hypnothérapeute, le motif principalement invoqué (par 72% d'entre eux [60-81]) est la difficulté de trouver une liste de thérapeute (Figure 16).

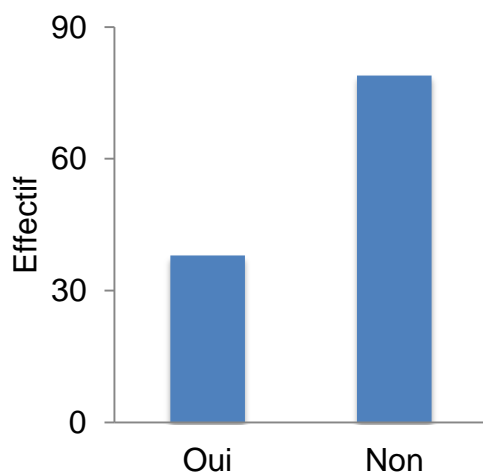


Figure 15 : Trouvez-vous facile d'orienter vers un hypnothérapeute ?

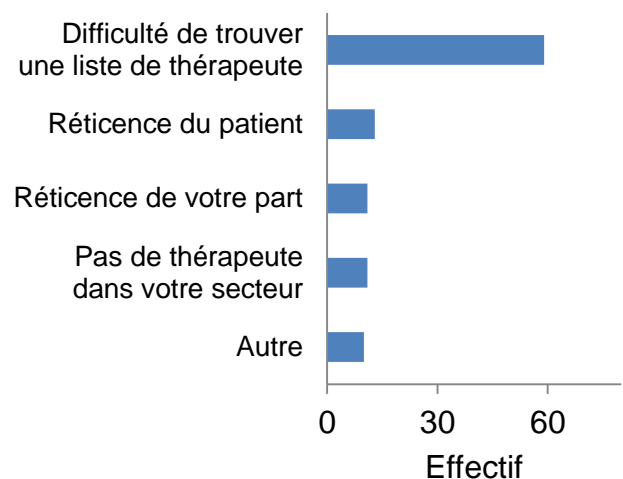


Figure 16 : Motif de la difficulté

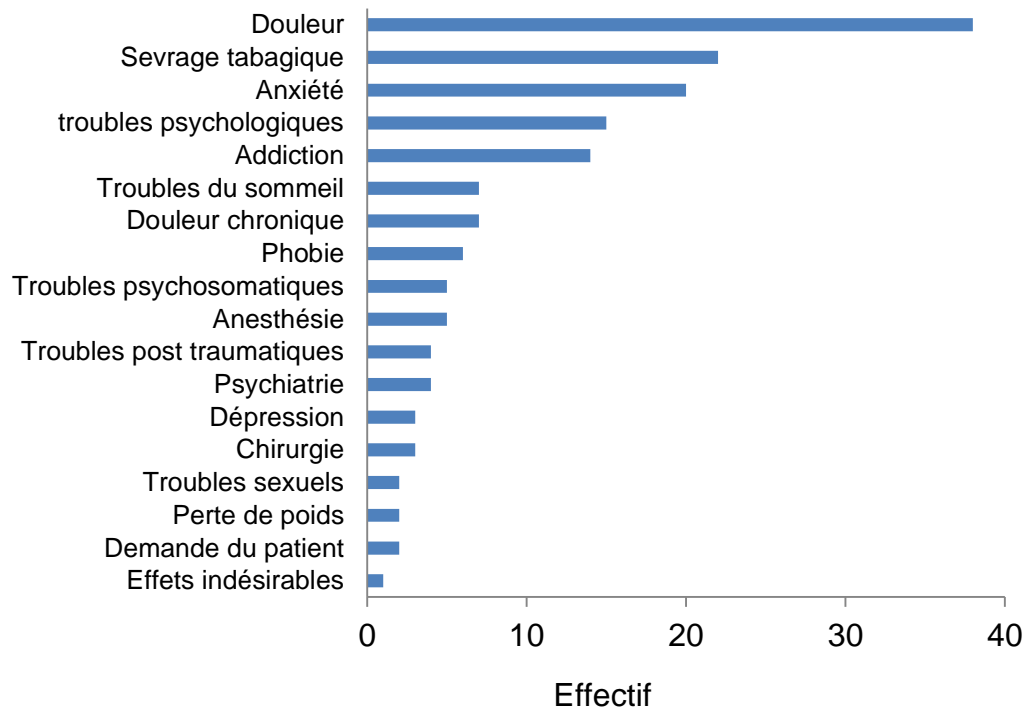


Figure 17 : Principale indication de l'hypnose (détail)

Les réponses à la question ouverte « Selon vous quelle est la principale indication de l'hypnose médicale ? » sont présentées Figure 17 et 18.

Vingt-trois médecins n'ont pas répondu ; 43% des médecins ont cité plusieurs indications. Un médecin a répondu « aucune ». Deux la réservent « en seconde intention », et trois précisent « en complément ». Ces réponses ont été codées puis catégorisées a posteriori (Annexe 9).

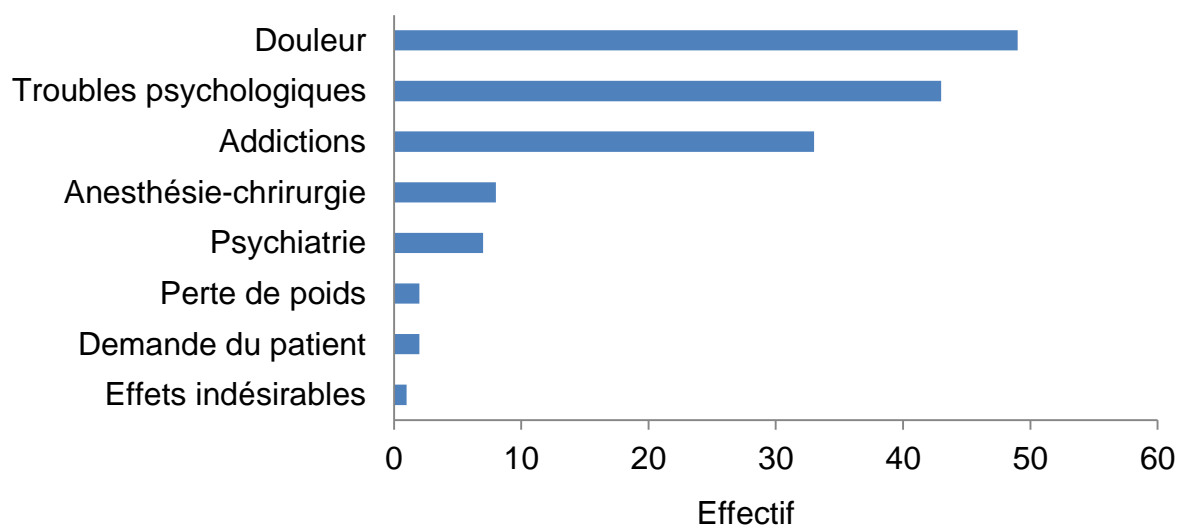


Figure 18 : Principale indication de l'hypnose (catégories)

IV. Lien entre connaissance et coordination

Pour interpréter l'ensemble des réponses aux 12 questions explorant la connaissance de l'hypnose, une note a été calculée (Figure 19).

La médiane est de 7 sur 12, la moyenne de 6,57 [6,08-7,05].

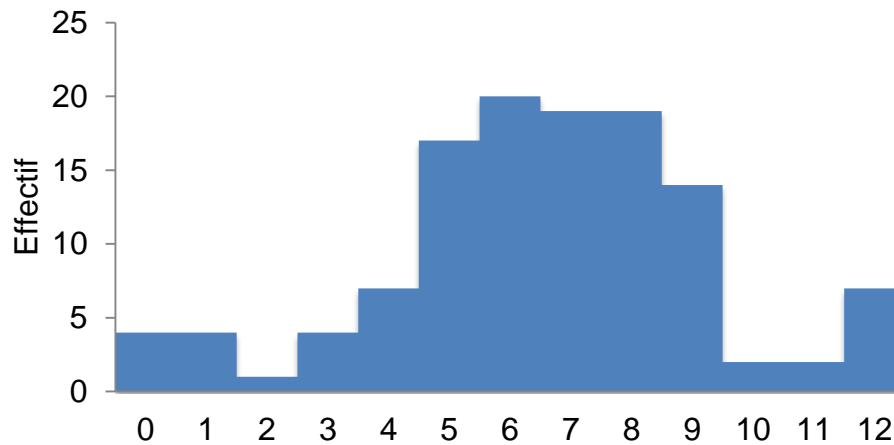


Figure 19 : Note

Cette note est ensuite comparée au nombre de patient orientés chaque année vers des correspondants pratiquant l'hypnose (Figure 20).

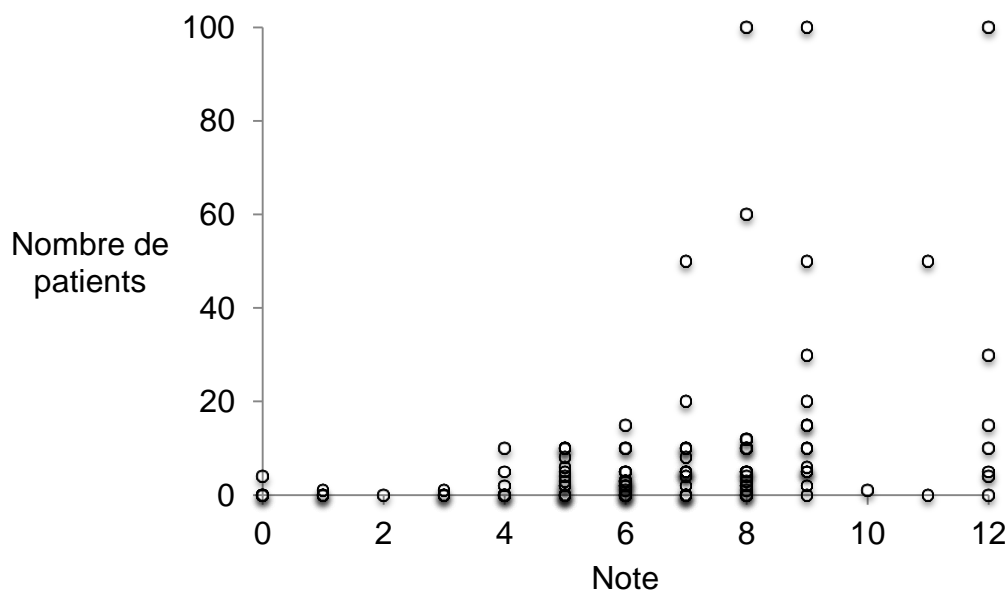


Figure 20 : Nombre de patients orientés chaque année vers des correspondants pratiquant l'hypnose comparé à la note

Le coefficient de corrélation de Pearson est ici égal à 0,36 [0,20-0,51] $p < 0,05$ ($p = 0,000049$). L'intervalle de confiance exclu le 0, donc la corrélation est significative (Figure 21).

Une meilleure connaissance de l'hypnose est associée à une fréquence plus élevée d'orientation des patients vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins.

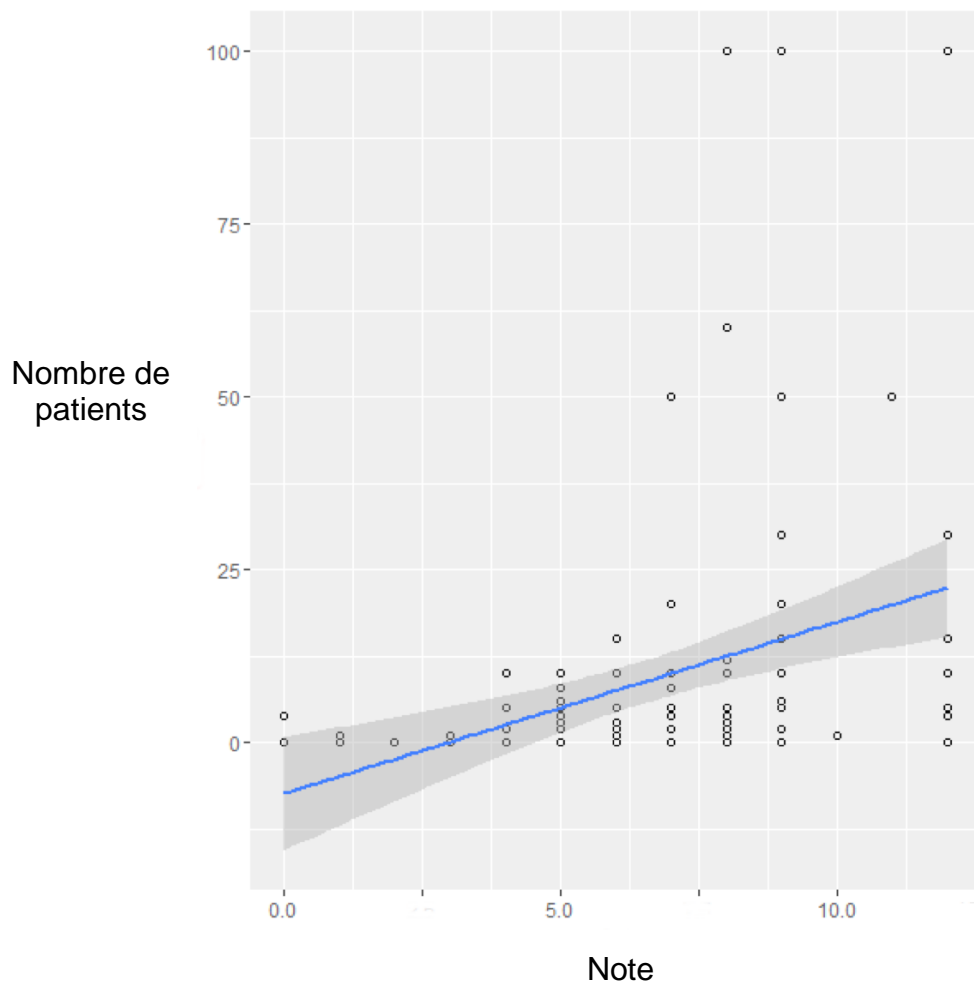


Figure 21 : Corrélation entre connaissance de l'hypnose (note) et nombre de patients orientés chaque année vers des correspondants pratiquant l'hypnose.

DISCUSSION

En France, cette étude est la première à :

- explorer les connaissances en hypnose des médecins généralistes à l'échelle nationale,
- mesurer à quelle fréquence les médecins généralistes orientent les malades vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins,
- établir un lien entre la connaissance de l'hypnose du médecin généraliste et son intégration dans la coordination des soins.

Une meilleure connaissance de l'hypnose est associée à une fréquence plus élevée d'orientation des patients vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins.

L'hypothèse pour expliquer ce résultat est qu'il y aurait un lien de causalité entre les deux : mieux connaître l'hypnose engendrerait une meilleure intégration de celle-ci dans la coordination des soins. Cette piste reste à démontrer par de futures études.

I. Conception du questionnaire

Le questionnaire était auto-administré pour une raison de faisabilité vu le grand nombre de participants. De plus, le risque de réponse de façade est plus faible qu'en face d'un enquêteur (il est plus facile d'indiquer que l'on a un comportement marginal ou que l'on ne connaît pas la réponse en cochant une case seul qu'en parlant à un enquêteur). Ce paramètre est important dans cette étude car elle est basée sur l'auto-évaluation dans un domaine mal maîtrisé par les participants.

Le questionnaire comporte des filtres (certaines questions sont posées uniquement à ceux qui ont répondu au préalable une certaine réponse à une question précédente). Cela diminue le nombre de questions posées aux participants, leur fait gagner du temps et supprimer le risque d'erreur en ne leur présentant que les questions qui les concernent.

Les questions posées étaient similaires aux autres études explorant les connaissances en hypnose (33,42).

L'ordre de présentation des propositions de réponse de la **question n° 6** « Quel type de formation -en hypnose- ? » (DU / congrès / FMC / GEP / lecture d'article)

était rendu aléatoire grâce à la version électronique afin d'éviter un biais lié à la surreprésentation des réponses de début et fin de liste.

Lors de l'élaboration des questions explorant les connaissances sur la neurophysiologie (n°11) et sur l'efficacité de l'hypnose (n°12 à 14), les affirmations choisies étaient celles pour lesquelles les preuves sont les plus fiables.

Les réponses sont dans leur majorité prédéfinies. Cela évite le biais lié à leur codage a posteriori. Une minorité de réponses reste libre pour :

- augmenter l'adhésion du répondant au questionnaire,
- limiter la perte d'information. Cela s'est révélé utile en particulier à la question n°2 qui cherchait dans quel cadre les médecins avaient déjà été hypnotisés. La majorité (15 sur 28) des médecins ont coché la réponse libre « Autre : ... ». Parmi ces 15 médecins, 12 ont alors précisé « formation ». Cette réponse s'est révélée a posteriori être la plus fréquente.

Une faiblesse méthodologique de l'étude est que les réponses basées sur l'auto-évaluation ont une part de subjectivité et n'ont pas été vérifiées par des données objectives.

II. Validité externe

Le choix entre une enquête par courrier électronique ou par voie postale s'est posé lors de l'élaboration de la méthode. La voie postale a la réputation d'augmenter le taux de réponse, mais génère un surcoût financier et environnemental. Le recueil de données par voie électronique est plus rapide. La représentativité de l'échantillon est également différente : par exemple les médecins plus âgés répondraient d'avantage aux courriers postaux, les médecins plus jeunes aux courriers électroniques. Les moyens limités de cette étude ont donc impacté la représentativité de la population.

Le taux de médecins ne disposant pas de boîte e-mail donc « exclus de fait » était une donnée inconnue pour guider ce choix en amont. Les données du diagramme de flux (Figure 1) de cette étude pourraient être exploitées lors de futures études similaires pour guider le choix du mode de diffusion de l'enquête.

Les enquêteurs utilisent souvent des listes d'adresses électroniques déjà constituées. Une nouvelle liste a été générée dans cette étude pour :

- maîtriser les critères d'inclusions,
- éviter la sur-sollicitation des médecins figurant sur les listes déjà constituées.

L'échantillon de 500 médecins est de taille importante pour un travail de thèse.

Le tirage au sort par randomisation a permis de limiter les biais de sélection. L'utilisation de l'annuaire des pages jaunes comme source d'échantillonnage peut induire un biais de sélection, car il n'est pas garanti que tous les médecins généralistes en activité y figurent. Un autre biais de sélection peut être l'absence de critère d'exclusion notamment concernant les modes d'exercices particuliers.

La proportion de médecins remplaçants au sein de l'échantillon est inconnue.

L'âge moyen des participants, de 48 ans [45,81-49,95], est jeune. L'âge moyen des médecins généralistes français serait de 52 ans (43). Cela est probablement dû au mode de participation électronique.

Cet âge moyen de 48 ans explique la proportion élevée de femmes car les femmes médecins généralistes sont majoritaires en dessous de 50 ans (43).

L'objectif de l'échantillonnage était de cibler les médecins généralistes ayant une activité de soin primaire. Il n'a pas été jugé nécessaire de formaliser ce critère en raison du mode d'échantillonnage via les pages jaunes, qui exclut de part son mode d'élaboration la plupart des médecins généralistes ayant une activité hospitalière, salariée. Cela est confirmé par la forte proportion de médecins libéraux dans cette étude (43). Cependant ce résultat peut être biaisé par les propositions de réponses à la question n°28 « Votre activité est : exclusivement libérale / mixte » qui ne comporte pas de choix de réponse « – salarié ».

Le temps accordé par patient (18 minutes en moyenne) concorde avec les données de référence (44).

Le faible effectif de médecins formés à l'étranger n'a pas permis de chercher s'il existe des différences par rapport aux médecins formés en France (de niveau de formation, de connaissance ou de coordination concernant l'hypnose).

Quelques réponses n'ont pas été complétées, principalement concernant les données socio-professionnelles et démographiques. Le souci de confidentialité et le positionnement de ces questions en fin de questionnaire pourraient l'expliquer.

En conclusion, les résultats sont généralisables en prenant en compte les paramètres discutés au sein de ce paragraphe.

III. Les connaissances

L'exploration des connaissances pratiques et théoriques en hypnose des médecins généralistes a révélé des disparités. La majorité (59%) des médecins n'ont aucune expérience pratique de l'hypnose.

Il est possible que les médecins généralistes formés à l'hypnose (15%) soient surreprésentés, car ils pourraient accepter plus facilement de répondre à un questionnaire portant sur ce sujet.

L'auto-évaluation a été choisie pour pallier à l'absence de définition consensuelle de l'hypnose à l'échelle mondiale (**question n°8** « Si un patient vous demande de lui définir l'hypnose, vous savez lui apporter une réponse claire »). L'inconvénient est que l'auto-évaluation peut être biaisée :

- Certains médecins connaissant mieux l'hypnose peuvent être plus à même de juger leurs connaissances, de la critiquer plus sévèrement et paradoxalement d'estimer ne pas savoir répondre.

- A l'inverse, un médecin ne connaissant que très peu l'hypnose peut s'estimer à tort capable de donner une définition claire. Cinq médecins estiment savoir donner une définition claire de l'hypnose à leur patient mais ne sont pas d'accord avec la proposition de la question n°10 « l'hypnose est un état de conscience modifié, caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions ».

La majorité (59%) des médecins ayant répondu ne savent pas que l'hypnose peut être accompagnée d'une amnésie de la séance (45), probablement en raison d'un manque de formation.

La fausse croyance « l'hypnose est une forme de sommeil » (**question n°9**) est entretenue par certains spectacles d'hypnose. « Et maintenant, vous dormez ! ».

La pratique de l'hypnose médicale repose sur l'apprentissage. En particulier il n'y a pas de « don » mystique, magique où religieux nécessaire préalable. Tous les médecins peuvent s'y former. Un tiers (35%) des médecins ayant répondu à la question n°17 doutent de cette affirmation, beaucoup de travail de communication reste à faire.

Concernant la note, nous avons initialement envisagé *d'évaluer* la connaissance de l'hypnose des généralistes. Cette évaluation aurait nécessité l'utilisation d'un outil d'évaluation fiable et reproductible, par exemple un score validé.

Un tel outil reconnu sur le plan international n'existe pas à ce jour. Il a donc été impossible d'évaluer en toute rigueur les connaissances en hypnose de chaque médecin.

Afin de pouvoir interpréter dans leur globalité les réponses de chaque médecin aux questions explorant la connaissance de l'hypnose, il était nécessaire de calculer une note. Cette note n'est que l'outil intermédiaire permettant de quantifier un ensemble de réponses à plusieurs questions. L'exploitation de cette note comme un résultat à part entière serait hasardeuse. Nous avons sélectionné les 12 questions jugées les plus pertinentes pour explorer la connaissance pratique et théorique de l'hypnose (n°2, 4, 5, 8 à 14, 16 et 17). Lorsque la réponse révélait une bonne connaissance, 1 point été attribué (réponses surlignées dans le questionnaire en Annexe 6), 0 sinon.

En moyenne chez les médecins interrogés, 6,57 [6,08-7,05] réponses révélaient une bonne connaissance de l'hypnose. Ce résultat pourrait être considéré comme insuffisant pour une discipline médicale ayant prouvé son authenticité et son efficacité. L'hypothèse pour l'expliquer serait que l'hypnose n'est pas enseignée en formation initiale au cours des études de médecine, et peu enseignée au cours de la formation continue.

La médiane (7) et la moyenne (6,57) sont relativement centrées pour une note allant de 0 à 12. Cela signifie que le degré de difficulté des questions était équilibré dans le cadre de l'objectif de cette note : discriminer ceux qui connaissent mieux l'hypnose de ceux qui la connaissent moins bien.

A posteriori la question 15 « Un patient peut rester bloqué en hypnose si le thérapeute est mal entraîné » n'a pas été incorporée dans le calcul de la note, car l'énoncé n'est pas assez précis et peut prêter à confusion concernant son interprétation. La réponse attendue était « pas d'accord » car l'état d'hypnose est instable. Personne ne peut rester bloquer indéfiniment en hypnose, de même que personne ne peut rester éveillé éternellement. Par contre il est vrai que l'hypnose est accompagnée d'une dissociation (6), il faut donc s'assurer que le patient est bien réassocié à la fin de la séance. Une personne pratiquant l'hypnose sans formation adéquate pourrait ne pas maîtriser cela.

IV. Cohérence externe

L'étude la plus similaire est la thèse de Mme Goodall J. réalisée dans le Val d'Oise en 2007 (33).

La proportion de médecin ayant déjà pratiqué l'hypnose en tant que soignant est faible dans les deux études (10% ; 2% en 2007).

Dans les deux études, la moitié des médecins souhaitent approfondir leurs connaissances en hypnose (55% ; 52,3% en 2007).

Le taux de médecins déjà questionnés par leurs patients à propos de l'hypnose est supérieur dans notre étude (76% contre 37,4%). Cela peut traduire un intérêt grandissant des patients à propos de l'hypnose, peut-être du à la place grandissante de l'hypnose dans les médias grand public.

Les questions n°21 et n°22 se sont calquées exactement sur celles de la thèse de J. Goodall pour pouvoir être comparées avec un minimum de biais. Dans les deux études la plupart des médecins rencontrent une difficulté à orienter vers un hypnothérapeute (78% contre 91,9% en 2007). Les difficultés mises en avant sont comparables dans les deux travaux (difficulté de trouver une liste de thérapeutes principalement).

Les indications de l'hypnose les plus fréquemment proposées par les participants étaient comparables dans les deux études (question n°23). Dans le Val d'Oise en 2007, les propositions de réponses étaient imposées. Les 4 réponses les plus fréquemment choisies étaient alors (par ordre décroissant) : psychosomatique ; douleur ; addictions ; anesthésiologie.

Deux tiers (66%) des médecins déclarent avoir déjà orienté des patients vers des hypnothérapeutes ou vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins, contre seulement 17,6% en 2007 dans le Val d'Oise. Dans le travail de J. Goodall cette question portait exclusivement sur les « hypnothérapeutes » sans élargir aux « correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins ». Il se pourrait qu'il y ait une augmentation de l'intégration de l'hypnose dans la coordination des soins.

La fréquence d'orientation est cependant faible (entre 8 et 9 patients par an dans notre étude). La persistance de la méconnaissance de l'hypnose pourrait en être la cause.

V. Prospectives

L'élaboration d'un score d'évaluation validé permettrait une mesure fiable et reproductible de la connaissance de l'hypnose. Il serait alors possible de réaliser des études comparatives et de mesurer l'impact des formations sur la connaissance de l'hypnose.

D'après cette étude seuls 15% des médecins ont été formés à l'hypnose. Il s'agit pourtant d'une discipline entrée dans le champ scientifique, dont l'efficacité est prouvée, et qui apporte un bénéfice pour le patient. Il serait logique de l'intégrer à la formation initiale des étudiants en médecine. Concernant les médecins déjà en activité, cette étude montre que la formation médicale continue (FMC) est la voie majoritaire de formation. La plupart des médecins interrogés souhaitant approfondir leurs connaissances, un renforcement de l'offre de formation en hypnose au sein de la formation médicale continue serait bienvenu.

La mise en évidence d'un lien dans cette étude est encourageante, et suggère la réalisation d'études similaires pour le vérifier.

Si ces résultats sont confirmés par d'autres études, et qu'un lien de causalité venait à être établi, ce serait un argument supplémentaire pour améliorer les connaissances en hypnose des médecins généralistes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: *The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis*. *Int J Clin Exp Hypn*. 2015;63:1-9.
2. Pascale Haag. L'hypnose d'inspiration Ericksonienne. In: Vinot-Coubetergues, M, Marc E. Les fondements des psychothérapies : Des origines aux neurosciences. Dunod. 2014. p. 156.
3. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *Inserm U1178*; 2015.
4. C. Virost et F. Bernard. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Arnette. 2010.
5. Gravitz MA. Etienne Félix d'Hénin de Cuvillers: a founder of hypnosis. *Am J Clin Hypn*. 1993;36:7-11.
6. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Clin Neurophysiol*. 2014;44:343-53.
7. Fox MD, Snyder AZ, Vincent JL, Corbetta M, Van Essen DC, Raichle ME. The human brain is intrinsically organized into dynamic, anticorrelated functional networks. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2005;102:9673-8.
8. Demertzi A, Soddu A, Faymonville M-E, Bahri MA, Gosseries O, Vanhaudenhuyse A, et al. Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. *Prog Brain Res*. 2011;193:309-22.
9. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*. 2000;92:1257-67.
10. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*. 1997;277:968-71.
11. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*. 1999;11:110-25.
12. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*. 2002;14:887-901.
13. Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, Delgueldre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res*. 2003;17:255-62.
14. Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E, Schnakers C, Moonen G, Luxen A, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage*. 2009;47:1047-54.
15. Wik, Fischer, Bragée, Finer, Fredrikson. Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *Eur J Pain*. 1999;3:7-12.
16. Derbyshire SWG, Whalley MG, Oakley DA. Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. *Eur J Pain Lond Engl*. 2009;13:542-50.
17. Abrahamsen R, Dietz M, Lodahl S, Roepstorff A, Zachariae R, Østergaard L, et al. Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with temporomandibular

disorder pain. *Pain*. 2010;151:825-33.

18. Nusbaum F, Redouté J, Le Bars D, Volckmann P, Simon F, Hannoun S, et al. Chronic low-back pain modulation is enhanced by hypnotic analgesic suggestion by recruiting an emotional network: a PET imaging study. *Int J Clin Exp Hypn*. 2011;59:27-44.
19. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol Paris*. 2006;99:463-9.
20. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*. 1997;73:361-7.
21. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 2000;355:1486-90.
22. Mackey EF. Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study. *Int J Clin Exp Hypn*. 2010;58:21-38.
23. Montgomery GH, Weltz CR, Seltz M, Bovbjerg DH. Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *Int J Clin Exp Hypn*. 2002;50:17-32.
24. Marc I, Rainville P, Masse B, Verreault R, Vaillancourt L, Vallée E, et al. Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199:469.e1-9.
25. Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S, Salazar GM, Lutgendorf S, et al. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol JVIR*. 2008;19:897-905.
26. Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*. 2006;126:155-64.
27. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Thérapies complémentaires-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins. *Bull Acad Natl Med*. 2013;3:717-57.
28. Lotfi-Jam K, Carey M, Jefford M, Schofield P, Charleson C, Aranda S. Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: a systematic review. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2008;26:5618-29.
29. Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2007;16:402-12.
30. Schnur JB, Kafer I, Marcus C, Montgomery GH. Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemp Hypn J Br Soc Exp Clin Hypn*. 2008;25:114-28.
31. Lioffi C, White P, Hatira P. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of paediatric cancer patients. *Pain*. 2009;142:255-63.
32. Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hypnosis for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;CD004160.
33. Goodall J. Hypnose thérapeutique en médecine générale: une enquête départementale sur l'intérêt, les connaissances et les croyances des médecins sur l'hypnose médicale [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7.; 2007.
34. 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]. Université Pierre et Marie Curie (Paris); 2015.
35. Terrat JérémY. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2016.

36. Gallet E, Sebban M. 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]. Université de Tours; 2011.
37. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JORF n°35 du 11 février 2005 page 2275
38. Nicodeme R, Deau X. Document de Références en médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2008.
39. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Europe; 2002.
40. Fournier J-P, Maisonneuve H. Construire une enquête et un questionnaire. E-Respect. 2012;15-21.
41. De Singly F. Le questionnaire: L'enquête et ses méthodes. Armand Colin. 2012.
42. Roggiani W. Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internistes du canton de Genève pour l'hypnose médicale [Thèse de doctorat]. University of Geneva; 2002.
43. 01 Les médecins : combien sont-ils ? In: Portrait des professionnels de santé. DREES. 2016.
44. Fiche 18 - Les conditions de travail des médecins généraliste. In: Portrait des professionnels de santé. DREES. 2016.
45. Barnier AJ, Bryant RA, Briscoe S. Posthypnotic amnesia for material learned before or during hypnosis: explicit and implicit memory effects. *Int J Clin Exp Hypn.* 2001;49:286-304.
46. Didier Michaux. Traité d'hypnothérapie Fondements, méthodes, applications. Dunod. 2007.
47. Faymonville M-E, Vogt B, Maquet P, Laureys S. Hypnosis and cingulate-mediated mechanisms of analgesia. In: Vogt Brent. *Cingulate Neurobiology and Disease.* Oxford University Press. 2009.

ANNEXES

Annexe 1 : Histoire de l'hypnose

La pratique de l'hypnose s'est développée dans le milieu médical occidental depuis le 18ème siècle.

Cependant, le processus hypnotique aurait été exploité par l'humanité bien avant cela. Il existe des descriptions correspondant à des états de « transe » parmi toutes les cultures au cours du temps (4). Ces états de transe semblaient permettre d'accéder à un mode de fonctionnement cérébral différent de l'état « normal ». Il s'agit là d'une similitude avec l'hypnose contemporaine.

A partir de 1773, Franz Mesmer, médecin allemand, a ouvert la voie à l'hypnose en développant la théorie du magnétisme animal. Selon cette théorie un fluide magnétique invisible circulerait dans l'univers et dans le corps humain. Une mauvaise circulation de ce fluide dans le corps provoquerait des maladies, et des techniques permettant de rétablir la bonne circulation de ce fluide permettraient de guérir les malades. Il organisait des traitements collectifs, centrés sur son « baquet », au cours desquels survenaient des « crises magnétiques », qu'il interprétait comme un « état d'agitation correspondant à la levée des blocages internes ». Une forme particulière de crise magnétique, calme, appelée le « sommeil magnétique » a été développée par un disciple de Mesmer, le marquis de Puységur. Cet état permettait au malade d'accéder à une « lucidité magnétique », caractérisée par une clairvoyance sur ses maladies et sur leurs remèdes adéquats. « Puységur, par l'utilisation qu'il fait de la " crise magnétique ", renommée " sommeil lucide ", est bien le premier hypnothérapeute, c'est à dire, le premier thérapeute à utiliser l'état modifié produit pendant la crise, non pour produire tel ou tel phénomène physique source de guérison, mais pour permettre d'accéder à des " ressources " diverses, ordinairement non accessibles, qui vont jouer un rôle déterminant dans le changement thérapeutique. » (46)

En France, en 1784, Louis XVI a nommé deux commissions chargées d'étudier la pratique du magnétisme animal. Elles ont conclu à l'absence total de

fondement scientifique concernant le fluide magnétique, et ont décrit une « médecine imaginative », ce qui a discrédité la théorie de Mesmer.

Le baron Etienne d'Hénin de Cuvillers, lui aussi disciple de Mesmer, a rejeté l'existence du « fluide magnétique ». Il soulignait l'importance du rôle des processus mentaux, et a anticipé les notions de « transfert et contre-transfert » utilisées actuellement en psychothérapie. Il est le premier à avoir utilisé le préfixe « hypn- » dans la nomenclature scientifique.(5)

Cette technique a été utilisée en chirurgie dès le 19ème siècle. Par exemple une gravure de 1834 témoigne d'une mastectomie réalisée à l'aide du « sommeil magnétique » par le Dr Jules Choquet. James Esdaile, chirurgien anglais, l'a exploitée à large échelle à Calcutta au 19ème siècle. Il a rapporté une réduction de la mortalité opératoire (de 45% à 5 %) (4).

Des travaux sur l'hypnose et l'hystérie ont été réalisés par Jean-Martin Charcot (1825-1893). Il utilisait l'hypnose pour faire apparaître ou disparaître des symptômes comme les paralysies hystériques, démontrant l'absence de lésion organique sous-jacente. Il a proposé la notion de « lésion dynamique fonctionnelle » et il présentait l'hypnose comme un état propre aux hystériques. À la même époque, Hippolyte Bernheim, professeur de médecine interne et neurologue français, développait un courant qui se démarquait de celui de Charcot en définissant l'hypnose comme susceptible d'applications thérapeutiques dans la population générale. Il soulignait l'importance fondamentale de la suggestion dans l'hypnose, allant jusqu'à réduire l'ensemble du concept d'hypnose à celui de suggestion.

Élève de Charcot, Freud utilisera l'hypnose, avant de fonder la psychanalyse.

L'hypnose Ericksonienne tient son nom d'un psychiatre américain du 20ème siècle, Milton Erickson. D'après lui la transe est un phénomène banal, naturel, que chaque individu connaît dans sa vie ordinaire. Cet état naturel de transe est simplement renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute. Il est convaincu que chaque malade possède en lui, inconsciemment, les ressources nécessaires pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté. L'hypnose est un outil permettant d'accéder à ces ressources.

Annexe 2 : Indications de l'hypnothérapie d'après la société française d'hypnose (SFH)

- Traitement des phobies (avion, piqûres, araignées, animaux, etc.)
- Traitement des addictions (tabac, alcool, etc.)
- Traitement des compulsions (alimentation, troubles obsessionnels compulsifs, 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, Deuils

Annexe 3 : Les interventions chirurgicales utilisant l'hypnosédation comme une procédure de routine

« Petite chirurgie » :	Chirurgie « lourde » :
Correction de cicatrices Extraction des dents de sagesse Otoplastie Turbinoplastie, septoplastie Fracture du nez	Lobectomie thyroïdienne Thyroïdectomie totale Para-thyroïdectomie
Réfection de pansement de brûlure Blépharoplastie	Prothèse mammaire Correction de ptose mammaire Lifting de la tête et du cou Cancer avec reconstruction de la tête et du cou Septorhinoplastie Débridement – greffe de peau Reconstruction maxillo-faciale Ligature des trompes
Liposuccion Exérèse d'adénofibrome du sein Hystéroscopie Retrait de matériel d'ostéosynthèse Phlébectomie des membres inférieurs	Hystérectomie voie basse Hernie inguinale ou ombilicale

Adapté de (47)

Annexe 4 : Annuaires des praticiens en hypnose

- « Annuaire des praticiens en hypnose » proposé par Emergences. (Disponible sur : <http://www.hypnoses.com/annuaire-hypnose/>)

- « Annuaire Thérapeutes » proposé par l'Institut Français d'Hypnose. (Disponible sur : <http://www.hypnose.fr/annuaire-therapeutes/>)

- L'annuaire proposé par l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose (AEPH). (Disponible sur : <http://www.aep-hypnose.com/annuaire.html>)

Annexe 5 : Courrier électronique d'invitation au questionnaire en ligne

Chère consœur, cher confrère,

Je m'appelle Sébastien Dieulouard, je suis médecin généraliste remplaçant dans le nord de la France. Je me permets de vous contacter dans le cadre de la réalisation de ma thèse :

Hypnose et médecine générale :

Intégration des connaissances actuelles des médecins généralistes dans la coordination des soins.

Les données scientifiques concernant l'hypnose évoluent, alors que cette discipline n'est pas enseignée en formation initiale au cours des études de médecine.

Il me semble donc intéressant de dresser un « état des lieux » actuel :

- de la connaissance en hypnose des médecins généralistes
- de son intégration dans la coordination des soins

Cette étude est inédite en France.

Vous avez été tiré au sort afin de constituer un panel de 500 médecins représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes de France.

J'ai conscience que votre temps est précieux.

Votre participation est capitale pour la validité scientifique de l'étude et m'aidera beaucoup.

Veillez trouver *ici le lien vers le questionnaire anonyme* en ligne. Il prend en moyenne 8 minutes.

Si vous le souhaitez vous pourrez recevoir les résultats de l'étude en cliquant sur le lien dédié à la fin du questionnaire.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et des quelques minutes que vous y accordez.

Veillez agréer, cher confrère, l'assurance de ma profonde reconnaissance.

Sébastien Dieulouard

Annexe 6 : Version textuelle du questionnaire.**Première partie : Exploration des connaissances en hypnose**

Aucun référentiel consensuel n'existe pour évaluer les connaissances en hypnose. Ce questionnaire est donc basé sur l'auto-évaluation : essayez d'y répondre le plus objectivement possible.

Concernant votre expérience personnelle en hypnose,

1/ Avez vous déjà été hypnotisé ?

- Oui.
- Non.

Si oui :

2/ Vous avez été hypnotisé :

- Au cours d'un divertissement.
- Dans le cadre du soin.
- Autre :

(plusieurs réponses possibles)

Si non :

3/ Avez-vous déjà assisté à une séance d'hypnose ?

- Oui, au cours d'un divertissement.
- Oui, dans le cadre du soin.
- Non
- Autre :

(plusieurs réponses possibles)

4/ Avez-vous déjà pratiqué l'hypnose en tant que soignant ?

- Jamais.
- Parfois.
- Souvent.

Concernant votre niveau de formation en hypnose :

5 / Avez-vous déjà suivi une formation spécifique en hypnose ? (au moins une heure consacrée exclusivement à l'hypnose)

- Oui.
 Non.

Si oui :

6 / Quel type de formation ?

- DU** (diplôme universitaire d'hypnose médicale).
 Congrès ou séminaire.
 FMC (formation médicale continue)
 GEP (groupes d'échange de pratiques)
 Lecture d'**article** (revue médicale)
 Autre :

(plusieurs réponses possibles)

7/ Souhaitez-vous approfondir vos connaissances en hypnose ?

- Oui.
 Non.

Êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?

Concernant la définition de l'hypnose,

8/ Si un patient vous demande de lui définir l'hypnose, vous savez lui apporter une réponse claire.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

9/ L'hypnose est une forme de sommeil.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

10/ L'hypnose est un état de conscience modifié, caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

11/ Des études de neuro-imagerie ont mis en évidence une modification de l'activité cérébrale durant l'état d'hypnose.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

Concernant les indications de l'hypnose,

12/ L'hypnose est efficace dans la prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

13/ L'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale permet de diminuer la consommation d'antalgique.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

14/ L'hypnose est efficace dans la prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

Autres connaissances

15/ Un patient peut rester bloqué en hypnose si le thérapeute est mal entraîné.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

16/ L'hypnose peut être accompagnée d'une amnésie de la séance :

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

17/ Tout médecin serait apte à pratiquer l'hypnose après formation adéquate.

1. Pas du tout d'accord, 2. Plutôt pas d'accord, 3.Plutôt d'accord, 4.Tout à fait d'accord.

Je ne sais pas

Deuxième partie : Place de l'hypnose dans votre coordination des soins

18/ Vos patients vous ont-ils posé des questions sur l'hypnose ?

- 0 Jamais
- 0 Parfois
- 0 Souvent
- 0 Très souvent

19/ Etes-vous intéressé par l'hypnose médicale en tant qu'outil thérapeutique ?

- 0 Aucun intérêt.
- 0 Peu intéressé.
- 0 Intéressé.
- 0 très intéressé.

20/ Approximativement, combien de patients par an orientez-vous vers des hypnothérapeutes ou vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins ? (précision : il peut s'agir de correspondants paramédicaux.)

_ _ patient(s)

21/ Trouvez-vous facile d'orienter vers un hypnothérapeute ?

- 0 Oui.
- 0 Non.

Si non

22/ Si non, pourquoi ?

- Réticence du patient
- Réticence de votre part
- Difficulté de trouver une liste de thérapeute
- Pas de thérapeute dans votre secteur
- Autre :

(plusieurs réponses possibles)

23/ Selon vous quelle est la principale indication de l'hypnose médicale ? (réponse libre)

.....

Troisième partie : Caractéristiques socio-professionnelles

24/ Combien de patients vous consultent par jour en moyenne ?

_ _ patients (chiffres uniquement)

25/ Combien de minutes consacrez-vous par patient en moyenne ?

_ _ minutes (chiffres uniquement)

26/ Vous exercez dans un milieu :

0 Rural.

0 Semi-urbain.

0 Urbain.

27/ Vous exercez :

0 seul(e).

0 en groupe.

0 en maison de santé pluridisciplinaire

0 en maison de santé pluriprofessionnelle

0 autre : *champ libre*

28/ Votre activité est :

0 exclusivement libérale

0 mixte

29/ Vous êtes :

0 Une femme.

0 Un homme.

30/ Quel âge avez vous ?

_ _ ans (chiffres uniquement)

31/ Votre (vos) pays de formation :

0 France

0 Étranger

Merci d'avoir participé

Annexe 7 : Échelle de Likert

La personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation.

Exemple :

1. pas du tout d'accord, 2. pas d'accord, 3. ni en désaccord ni d'accord, 4. d'accord, 5. tout à fait d'accord

Une partie des propositions de réponses exploitaient l'échelle de Likert. Cette échelle a été modifiée dans cette étude. L'option « ni en désaccord ni d'accord » a été éliminée pour inciter les participants à prendre position. Un item « je ne sais pas » a été ajouté car il représente une réponse exploitable pour l'objet de cette étude, le but étant de discriminer les médecins « qui savent » de ceux « qui ne savent pas ».

Annexe 8 : Déclaration CNIL



Composante ou service concerné : Faculté de Médecine	
Interlocuteur(s) : Monsieur Sébastien Dieulouard	
Type de déclaration :	normale
N° de déclaration	
Traitement n°2016-28	Médecins Généralistes et hypnose
Date de mise en œuvre :	30/06/16
Finalité principale	Monsieur Sébastien Dieulouard réalise une thèse d'exercice sous la direction du Docteur Sabine Bayen. L'objectif est de déterminer un éventuel lien entre la connaissance de l'hypnose du Médecin Généraliste et l'intégration de celle-ci dans la coordination des soins.
Détail des finalités du traitement	<ul style="list-style-type: none"> Le recrutement des Médecins Généralistes se fait par récupération des coordonnées grâce au service Pages Jaunes. En mail est envoyé au médecins généralistes sélectionnés incluant le lien vers le serveur d'enquêtes.
Logiciel utilisé	Enquête en ligne sur un serveur Lime Survey
Service chargé de la mise en œuvre	Le département de Médecine Générale
Modalité d'information auprès des usagers concernés	Monsieur Sébastien Dieulouard informe de l'objectif de l'enquête par mail lors de la sollicitation.

Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Directeur du département de médecine générale ou Correspondant Informatique et Libertés cil@univ-lille2.fr	
Catégories de personnes concernées par le traitement	120 médecins généralistes répartis sur le territoire français métropolitain.	
Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
	Données nominatives des médecins recueillies sur les Pages Jaunes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom ▪ Prénom ▪ mail ▪ n° de téléphone
	Données techniques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ age ▪ sexe ▪ Pays de formation ▪ type d'activité ▪ milieu d'exercice ▪ nb moyen de patients ▪ nb de minutes par patients
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	M Sébastien Dieulouard	Toutes
	Directeur de thèse	Données anonymisées
Durée de conservation	Destruction des données nominatives après chaque entretien	
Mise à jour (date et objet) :	Sans objet	
Documents annexes	Questionnaire hypnose	

Annexe 9 : Codage et regroupement des réponses à la question n°23.

Réponses	Codage	Effectif			Catégorie
algies, antalgie, antalgique, analgésie, soin douloureux, migraine, douleur tumorale	Douleur	38	39%	[29-49]	douleur
douleur chronique	douleur chronique	7	16%	[6-30]	
névrose, blocages émotionnels, énurésie infantile, troubles du comportement, prise en charge psychologique, psychothérapie, troubles psychologiques	troubles psychologiques	15	15%	[9-24]	
stress, angoisse, anxiété, relaxer, apaiser	anxiété	20	21%	[13-30]	troubles psychologiques
frigidité, troubles sexuels	troubles sexuels	2	02%	[0-7]	
objectif thérapeutique contra phobique, phobie	phobie	6	06%	[2-13]	
toux psychogène, colopathie, douleur psychogène, troubles psychosomatiques	troubles psychosomatiques	5	05%	[1-12]	
troubles du sommeil	troubles du sommeil	7	07%	[3-14]	
troubles post traumatiques, traumatisme	troubles post traumatiques	4	04%	[1-10]	
dépendance, addictions	addiction	14	14%	[8-23]	addictions
tabac, arrêt tabac, tabagisme, sevrage tabagique	sevrage tabagique	22	23%	[15-32]	
Anesthésie	Anesthésie	5	05%	[1-12]	Anesthésie
Chirurgie	chirurgie	3	03%	[0-9]	
troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire	psychiatrie	4	04%	[1-10]	psychiatrie
Dépression	Dépression	3	03%	[0-9]	
perte de poids	perte de poids	2	02%	[0-7]	Perte de poids
patient demandeur, demande du patient	demande du patient	2	02%	[0-7]	
effets secondaires, effets indésirables	effets indésirables	1	01%	[0-6]	-

Les résultats sont présentés sous la forme « effectif fréquence [intervalle de confiance à 95%] »

AUTEUR : Dieulouard Sébastien

Date de Soutenance : 16 septembre 2016

Titre de la Thèse : Hypnose et médecine générale :

Intégration des connaissances actuelles dans la coordination des soins

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : médecine générale

Mots-clés : médecine générale, hypnose, connaissances, coordination, France

Résumé :

Contexte : Les médecins généralistes ont une influence déterminante sur la place de l'hypnose dans le réseau de soin. Leur connaissance de l'hypnose dépend principalement de leurs parcours personnels. L'objectif principal de cette étude est de chercher s'il existe un lien entre la connaissance de l'hypnose du médecin généraliste et son intégration dans la coordination des soins.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, analytique, transversale, nationale. Un auto-questionnaire interactif en ligne a été envoyé à 390 médecins généralistes français acceptant d'être contactés par e-mail sur un échantillon de 500 tirés au sort par randomisation dans le répertoire téléphonique des pages jaunes. L'analyse bivariée a été réalisée avec le test de corrélation de Pearson.

Résultats : 120 médecins généralistes d'âge moyen de 48 ans [45,81-49,95] ont répondu à l'enquête. Seuls 15% [9,45-23,12] d'entre eux ont déjà suivi une formation en hypnose. 59% n'ont aucune expérience pratique de l'hypnose. L'exploration des connaissances théoriques a également révélé des disparités. Par exemple, 50% des médecins estiment savoir apporter une réponse claire si un patient leur demande de définir l'hypnose ; 87% sont d'accord avec le fait que « l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale permet de diminuer la consommation d'antalgique », indication pour laquelle l'hypnose a prouvé son efficacité. Les médecins généralistes n'orientent en moyenne que 8 à 9 patients par an vers des hypnothérapeutes ou vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins (8,77 [5,48-12,06]). 34% d'entre eux n'en orientent aucun. 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] $p < 0,05$).

Conclusion : Une meilleure connaissance de l'hypnose est associée à une fréquence plus élevée d'orientation des patients vers des correspondants intégrant l'hypnose à leurs soins. Améliorer la formation en hypnose des médecins généralistes pourrait contribuer à offrir cette option thérapeutique à d'avantage de patient.

Composition du Jury :

Président : Pr E. Delaporte

Assesseurs : Pr O. Cottencin, Dr N. Messaadi, Dr O. Carpentier,

Directeur de thèse : Dr S. Bayen