



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Représentations des soignants de psychiatrie de l'enfant et de  
l'adolescent à l'égard de l'hypnose thérapeutique**

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2022 à 14h30  
au Pôle Formation  
par **Laure DE HARGUES**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Cécile DEVISE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Eric SALOME**

---



# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
Généralités à propos de l'hypnose	11
1.1 Définition	11
1.1.1. L'état hypnotique	12
1.1.2 La technique hypnotique	14
1.1.3 Le mode relationnel	16
1.2 Connaissances neurophysiologiques	19
Représentations à l'égard de l'hypnose : quelques données existantes	22
2.1. Définition des représentations	22
2.1.1 Représentations mentales	22
2.1.2 Représentations sociales	23
2.2. Représentations à propos de l'hypnose	24
<b>LES SPÉCIFICITÉS DE L'HYPNOSE CHEZ L'ENFANT</b>	<b>29</b>
Emergence des échelles d'hypnotisabilité	29
Aspects développementaux	31
Indications et utilisation de l'hypnose	35
L'hypnothérapie en pratique	38
<b>ETUDE : REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT A L'EGARD DE L'HYPNOSE</b>	<b>44</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>44</b>
Objectifs	44
Methodologie	44
2.1. Caractéristiques de l'étude	44
2.2. Population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion	45
2.3. Diffusion du questionnaire	46
2.4. Outil de mesure	47
2.5. Présentation de l'échelle : VSABTH-T	48
Analyse des données	50
<b>RÉSULTATS</b>	<b>51</b>
Description de la population	51
1.1 Participation	51
1.2 Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de l'échantillon	52
A propos de l'hypnose avec les enfants et les adolescents	53
Résultats à la VSABTH-T sur l'ensemble de la population	54
3.1 Utilisation de la VSABTH-T	54
3.2 Score total pour l'ensemble de la population	55
3.3 Score par dimension pour l'ensemble de la population	56

3.4 Scores d'adhésion par proposition sur l'ensemble de la population	58
Analyse des facteurs d'influence	60
4.1 Comparaison du score total en fonction du sexe, de l'âge, de la profession et de la formation.	60
4.2 Comparaison par dimension en fonction du sexe, de la profession et de la formation	61
Les dimensions positives	61
Les dimensions négatives	64
4.3 Comparaison par proposition en fonction du sexe, de la profession et de la formation	69
DISCUSSION	70
Mise en perspective des résultats	70
Limites et biais de l'étude	71
Conséquences sur la pratique et la formation	74
<b>CONCLUSION</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>84</b>
Annexe 1 : Questionnaire de l'étude	84
Annexe 2 : Traduction française de la version originale de la VSABTH-T	90
Annexe 3 : Synthèse des caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de la population étudiée	93

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : American Psychiatric Association

ASE: Aide Sociale à l'Enfance

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CH(R)U : Centre Hospitalier (Régional) Universitaire

CCAd : Cortex Cingulaire Antérieur (dorsal)

CCP : Cortex Cingulaire Postérieur

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CPFDL : Cortex Pré-Frontal Dorso-Latéral

CPS : Cortex Pariétal Supérieur

ECN : "Executive Control Network"

EEG : Electro EncéphaloGramme

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

EST : Empirical Supported Therapies

DMN : "Default Mode Network"

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique

MPFC : Cortex Pré-Frontal Médian

OAH : Opinion About Hypnosis

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEA : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

SN : "Salience Network"

TEP-scanner : Tomographie à Émission de Positons

VSABTH-C : Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Towards Hypnosis – Client Version

VSABH-T : Valencia Scale on Attitudes and Beliefs About Hypnosis -Therapist Version

# I. INTRODUCTION

Bien que la pratique de l'hypnose existe depuis longtemps, elle reste entourée d'un certain mystère. Les représentations de "l'hypnotiste" ne manquent pas dans la culture populaire. Du serpent Kaa, qui fait rouler ses yeux pour hypnotiser le jeune Mowgli dans le dessin animé *Le livre de la jungle*, au thérapeute agitant un pendule devant le visage de son patient, en passant par les spectacles, les fantômes autour de l'hypnose sont omniprésents dans la société et ancrés dans l'esprit de nombreux individus.

Au cours des siècles, cette pratique a connu de nombreuses controverses parmi la communauté scientifique : qualifiée de magie et accusée d'être un procédé autoritaire, l'hypnose aurait pu être rapidement oubliée. Néanmoins, elle a continué à se développer en parallèle des sciences et de nouvelles psychothérapies.

Plusieurs périodes ont marqué l'histoire de l'hypnose depuis sa naissance. On retrouve ses traces les plus anciennes en 4000 av J.C dans des papyrus en Egypte. Il semblerait que certains prêtres aient utilisé une méthode de "suggestion pendant le sommeil" (1). De la même façon, on retrouve des techniques similaires à l'hypnose en Grèce antique et dans des cultures anciennes où la transe est utilisée par les guérisseurs, dans des cérémonies ou des rites de passage à l'âge adulte par exemple (1,2).

L'histoire moderne de l'hypnose bascule au 18<sup>ème</sup> siècle en Europe avec le médecin autrichien Franz Anton Mesmer (1734-1815) et sa théorie des fluides. Il fait l'hypothèse qu'il existe "un magnétisme animal", fluide invisible qui circulerait entre le thérapeute et son patient. Sa théorie connaît un grand succès, notamment en France, avant d'être discréditée par la Commission d'enquête ordonnée par le roi de France en 1784 (3). A la suite de Mesmer, le marquis Chastenot de Puységur (1751-1825) développe une méthode de guérison en magnétisant un arbre sous lequel les individus viennent se placer pour recevoir

le magnétisme. Il introduit les notions de "somnambulisme" et "d'amnésie post hypnotique". En 1843, le chirurgien écossais James Braid (1795-1860) introduit le terme "hypnose" dans l'un de ses ouvrages. Il s'intéresse particulièrement à son usage dans un contexte chirurgical. Pour lui, il n'existe pas de "magnétisme animal". Cependant, il reconnaît que Mesmer et ses disciples ont mis en lumière un procédé thérapeutique innovant qui lui permettra d'induire une anesthésie sous hypnose. Il met l'accent sur la fixation du regard en tant que méthode d'induction de la transe. L'anesthésie sous hypnose est ensuite abandonnée pour laisser la place à l'anesthésie chimique avec l'utilisation du chloroforme à partir de 1847 (1,3).

En France, l'hypnose connaît un nouveau tournant au 19<sup>ème</sup> siècle avec l'opposition de deux écoles : d'une part, l'école de La Pitié-Salpêtrière, représentée par Jean-Martin Charcot (1825-1893), qui voit dans l'hypnose un moyen d'étudier l'hystérie. D'autre part, on retrouve l'école de Nancy, fondée en 1882 par Ambroise Auguste Liébault (1823-1904) et Hippolyte Bernheim (1840-1919). Cette école s'oppose à celle de Charcot par sa conception plutôt psychologique de l'hypnose alors que ce dernier a apporté une description de l'hypnose en termes neurologiques. On attribue à Liébault et Bernheim la mise en place des premières formes de psychothérapies modernes et la première recherche portant sur l'hypnotisabilité des enfants. Par ailleurs, on ne peut évoquer l'histoire de l'hypnose sans mentionner Pierre Janet (1859-1947), qui a le premier suggéré l'idée d'une dissociation entre une partie consciente et une partie inconsciente du psychisme, ainsi que Sigmund Freud (1856-1939), qui s'est formé au sein des deux écoles françaises. Ce dernier utilisera l'hypnose à ses débuts avant de l'abandonner pour se consacrer à la psychanalyse (2,3).

L'hypnose connaît par la suite une période de déclin jusqu'à la fin des années 1950. C'est l'intérêt et l'expérience personnelle de Milton Hyland Erickson (1901-1980) qui marqueront le retour de l'enthousiasme pour l'hypnose, d'abord aux Etats-Unis puis en Europe. Il est à l'origine d'une nouvelle conception de l'hypnose en tant que collaboration

unique entre le thérapeute et son patient, et dont le but est d'activer les ressources du patient (2).

Depuis le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle et le début de "l'hypnose Ericksonienne", de nombreux articles ont été publiés à propos de l'hypnose. Il s'agit souvent de rapports de cas mais on retrouve aussi des recherches scientifiques s'intéressant à l'hypnotisabilité des sujets et au phénomène hypnotique en lui-même. Aujourd'hui l'apport des neurosciences, avec les progrès de l'imagerie notamment, permettent d'apporter un nouvel éclairage sur cette pratique. En parallèle, on observe que l'hypnose attire de plus en plus de praticiens et de patients.

En effet, du côté des thérapeutes, les formations se sont multipliées depuis le début des années 2000. En France, par exemple, il existait 13 diplômes universitaires, inter-universitaires, ou d'études supérieures universitaires en 2015, ainsi que des structures d'enseignement associatif ou privé, dont les formations sont d'une durée variable, réparties sur tout le territoire. En plus de cela, il a été constaté que le nombre de demandes pour intégrer ces formations est en hausse. Cependant il est important de préciser qu'il n'existe pas de cadre légal en France à ce jour, et que les formations universitaires ne sont pas reconnues par l'Ordre National des Médecins (4).

Du côté des patients, on observe une demande croissante de soins "non conventionnels", tels que l'hypnose, ou d'autres "médecines douces" (en opposition avec les thérapies médicamenteuses qui font parfois l'objet d'une certaine méfiance) au sein de la population des pays développés.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il existe une littérature riche faisant état de l'utilisation de l'hypnose clinique et thérapeutique, y compris chez les enfants. Il existe également plusieurs études ayant pour but d'évaluer les représentations d'un groupe de

soignants ou de la population générale à l'égard de l'hypnose. A notre connaissance, aucune étude ne s'est attachée à explorer les représentations des soignants de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France à ce jour.

Ainsi, la première partie de cette thèse a pour objectif d'apporter une définition de l'hypnose à partir de différents points de vue ainsi que de définir les représentations et explorer les données de la littérature concernant particulièrement les représentations de l'hypnose.

Dans une deuxième partie, nous nous efforcerons de présenter les spécificités de la pratique hypnotique chez l'enfant en lien avec son développement.

Dans une troisième partie, nous présenterons notre étude ayant pour but d'explorer les représentations des soignants de pédopsychiatrie à l'égard de l'hypnose sur un territoire du Nord-Pas-de-Calais. Il s'agira d'abord de présenter la méthodologie utilisée, puis de détailler les résultats de cette étude et enfin, la dernière partie sera consacrée à la discussion des résultats. Il s'agira de détailler les forces et les limites de l'étude présentée, d'analyser les résultats obtenus en tenant compte des données de la littérature, ainsi que de questionner l'implication de tels résultats.

## 1) Généralités à propos de l'hypnose

### 1.1 Définition

Il n'y a pas "une définition" universelle de l'hypnose mais bien "des définitions". Nous essaierons dans cette partie de cerner les différentes facettes de ce mot, "hypnose", sans prétendre, toutefois, en apporter une définition exhaustive.

Pour commencer, il s'agit de comprendre comment le terme "hypnose" peut entraîner une certaine confusion. D'une part, il devient paradoxal dès lors qu'on s'intéresse à ses

racines. Il est en effet issu du nom du dieu grec Hypnos, le dieu du sommeil et gardien des nuits. Il était représenté avec des fleurs de pavot à la main et apportait aux hommes le repos et les rêves. Ses enfants étaient Morphée et Oneiros, dieux des rêves et des songes; son père était Nyx, la nuit; et son frère jumeau Thanatos, la mort. Devant cet arbre généalogique lourd de significations, nous pouvons légitimement nous questionner à propos de l'adéquation du mot "hypnose" dans le champ médical aujourd'hui.

Effectivement, on retrouve dans l'histoire le "sommeil hypnotique" de Puységur, et le terme "hypnose" désignait bien à ses débuts une procédure anesthésiante. Néanmoins, ces notions viennent actuellement contredire l'hypothèse d'un "*état de conscience modifiée*", différent du sommeil, que l'on retrouve dans de nombreux articles; ou encore l'hypothèse d'un "*processus d'hyperactivité de l'imaginaire [...] générant une modification de la perception*" récemment proposé par Julien Betbèze et Gérard Ostermann dans leur article "*Les paradoxes de l'hypnose*" (2021) (5). F. Roustang définissait quant à lui l'état hypnotique comme une "*veille paradoxale*", ou "*veille généralisée*", en miroir du "*sommeil paradoxal*". Il s'agirait alors d'un état où "*le corps apparaît sous les traits du sommeil et les caractères de la veille [...] s'y manifestent avec plus de force et d'ampleur*" (6).

D'autre part, on vient de le voir dans la définition précédente, ce mot "hypnose" amène de la confusion parce qu'il désigne à la fois un état, mais aussi une technique, un mode relationnel particulier et une phénoménologie, c'est-à-dire une façon "d'être au monde" ou une expérience impliquant la sensorialité (5,7).

### 1.1.1. L'état hypnotique

Le rapport de l'INSERM évaluant l'efficacité et la sécurité de l'hypnose (2015), se réfère à différents auteurs pour proposer une définition de l'hypnose :

Par exemple, "*selon Bernheim, il s'agit d'un état psychique particulier susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers la suggestibilité.*" A la même époque, Joseph Delboeuf ajoute : "*des degrés et des modes divers de suggestibilité*" (4,8).

On retrouve aussi la définition de l'association américaine de psychologie (APA) traduite de la façon suivante : l'hypnose est *“un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion.”* (4).

Enfin, si l'on se réfère à la définition proposée par l'Académie Nationale de Médecine en 2013 (ANM), on retrouve la notion d'un *“état d'attention focalisée et "d'absorption interne" avec suspension partielle de l'éveil”*. Il est précisé qu'il s'agit d'un état *“assez comparable à l'absorption dans certaines pensées lors d'actions de type automatique comme la conduite automobile”* (9).

Ainsi, la majorité des définitions retrouvées dans la littérature met en avant la combinaison d'une attention focalisée et d'une hyper suggestibilité pour définir l'état hypnotique.

Une autre notion dont il est question dans un grand nombre de définitions de l'état d'hypnose est celle de la dissociation, c'est-à-dire la possibilité *“d'expérimenter deux réalités différentes de soi qui coexistent”* (10).

L'idée d'une expérience de dissociation pour expliquer la nature de l'hypnose a été introduite par Pierre Janet. Selon lui, il était possible de créer une distinction entre des parties conscientes et inconscientes de la psyché. A noter que c'est Freud qui a repris par la suite le concept d'inconscient de Janet, et non l'inverse (3).

Pour ce dernier, le processus de dissociation est progressif. C'est-à-dire que plus le patient entre dans l'état d'hypnose, plus son inconscient prend de la place. C'est aussi ce que dit Erickson qui décrit l'état d'hypnose ainsi : *“[l'état d'hypnose] est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient”* (3,4).

Enfin, le concept de dissociation a été développé et utilisé dans *“Les paradoxes de l’hypnose”* (2021) pour différencier les objectifs de l’hypnose dans un contexte médical et l’hypnose dans un contexte de psychothérapie. Selon les auteurs, lorsque l’état d’hypnose est utilisé à visée analgésique par exemple, *“le moteur de l’hypnose est la capacité pour le patient de se désassocier, d’être à la fois dans un endroit inconfortable (la table d’examen) et ailleurs, dans un endroit agréable et sécuritaire : ici et ailleurs en même temps”*.

Dans une logique inverse, les deux auteurs soutiennent que dans le cadre psychothérapeutique, l’état d’hypnose est utilisé pour “réassocier” le sujet qui est déjà ancré dans une logique dissociative (5).

Ces différentes hypothèses nous permettent d’introduire le propos qui suit concernant la définition de l’hypnose à travers le prisme de la technique.

### 1.1.2 La technique hypnotique

Selon la définition choisie par le Ministère des Solidarités et de la Santé, l’hypnose est définie ainsi :

*“[Elle est] une technique ancienne, utilisée pour le soin dans les sociétés occidentales depuis au moins 200 ans. Par la parole, l’hypnose induit chez le patient un état de conscience particulier caractérisé par une indifférence à l’extérieur et une capacité fortement accrue à recevoir des suggestions. [...] L’hypnose recouvre un ensemble de pratiques sensiblement différentes : hypnosédation (utilisée en anesthésie), hypnoanalgésie (contre la douleur) et hypnothérapie (à visée psychothérapeutique)”* (11).

Il existe effectivement différentes façons de pratiquer l’hypnose. Comme le souligne la définition précédente, on peut distinguer plusieurs contextes d’application :

- l'hypnosédation, c'est-à-dire l'utilisation de l'hypnose à visée anesthésiante. Il a été montré que cette pratique permet de diminuer la quantité d'antalgiques et/ou de sédatifs en per-opératoire (4).
- l'hypnoanalgésie, qui vise à diminuer une douleur aiguë. L'hypnose est également utilisée pour les douleurs chroniques mais la technique se rapproche alors plutôt de l'hypnothérapie (5).
- l'hypnothérapie ou hypnose thérapeutique, c'est-à-dire la technique d'hypnose utilisée dans un cadre de psychothérapie. Elle pourra prendre différentes formes :
  - une forme plutôt formelle, avec un début, un milieu et une fin que l'on peut schématiser ainsi : d'abord une phase d'induction vers l'état hypnotique, puis un état "dissocié" où le thérapeute fait des suggestions en accord avec les besoins du patient et enfin une phase de "réassociation" (4,5,12).
  - l'hypnose conversationnelle, où le sujet n'a pas forcément conscience qu'il entre en état d'hypnose. Généralement, il s'agit de techniques de focalisation de l'attention, permettant la suspension du jugement critique du patient, utilisées au sein d'une pratique autre comme les thérapies stratégiques ou orientées solutions par exemple.
  - la communication hypnotique, qui correspond simplement à des techniques linguistiques utilisables dans de nombreux domaines. Il s'agit par exemple de proposer des reformulations, de la permissivité, des formulations positives ou de reprendre les expressions utilisées par le patient (4).

Pour résumer, on retiendra la définition du terme "hypnose" proposée par Kohen et Olness : il s'agit d'un *"état de conscience modifié spontané ou induit (avec ou sans relaxation, qui peut être ou ne pas être visible) dans lequel un individu développe une*

*attention focalisée sur une idée ou une image avec l'objectif d'exploiter au maximum son potentiel, de créer un changement, et/ou de résoudre un problème" (2,13).*

Cette définition permet d'introduire les notions d'état naturel, de changement et d'émergence des ressources internes que nous allons développer par la suite, à travers la relation singulière d'hypnose.

### 1.1.3 Le mode relationnel

La notion de "relation singulière" en hypnose avait déjà été évoquée par ses précurseurs au 19<sup>ème</sup> siècle, cependant, on reconnaît à Milton Erickson son apport majeur dans la considération de cette dimension. Il pense l'hypnose comme une "*hypnose relationnelle*" où le patient est au centre de la thérapie. Le thérapeute est simplement un guide. Il est celui qui "*montre le chemin, qui apprend au sujet comment accéder à cette modification [du rapport à soi]*" (5,8). Dans cette conception, l'hypnose n'a pas de visée d'évaluation. Elle s'inscrit dans une relation et se tourne entièrement vers l'observation de la "*dynamique humaine*" (14).

Pour continuer à développer l'aspect relationnel de l'hypnose, nous soulignerons deux points : premièrement, nous avons déjà vu que l'hypnose est un état naturel de dissociation que l'on expérimente au quotidien. Au cours d'une activité automatique par exemple, où l'individu expérimente le fait d'être en même temps dans la réalité et dans un ailleurs qui lui est propre. Plusieurs auteurs soutiennent qu'on retrouve aussi ce phénomène au début de toute relation et qu'on aurait donc une connaissance empirique de l'hypnose (5,15). Il s'agit notamment du bébé qui est simultanément en relation avec sa mère (ou toute personne étant en charge d'assurer ses besoins primaires dans les premières semaines de vie) et avec lui-même. On pense par exemple à la mère qui berce son enfant en lui chantant une comptine. On observe alors un phénomène d'absorption mutuelle, de focalisation; une

stimulation continue par des gestes répétés et des sons, ainsi qu'un objectif partagé de confort. C'est ici que certains auteurs font le parallèle avec les caractéristiques de l'hypnose, qui serait donc avant tout un mode de relation (5,12).

Pour proposer une autre formulation : le partage affectif à la base de toute relation serait alors une forme de transe. Et la transe hypnotique serait de ce fait une relation particulière entre un thérapeute et un patient. Aussi, si l'on reprend la relation symbiotique entre la mère et son bébé, le partage affectif permettrait de mettre fin au processus dissociatif naturel tel que "je suis en relation en même temps avec l'autre et avec moi-même". De la même façon, si l'on considère l'hypnose comme un mode relationnel singulier, l'accordage pendant la transe permettrait de mettre fin à la logique dissociative du symptôme (5).

Ces constatations permettent d'une part, de mettre en avant, qu'il s'agit bien d'une collaboration et non d'une prise de contrôle du thérapeute sur son patient. D'autre part, cela permet d'introduire le fait qu'en tant que processus naturel, l'hypnose est a priori utilisable avec tout individu, y compris avec des enfants.

Le deuxième point que nous souhaitons faire remarquer dans le but d'explorer l'aspect relationnel de l'hypnose dans son ensemble, est la place du corps dans la relation. En effet, on constate que lors d'une séance d'hypnose, le thérapeute ralentit le rythme de sa voix, son ton devient plus grave, il fait des pauses et observe la respiration de son patient (4). C'est le phénomène d'accordage. Le thérapeute a aussi à cœur de valider tout changement corporel (mouvement même infime, changement de position du patient) pour favoriser la relaxation. Richard Cowles dans son article "*The magic of hypnosis : is it child's play ?*" (1998) conclut sa réflexion par la phrase suivante : "*Nos corps nous donnent accès au monde et à nous-mêmes. Juste en observant les réponses inconscientes du corps [c'est-à-dire à travers l'hypnose], on en apprend plus sur toute notre réaction à un phénomène*" (16).

Par ailleurs, on constate que certaines techniques d'induction dissociatives, comme la lévitation de la main ou la catalepsie, mettent véritablement le corps au centre de la relation puisque le sujet va se focaliser sur les sensations d'une partie de son corps (4).

Antoine Bioy résume cette facette relationnelle de la façon suivante : *“l'hypnose est une façon élégante de remettre le corps, la perception, la sensorialité, au cœur de notre existence”* (7).

Pour terminer cette définition relationnelle de l'hypnose, nous citerons Isabelle Stengers qui partage l'idée aujourd'hui reconnue que *“l'hypnose est toujours d'abord une autohypnose: c'est la personne hypnotisée qui confère son pseudo-pouvoir à l'hypnotiste, c'est elle qui est au centre de la scène”*. Elle rappelle ici le rôle de *“guide”* ou *“d'éveilleur”* du thérapeute (8).

Enfin, dans la relation d'hypnose, il est important de préciser que lorsque l'accordage est adéquat, le thérapeute est lui aussi en autohypnose. Autrement dit, *“le patient hypnotise, de son côté, en quelque sorte l'agent”* (5,8).

En conclusion de cette partie, nous avons choisi de citer à nouveau Antoine Bioy qui apporte une définition apparaissant complète. Elle réunit en tout cas l'ensemble des notions abordées précédemment : *“L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. On retrouve ainsi les dimensions propres à l'hypnose ; la première, dont nous parlions : un état de conscience modifiée, qui renvoie en psychologie à la notion de dissociation psychique et en neurosciences à une activation corticale particulière. Également, une relation singulière au patient, dont le contenu a fait l'objet d'analyses psychodynamiques, tout autant que les aspects de communications développés à partir de la clinique d'Erickson et qui constituent la partie « technique » de la pratique de l'hypnose”*

Nous développerons dans la partie suivante l'apport des neurosciences pour expliquer, au moins partiellement, l'état hypnotique.

## 1.2 Connaissances neurophysiologiques

Afin d'élucider le mystère de l'hypnose, de nombreux chercheurs se sont intéressés à son substrat neurophysiologique. D'autant plus que certains soutiennent qu'il s'agit d'un état de conscience distinct de l'état de veille ou de sommeil, alors que d'autres soutiennent une approche socio-cognitive. Selon cette approche, l'état d'hypnose serait simplement le résultat des attentes mutuelles du patient et du thérapeute, associé à une certaine influence sociale, sans refléter de changement au niveau cérébral (17,18). Des études de neuro-imagerie, grâce à l'imagerie à résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ou le TEP-scanner, ont été réalisées pour comparer le fonctionnement cérébral pendant l'hypnose et en dehors, sur des sujets définis comme plus ou moins hypnotisables. On retrouve aussi dans la littérature des études portant sur les modifications électrophysiologiques (visibles sur l'électroencéphalogramme [EEG] et sur les potentiels évoqués moteurs (17)). Il ne s'agit pas ici d'entrer dans les détails de ces nombreuses études mais simplement d'en souligner quelques éléments importants pour comprendre la clinique de l'état hypnotique. Pour se repérer quant aux différentes régions cérébrales évoquées dans cette partie, le lecteur pourra se référer à la Figure 1.

Il est à noter tout d'abord qu'une étude sur le débit sanguin cérébral a retrouvé une augmentation de 16% pendant une procédure d'hypnose, particulièrement dans la région occipitale, généralement associée à la perception visuelle et l'imagerie mentale. Les auteurs précisent néanmoins que l'augmentation globale du débit sanguin cérébral pourrait être liée à la résistance vis-à-vis de l'hypnothérapeute puisque, plus la transe est profonde, plus le débit sanguin cérébral diminue dans le cortex moteur et les aires dédiées au traitement des perceptions acoustiques (19).

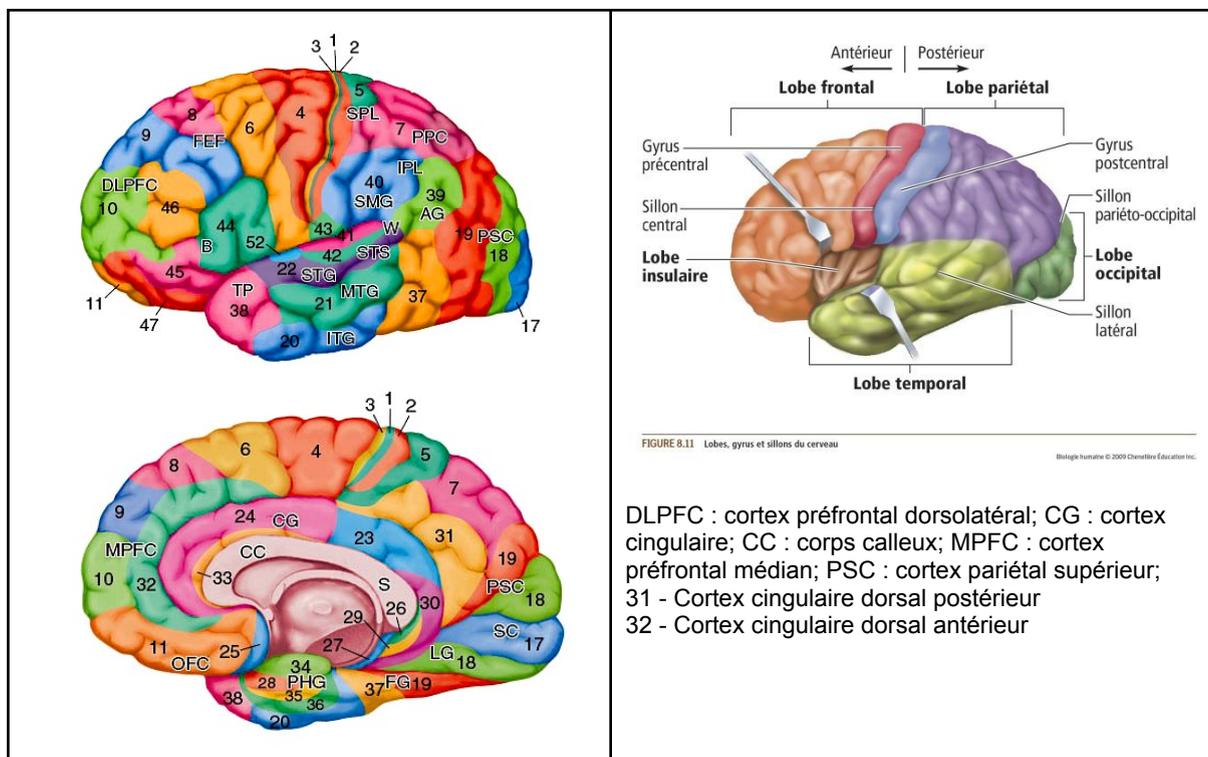
Plus récemment, l'équipe de Jiang *et al.* a tenté de déterminer les différences d'activité cérébrale entre des sujets "hautement hypnotisables" et "faiblement

hypnotisables”(18). Il se sont notamment focalisés sur trois réseaux de neurones appelés “*executive control network*” (ECN), “*salience network*” (SN) et “*default mode network*” (DMN). Il s’agissait d’étudier la modification de l’activité intrinsèque de chacun des réseaux ainsi que leurs interactions.

L’ECN est constitué du cortex préfrontal dorsolatéral (CPFDL) et du cortex pariétal supérieur (CPS). Il est impliqué, entre autres, dans la focalisation de l’attention, la mémoire, et plus globalement le contrôle cognitif.

Le SN est constitué du cortex cingulaire dorsal antérieur (CCAd), du cortex insulaire frontal et de régions sous corticales comme l’hypothalamus. Il est activé pendant toutes les tâches actives et sert à la détection d’informations somatiques et émotionnelles. On retrouve aussi son implication dans le contrôle de l’attention.

Le DMN, ou “mode par défaut” est plutôt en lien avec la conscience de soi et s’active de manière prépondérante au repos ou lorsqu’on laisse aller nos pensées. Il est constitué du cortex cingulaire postérieur (CCP) et de structures préfrontales médianes (MPFC) (17,18).



**Figure 1 :** A gauche - Aires cérébrales de Brodmann (20). A droite - Lobes, gyrus et sillons du cerveau (21).

Les résultats de l'étude de Jiang *et al.* suggèrent, en tout premier lieu, qu'il existe une diminution de l'activité du CCAd au cours de l'hypnose. Cette diminution était retrouvée chez les sujets hautement hypnotisables et corrélée positivement avec l'intensité de la transe ressentie par le sujet. Elle pourrait refléter la baisse de l'attention du sujet par rapport à son environnement extérieur.

La deuxième modification d'activité cérébrale mise en évidence par l'équipe est l'augmentation des interactions entre le cortex préfrontal dorsolatéral, appartenant à l'ECN, et la partie insulaire du SN au cours de l'hypnose, en comparaison avec l'état de repos. Cette dynamique faciliterait l'observation du corps et des sensations internes.

Enfin, les auteurs ont retrouvé une déconnexion entre l'ECN et le DMN pendant l'hypnose, en particulier entre le cortex préfrontal dorsolatéral et le cortex cingulaire postérieur. Ce mécanisme pourrait participer à l'absorption du sujet observable au cours de l'hypnose, ainsi qu'au phénomène d'amnésie qui survient parfois (18).

Pour résumer, il existe une littérature riche explorant les mécanismes sous-jacents à la transe et l'état hypnotique. Les études existantes suggèrent que l'état hypnotique correspond à un état de conscience différent de l'état de veille, mais également différent de l'état de repos. Elles semblent par ailleurs montrer qu'il existe des modifications de la communication entre les réseaux de neurones pendant l'hypnose. Ces variations favoriseraient la déconnexion avec l'environnement extérieur et l'absorption dans une tâche.

## 2) Représentations à l'égard de l'hypnose : quelques données existantes

Avant tout, il nous a semblé important pour cette partie de définir le concept de représentation, ou autrement dit de répondre à la question : comment se représenter une "représentation" ?

### 2.1. Définition des représentations

#### 2.1.1 Représentations mentales

Pour comprendre de quoi il s'agit lorsqu'on parle de "*représentations*", il est nécessaire de se référer à la racine du mot : il est issu du latin *representatio*, lui-même issu du verbe *representare* qui signifie "*action de mettre sous les yeux*" (22,23). On entrevoit déjà ici les différents sens que peuvent prendre les "représentations" : représentation théâtrale, représentation graphique, représentation juridique, représentation commerciale, etc... Il s'agit de montrer, mettre en avant, une personne, une image, un signe ou un symbole qui figure une idée ou un phénomène. Ou autrement dit, il s'agit de "*rendre sensible un objet ou une chose abstraite au moyen de signes, symboles, etc...*" (24). Toutefois, cette définition partielle n'est centrée que sur la représentation en tant qu'action.

Une autre facette qui nous intéresse ici est celle de la *représentation mentale*, que l'on pourrait définir comme la perception du monde, d'un objet ou d'un concept abstrait, d'une personne à travers ses sens et dans le contexte sociétal dans lequel elle vit.

D'un côté, chaque individu produit des images qu'il élabore à partir de ses perceptions et de ses fonctions cognitives (22). C'est-à-dire que la représentation mentale est l'interprétation de chacun face à une réalité unique. L'une de ses caractéristiques est donc d'être individuelle. Elle participe à la construction de l'univers propre à chacun.

D'un autre côté, les représentations mentales ont une fonction de communication dans la société. Elles permettent l'échange interhumain en confrontant des visions du monde différentes ou au contraire, en permettant le partage d'une même représentation du monde. A l'inverse, ces représentations propres à un individu donné ne peuvent se construire sans qu'il emprunte ce qui a du sens pour lui dans son contexte culturel et social (25).

Il existe en effet une perméabilité entre les univers personnels et sociaux avec des échanges permanents au sein d'une sphère culturelle donnée. Afin de comprendre cette dynamique à double sens, il est nécessaire d'introduire le concept de *représentations sociales*.

### 2.1.2 Représentations sociales

Élaboré par Émile Durkheim, sociologue français (1858-1917), le concept de *représentations collectives*, aujourd'hui nommé *représentations sociales*, signifie que lorsqu'elles sont partagées par un grand nombre, les représentations mentales deviennent collectives. Elles acquièrent alors "*une certaine autonomie, se combinent et se transforment selon des règles qui leurs seraient propres*". Une fois formées, elles auraient le "*pouvoir de pénétrer dans chaque individu, comme du dehors, de s'imposer*" (26). On pourrait dire autrement qu'elles fonctionnent comme une grille de lecture à partir de laquelle l'individu construit son interprétation du monde (25).

Pierre Mannoni explique, quant à lui, dans son ouvrage *Les représentations sociales*, que le concept de représentations sociales correspond à : "*une image mentale représentée qui, au cours de son évolution, aurait acquis une valeur socialisée (partagé par le plus grand nombre) et une fonction socialisante (participant à l'élaboration du réel valide pour un groupe donné à un moment de son histoire)*" (22).

Certains auteurs reprochent à E. Durkheim d'avoir complètement opposé les représentations mentales et sociales alors qu'ils observent une véritable articulation entre les deux. Il s'agit d'abord du même matériel psychique. De plus, pour ces auteurs, ce qui est au centre ce sont les interactions, les passerelles entre les deux formes de représentations, qui mettent en évidence le dynamisme de la société (25,26).

Pour terminer, nous pouvons souligner que les représentations permettent, certes, de communiquer mais qu'elles sont aussi souvent un obstacle à cette même communication. Elles sont effectivement porteuses d'une définition qui leur est propre, parfois empreinte d'une certaine rigidité, et peuvent de ce fait s'opposer aux modifications liées à l'expérience et au progrès scientifique (15). Elles transmettent même, de temps en temps, un savoir erroné, qui est ensuite difficilement remis en question car ce n'est pas confortable pour le psychisme.

Modifier sa perception du monde, construite à partir de représentations communes à un groupe de référence, n'est pas toujours aisé même si la société est en perpétuelle évolution. C'est le cas notamment dans le contexte des thérapies. Freud avait par exemple mis en évidence la force des représentations dans les facteurs déterminant certaines pathologies ainsi qu'au niveau de l'efficacité des traitements (25).

Qu'en est-il alors de l'hypnose, pratique qui véhicule de nombreuses représentations collectives comme nous l'avons vu précédemment ?

## 2.2. Représentations à propos de l'hypnose

Il existe en effet une multitude de mythes ou représentations associés à l'hypnose. Différentes études ont cherché à savoir quelles sont ces croyances dans la population. On retrouve parmi les résultats de ces articles une similarité dans les représentations entre

plusieurs pays dit “développés” (27,28). Il est également observé que dans l’ensemble, les croyances qui circulent en population générale sont positives. Néanmoins, cette dernière affirmation est à nuancer puisque la majorité des études portent sur des étudiants, soit des personnes jeunes, et qui ont potentiellement entendu parler de cette pratique dans leurs études (28,29). Nous n’avons pas trouvé d’études réalisées dans des populations ayant un niveau socio-éducatif bas ou dans des pays dits “en voie de développement”.

Dans le but d’avoir un aperçu des représentations circulant dans la population, nous avons choisi de lister les thèmes et affirmations retrouvés le plus fréquemment dans la littérature :

- Concernant l’état d’hypnose, on retrouve la notion qu’il s’agit d’un “*état altéré de la conscience*” (6,27–30). Dans l’étude menée par Johnson et Hauck, 78% des répondants adhéraient à la proposition “*sous hypnose une personne ne sait pas ce qu’il se passe autour d’elle*” (29).
- Concernant le lien entre hypnose et mémoire, plusieurs croyances circulent : de nombreux individus pensent que *l’hypnose entraîne inévitablement une amnésie* (6,27); que *sous hypnose on ne peut pas mentir mais seulement dire la vérité* (27–29,31); et que *l’hypnose permet de retrouver des souvenirs enfouis voire d’avoir accès à des vies antérieures* (28,29,31).
- L’une des principales croyances est liée à la *perte de contrôle* : pour beaucoup, sous hypnose, le thérapeute prend le contrôle sur la conscience de l’autre. De ce fait, le sujet ne pourrait pas résister aux suggestions et pourrait faire des choses contre sa volonté (6,28–31). Pour certains, cela entraîne l’attente irrationnelle que le thérapeute qu’ils vont rencontrer va pouvoir régler tous leurs problèmes et l’espoir d’obtenir des résultats tout en restant passif dans la thérapie (6,15,27,31). Pour d’autres, au contraire, cela entraîne une réticence face à cette pratique, voire “*l’effroi de ceux qui craignent la dépendance*” (15).

- Parmi les autres représentations fréquentes, on retrouve la croyance ancienne, et plutôt rejetée aujourd'hui, que les personnes hautement hypnotisables sont "faibles d'esprit" et influençables. A l'inverse, des croyances plus adaptées à la réalité circulent dans la population : "tout le monde peut entrer en transe", ou encore "toute hypnose est une autohypnose", ainsi que la nécessité d'une collaboration entre le thérapeute et le sujet (28,29,31).

En outre, évoquer les représentations d'une pratique psychothérapeutique, c'est parler des représentations des patients qui pourraient avoir un impact sur l'efficacité de la thérapie, mais aussi discuter des représentations des soignants par rapport à cette pratique. En effet des représentations négatives parmi les praticiens pourraient freiner la recherche et diminuer la diversité de l'offre proposée aux patients (31).

Dans son article "*Place des représentations en hypnose*" (2005), A. Bioy précise que la représentation la plus courante parmi les soignants est celle du contrôle sur le patient. Les thérapeutes ont "*peur de dire quelque chose qu'il ne faut pas*" ou que leur patient "*ne se réveille pas de l'état de transe*" (6). Cela impliquerait qu'ils exercent un certain "pouvoir" sur leur patient.

Toutefois, au contraire de ce qu'on aurait pu imaginer face à ces multiples croyances présentes dans la société, les études portant sur les représentations des professionnels de santé retrouvent des attitudes et croyances adaptées et globalement positives à l'égard de l'hypnose. L'étude de R. Mery portant sur les "*Représentations des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose*" réalisée en France en 2018 est particulièrement intéressante pour notre propos. Suite à son étude, il conclut : "*nos résultats confirment l'hypothèse principale selon laquelle les psychiatres et addictologues français présentent une attitude favorable quant à l'usage thérapeutique de l'hypnose dans leurs spécialités. De plus, leurs croyances se révèlent positives. Ils rejettent de manière assez forte et quasi unanime certaines idées préconçues selon lesquelles l'hypnose serait dangereuse par*

*l'influence qu'elle exerce sur les individus, aurait pour but de retrouver d'éventuels souvenirs « refoulés », permettrait une résolution des problèmes sans effort ou encore qu'elle évoluerait en dehors du domaine scientifique. [...] les psychiatres et addictologues français croient que le patient sous hypnose garde la maîtrise de lui-même et que le processus hypnotique nécessite la collaboration du patient pour se mettre en place” (1). De plus, ses résultats semblent concluant avec les résultats retrouvés dans la littérature préexistante.*

Une autre étude intéressante pour appuyer notre propos est celle de Mendoza *et al.* réalisée auprès des psychologues espagnols en 2009. Les résultats, portant sur plus de 2000 thérapeutes, montrent que les psychologues espagnols ont “*dans l'ensemble des croyances adaptées à propos de l'hypnose et une attitude globalement positive*” (32).

Enfin, puisque cette thèse s'intéresse plus particulièrement aux professionnels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous avons choisi de citer les résultats de l'étude de G.Gardner, “*Attitudes of child health professionals toward hypnosis : implications for training*” datant de 1976 (33) : l'étude réunissait 229 participants divisés en 4 groupes (pédiatres, infirmier.es en pédiatrie, pédopsychiatres, psychologues pour enfants) et retrouvait une attitude globalement positive à propos de l'hypnose chez tous les professionnels interrogés.

Dans cette partie, nous avons défini l'hypnose selon plusieurs dimensions et rappelé brièvement son histoire. Nous avons ensuite étudié le concept de représentations dans la société et plus particulièrement, les représentations associées à l'hypnose. Nous avons vu que malgré une histoire faite de nombreux revirements et chargée en croyances diverses, les attitudes retrouvées en population générale et chez les professionnels de santé, y compris travaillant avec des enfants, sont plutôt positives.

Nous allons maintenant développer les spécificités qui peuvent être retrouvées dans la pratique de l'hypnose avec les enfants, et tenter de voir en quoi elles peuvent être liées à leur processus de développement.

## II. LES SPÉCIFICITÉS DE L'HYPNOSE CHEZ L'ENFANT

Dans son article "Pediatric hypnotherapy", Milton Erickson se questionnait ainsi :

*"What is the difference between hypnotherapy on the small-sized children, on the medium-sized children, on the large-sized child, and on that older, taller child we encounter so frequently in our offices ?"*(12)

C'est-à-dire qu'il se demandait quelle différence existe entre l'hypnothérapie chez les petits enfants, les moyens, les grands, et les "enfants plus vieux, qui ont grandi", donc les adolescents, que l'on rencontre si fréquemment au cours de nos consultations. Dans cette partie, nous nous efforcerons de répondre à cette question en reprenant un bref historique de la pratique de l'hypnose chez l'enfant, puis nous évoquerons l'aspect développemental de cette question et enfin nous nous attarderons sur les indications et l'utilisation de l'hypnose chez l'enfant.

### 1) Emergence des échelles d'hypnotisabilité

Il semble que la pratique de l'hypnose chez l'enfant ait toujours existé, de façon concomitante à celle de l'adulte. En France, au 19<sup>ème</sup> siècle, l'école de Nancy fait l'hypothèse que *"la majorité des individus possède la capacité d'entrer en hypnose et que ce n'est pas un signe psychopathologique"* (3).

On retrouve à cette période quelques articles portant sur l'hypnose chez l'enfant. Nous pouvons citer à titre d'exemple, l'article de Liébault paru en 1888 dans la Revue de l'Hypnotisme *"Emploi de la suggestion hypnotique pour l'éducation des enfants et des adolescents"* (34), ainsi que l'article de Baldwin *"Suggestions in Infancy"* paru aux Etats-Unis en 1891 (2).

L'intérêt pour l'hypnose chez l'enfant connaît ensuite un déclin similaire à celui observé chez l'adulte. Il faudra attendre la fin des années 1950 et l'arrivée de Milton Erickson qui révolutionne la pratique de l'hypnose. En 1960, Franz Baumann devient le premier pédiatre président de la Société Américaine d'Hypnose Clinique. Il publie des articles rapportant son expérience avec des enfants et adolescents souffrant d'énurésie, d'encoprésie ou d'addictions. Le premier congrès mondial d'hypnose de l'enfant a lieu en 1990 (2).

Au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, lors du regain d'intérêt pour l'hypnose, des chercheurs s'intéressent à la susceptibilité hypnotique de l'enfant. Une première échelle, dérivée de l'échelle d'Hypnotisabilité de Stanford pour les adultes, est adaptée à l'enfant par London & Cooper en 1969. Cette échelle a principalement été utilisée dans le cadre de la recherche puisque la passation nécessite au moins une heure (35). En réalité, il s'agit des mêmes propositions que l'échelle destinée aux adultes, présentées d'une manière plus adaptée à l'enfant. Cela suppose cependant qu'il y aurait un continuum de réponse entre l'enfant et l'adulte, sans prendre en compte le développement de l'enfant. Les résultats montrent que la réponse hypnotique émerge à partir de 5 ans, fait un bond à l'âge de 7-8 ans pour connaître un pic à 10-12 ans et décline à l'adolescence (36).

La question qui se pose alors est de savoir si les enfants âgés de moins de 5 ans ne répondent pas à l'hypnose ou s'ils y répondent d'une manière différente de celle des grands enfants et des adultes. Dans un article paru en 1971, Hilgard souligne que "c'est la réponse aux inductions verbales habituelles" qui émerge à partir de 5 ans et atteint son pic vers 10 ans. Il précise plus loin que "nous connaissons peu de choses à propos de l'hypnotisabilité des jeunes enfants" et suppose "peut-être que bercer un enfant pour dormir a quelque chose d'hypnotique en soi, comme une comptine pourrait avoir" (36,37).

Dix ans plus tard, en 1979, Morgan et Hilgard développent l'échelle de Stanford (Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children, SHCSC). Il s'agit d'une échelle composée de 7 items, destinée à évaluer rapidement la réponse hypnotique d'un enfant. Il en existe deux formes : l'une destinée aux enfants et adolescents de 6 à 16 ans qui utilise une technique d'induction avec fermeture des yeux; la deuxième adaptée pour les enfants de 3 à 8 ans qui utilise une induction activant plutôt l'imaginaire et n'impliquant pas forcément la fermeture des yeux (35). Cette échelle a permis de mettre en évidence que les jeunes enfants répondent avec succès à l'hypnose lorsque l'on prend des dispositions adaptées à leur âge (37). Il semblerait que le processus hypnotique se manifeste différemment de chez l'adulte ce qui pourrait être en partie expliqué par des facteurs développementaux.

## 2) Aspects développementaux

Il a été dit précédemment que les enfants répondent facilement à l'hypnose et que leur réponse se manifeste différemment de celle des adultes. En quoi le développement cognitif et psycho comportemental de l'enfant a-t-il un impact sur le processus hypnotique ?

Pour Milton Erickson la réponse est simple : *“l'hypnose pédiatrique n'est rien de plus que l'hypnothérapie dirigée vers l'enfant, en toute conscience qu'il s'agit d'une petite et jeune personne”* (12). Il souligne par là d'une part, que l'enfant voit le monde d'une manière différente de l'adulte, et d'autre part qu'il est essentiel pour le thérapeute de respecter cette vision du monde. Il s'agit de ne pas l'infantiliser, d'être honnête et de respecter sa dignité. Quant à sa façon de se présenter au monde, l'enfant est généralement avide de nouvelles expériences. Il présente naturellement une curiosité, une ouverture d'esprit, une envie d'apprendre et d'explorer. Comme on peut l'observer dans le jeu ou à la lecture d'une histoire, l'enfant s'immerge immédiatement dans son monde imaginaire. Tout son esprit et tout son corps sont absorbés par l'expérimentation. Ces qualités en font un bon sujet pour l'hypnose. On constate aussi que la frontière entre le réel et l'imaginaire est plus floue que

chez l'adulte. Par exemple, à la lecture d'un conte, il est fréquent de voir un enfant cacher sa tête, crier ou trembler quand l'histoire atteint un moment effrayant. Il est alors en train de vivre l'histoire comme s'il en faisait partie en faisant abstraction du réel (12,16).

Cet aspect a notamment été développé par Jean Piaget. Nous lui devons de nombreuses théories, dont certaines ont été contredites par la suite, à propos du développement de l'enfant. En parallèle de l'exploration de l'histoire naturelle des aspects logiques de la pensée (classification, catégorisation, explication...), le psychologue suisse s'est intéressé aux représentations du monde de l'enfant. Il soutient qu'il n'est pas moins "sot" que l'adulte mais qu'il pense différemment. Que sa perception du monde est tout autre et que "*la conception du monde à laquelle aboutit sa faculté de raisonnement est autre*" que celle de l'adulte. Pour Piaget, le fonctionnement de la pensée s'observe à travers le comportement. C'est ainsi qu'il explique la participation active des enfants à la lecture d'une histoire par exemple. Cela fait apparaître selon lui des fusions non-logiques pour l'adulte entre les processus de pensée et l'environnement, la fusion de l'objet de sa pensée et l'objet extérieur, la perception réaliste des mots et des rêves pour l'enfant (26).

Ces premières constatations nous amènent maintenant à pointer deux manifestations de l'état de transe de l'enfant différentes de celle de l'adulte.

Premièrement, B. Vandenberg dans son article "*Hypnotic responsivity from a developmental perspective : insights from young children*" met en lumière l'implication motrice des enfants. Alors que les adultes s'investissent principalement en imagination, de manière intériorisée, les jeunes enfants mettent en action les suggestions (37). Cela implique une participation active et une attention permanente du thérapeute. D'autant plus que la capacité d'attention des enfants est souvent réduite par rapport aux adultes, et les fluctuations de la profondeur de la transe sont bien plus fréquentes. L'hypnothérapeute doit donc sans cesse stimuler l'imaginaire de l'enfant (38).

Deuxièmement, il a été observé qu'au contraire des adolescents et des adultes, les jeunes enfants ferment rarement les yeux pendant la transe. Les recherches de London et Cooper dans les années 1970 avaient montré un score particulièrement bas des enfants au critère "fermeture des yeux" de leur échelle. Puis, une étude Morgan et Hilgard a montré que lors d'une induction permissive quant à la fermeture des yeux, la majorité des jeunes enfants gardent les yeux ouverts. Leurs résultats montraient aussi que la réponse aux autres propositions de l'échelle était impactée en fonction de l'ouverture ou la fermeture des yeux : de meilleures réponses hypnotiques des jeunes enfants étaient obtenues les yeux ouverts. Cette forme de réponse des enfants en bas âge, dynamique, non biaisée par des schémas cognitifs propres à l'adulte, a été appelée "*protohypnose*" par Hilgard (37). Autrement dit par R.Cowles, le rapport au monde des enfants est "*expérientiel et dans la communication plutôt qu'intégré et critique*" (16).

On peut relier cette forme d'hypnose du petit enfant à plusieurs facteurs développementaux. Effectivement, les enfants ont une flexibilité cognitive qui leur est propre. Cela explique en partie que la phase d'induction peut-être très rapide. A l'inverse, l'adulte peut avoir des freins ou des résistances plus grandes pour entrer en état de transe. Si l'on suppose que l'entrée dans cet état hypnotique nécessite une suspension des fonctions cognitives liées à la volonté par exemple, il est évident qu'un adulte va être plus difficilement inductible qu'un enfant. Ce dernier ne peut pas suspendre des fonctions qu'il n'a pas encore acquises (16,37).

Par ailleurs, les jeunes enfants pourraient avoir une sensibilité accrue aux suggestions de l'hypnothérapeute puisqu'ils sont initialement dépendants de leur figure d'attachement pour tous leurs besoins essentiels. Ils auraient plus l'habitude d'écouter un adulte (37). Néanmoins, M.H.Erickson met en garde l'hypnothérapeute contre un éventuel abus de son autorité : "*quel que soit l'âge de l'enfant, il ne devrait jamais y avoir de menace à son égard en tant qu'individu de la société. [...] Et comme l'hypnose dépend d'une*

*coopération dans un but commun, un sentiment de bienveillance et d'adéquation est souhaité pour les deux participants" (12).*

Pour résumer, nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas de relation linéaire entre l'hypnose de l'enfant et de l'adulte. Même si le phénomène d'hypnose semble être le même, les enfants montrent une meilleure réponse. Au cours de leur développement, leur capacité "adulte" à s'autoréguler, répondre aux demandes et injonctions de la société et leur esprit critique s'accroît, tandis que la sensibilité, la communication "sans filtre" et le besoin de l'enfant de s'appuyer sur l'extérieur pour organiser son monde intérieur diminue (16,37).

On trouvera dans le tableau 1 présenté ci-dessous un résumé des facteurs ayant une influence sur la réponse à l'hypnose de l'enfant sous forme de liste et divisés en groupes : les facteurs cognitifs, les facteurs émotionnels et les facteurs interpersonnels.

Nous soulignerons pour terminer une nuance non négligeable pour la pratique : comme nous l'avons dit précédemment, les enfants sont généralement preneurs de nouvelles expériences. Cependant, dans notre pratique, nous sommes aussi confrontés à des enfants avec des troubles anxieux sévères qui pourraient entraver la pratique de l'hypnose. Par exemple, un enfant présentant une anxiété de performance pourrait être inhibé dans ses réponses. Il pourrait se focaliser sur "la bonne réponse" à donner à l'adulte. Ceci nous permet de mettre en avant une nouvelle fois l'importance du processus collaboratif en hypnose, et l'importance de se rapprocher au plus près du monde de l'enfant en face de nous.

Type de facteur	Facteurs
Facteurs cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ les enfants entremêlent facilement fantasme et réalité</li> <li>■ la plupart des enfants aiment la magie et le fantastique</li> <li>■ les enfants se focalisent plus sur l'instant présent</li> <li>■ habituellement les enfants sont entièrement absorbés parce qu'ils font, apprenant de tous leurs sens en même temps</li> <li>■ la tendance des enfants vers le concret, la pensée littérale, facilite l'acceptation de suggestions hypnotiques lorsqu'elles sont formulées correctement</li> </ul>
Facteurs émotionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ les enfants peuvent souvent passer d'un état émotionnel intense à un autre sans aide ou seulement avec peu d'aide</li> <li>■ les enfants sont généralement ouverts aux expériences nouvelles et avides d'explorations, à moins qu'ils aient une anxiété significative dans ce domaine</li> <li>■ en hypnose l'enfant est habituellement à l'aise avec le phénomène régressif apparaissant naturellement</li> </ul>
Facteurs interpersonnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ en général, les enfants ne se posent pas de questions à propos des problèmes de contrôle et de soumission qui interfère avec la capacité d'utiliser l'hypnose de nombreux adultes</li> <li>■ les enfants sont aussi moins susceptibles d'avoir la fausse idée que l'hypnose implique d'être totalement contrôlé par quelqu'un d'autre, d'abandonner sa volonté et ainsi de suite</li> <li>■ les enfants font naturellement tout leur possible pour aller vers la maîtrise de leur corps et acquérir leur autonomie par rapport à l'environnement. Ils sont susceptibles d'être intrigués par l'idée de l'hypnose si elle leur est présentée comme la possibilité d'apprendre une nouvelle compétence. Les adultes par contre sont plus susceptibles d'avoir peur d'échouer</li> </ul>

Tableau 1 : Pourquoi les enfants répondent plus à l'hypnose que les adultes.

Version française du tableau de Gardner (1974) : "Table 2 : Why children respond more to hypnosis than adults" retrouvé dans "Hypnotherapy in Child psychiatry : the state of the art" - M. Ekholdt Huyn et al. (2008). Traduction française : L.De Hargues.

### 3) Indications et utilisation de l'hypnose

Le champ d'application de l'hypnose chez l'enfant est vaste. On retrouve de manière corrélée une littérature extrêmement riche, particulièrement en termes de cas cliniques. Pour donner un exemple, D. Kohen et P. Kaiser nous apprennent dans leur article "*Clinical hypnosis with children and adolescents*" (2014) que plus de 500 articles à propos de l'hypnose clinique chez l'enfant sont parus entre 1996 et 2011 (2).

Néanmoins, plusieurs auteurs constatent que les publications existantes sont peu fiables d'un point de vue méthodologique. L. Milling et C. Constantino ont confronté 15

études portant sur l'hypnose chez l'enfant aux critères américains définissant une EST (Empirically Supported Therapy), c'est-à-dire une thérapie reconnue comme efficace grâce à l'accumulation de données empiriques fiables. Ils ont retrouvé des résultats prometteurs, en particulier dans les cas où l'hypnose est utilisée pour la gestion de la douleur, la gestion des vomissements en lien avec une chimiothérapie, l'énurésie ou l'asthme, mais aucune des 15 études ne répondait aux critères d'efficacité définis au préalable. Ce qui était généralement préjudiciable pour la qualité méthodologique de ces études était l'absence de randomisation, l'absence de manuel ou de technique d'hypnose reproductible et le manque d'information donnée au patient à propos de l'hypnose en amont de la séance (39).

A partir de ces données, nous pouvons dire que l'hypnose, bien que difficilement évaluable d'un point de vue scientifique, semble être utile dans une grande variété de troubles psychiques et somatiques. Elle est d'ailleurs largement utilisée chez les enfants et les adolescents, que ce soit au cours de gestes médicaux, où elle permet à l'enfant de se déconnecter du réel, pour diminuer la force de certains symptômes sur le corps ou encore dans la prise en charge de troubles psychiques.

Il est difficile d'en faire une liste exhaustive, cependant D.Kohen et P. Kaiser en ont résumé les grandes indications à partir de nombreuses références de la littérature. Nous avons repris dans le Tableau 2 présenté ci-dessous la liste des indications que les auteurs proposent, traduite en français, sans préciser les références correspondantes qui pourront être retrouvées dans l'article d'origine (2).

<b>Type d'indications</b>	<b>Liste non exhaustive des indications</b>
Habitude problématique	Onychophagie, trichotillomanie, habitude de sucer son pouce, bégaiement, bruxisme
Troubles psychiques	Anxiété sociale, anxiété de séparation ou de performance Trouble de stress post traumatique Trouble obsessionnel compulsif Phobie Deuil pathologique Dépression, dysthymie
Troubles psycho-somatiques	Migraine, syndrome fonctionnel intestinal, syndrome de Gilles de La Tourette, tics
Douleur	Douleur aiguë : blessure, geste médical, soins dentaires Douleur chronique ou récurrente
Troubles du sommeil	Insomnies, parasomnies, troubles du rythme de sommeil (décalage de phase)
Maladies chroniques	Asthme, Maladie de Crohn, soins palliatifs, effets secondaires de chimiothérapies => diminution des symptômes et aide pour faire face à la maladie.

**Tableau 2 :** Applications de l'hypnose thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent - A partir de l'article "*Clinical hypnosis with children and adolescents*" de D. Kohen et P. Kaiser (2). Traduction française : L. De Hargues

En ce qui concerne l'utilisation de l'hypnose en psychothérapie, on retrouve qu'elle est sans effets secondaires et pourrait donner des résultats intéressants (40). Elle peut également être utilisée facilement en complément d'autres psychothérapies.

M. Kaffman dans son article "*Hypnosis as an adjunct to psychotherapy*" (1968) souligne qu'il utilise l'hypnose en complément d'une thérapie familiale et d'entretiens plus classiques. Dans sa pratique, lorsqu'il recourt à l'hypnose, c'est généralement dans le deuxième temps de la psychothérapie. C'est-à-dire après avoir identifié le conflit interne sous-jacent au symptôme et après avoir rassuré l'enfant quant à ses conceptions de l'hypnose. Il précise cependant que dans certaines situations, il a recours à l'hypnose dès le premier entretien. Ses interventions ne sont pas dirigées directement vers le symptôme. Elles ont pour but de faire émerger les ressources du jeune patient, de renforcer sa confiance et sa capacité de contrôle sur le symptôme (41).

Cette notion sera développée dans la partie suivante, qui s'efforcera d'illustrer la pratique de l'hypnose chez l'enfant et l'adolescent.

#### 4) L'hypnothérapie en pratique

D'après Milton Erickson, dans l'hypnose chez l'enfant, "*ce n'est pas la thérapie mais seulement la manière de l'administrer qui est différente*" (12).

Effectivement nous avons déjà vu que la capacité de réponse à l'hypnose n'évolue pas de manière linéaire entre la petite enfance et l'âge adulte. De ce fait, à chaque âge correspond une variété de méthodes d'induction plus favorables à l'entrée en transe. Karen et Olness dans leur ouvrage "*Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant*" proposent le tableau suivant (13) :

**Tableau 3 :** Techniques d'inductions adaptées à l'âge de l'enfant, d'après Karen et Olness (1996).  
Reproduit à partir de "*L'hypnose et ses applications thérapeutiques à l'enfant*" (13,34).

Âge préverbal De 0 à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation tactile, caresses, tapotements, câlins</li> <li>- Stimulation kinesthésique : bercements, bouger un bras d'avant en arrière</li> <li>- Stimulation auditive : musique ou bruit continu tel que le rasoir électrique, le sèche-cheveux ou un aspirateur placé hors de portée de l'enfant</li> <li>- Stimulation visuelle : mobiles ou autres objets changeant de forme, de couleur ou de position</li> <li>- Tenir une poupée ou une peluche</li> </ul>
Âge verbal De 2 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire des bulles de savon</li> <li>- Raconter une histoire</li> <li>- Livres avec des personnages animés.</li> <li>- Visionneuse stéréoscopique</li> <li>- Activité favorite</li> <li>- Parler à l'enfant par le biais d'une poupée ou d'un animal en peluche</li> <li>- Utiliser une poupée toute molle</li> <li>- Se regarder sur une vidéo (induction précédente)</li> </ul>
Âge scolaire débutant De 4 à 6 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expirer à fond</li> <li>- Un endroit favori</li> <li>- Animaux multiples</li> <li>- Un jardin avec des fleurs</li> <li>- Raconter une histoire (seul ou en groupe)</li> <li>- Le grand chêne</li> <li>- Fixer une pièce de monnaie ou regarder une lettre de l'alphabet</li> <li>- Livres avec des personnages animés</li> <li>- Imagination télévisuelle ou autrement dit une histoire télévisée fantasmagorique</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visionneuse stéréoscopique</li> <li>- Se regarder sur une vidéo</li> <li>- Balle bondissante</li> <li>- Biofeedback thermique (et autres)</li> <li>- Les doigts qui s'abaissent</li> <li>- Une activité dans une salle de jeux.</li> </ul>
De 7 à 11 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité favorite</li> <li>- Lieu favori</li> <li>- Observer les nuages</li> <li>- Le tapis volant</li> <li>- Jeux vidéo (réels ou imaginaires)</li> <li>- Faire du vélo</li> <li>- Expirer à fond de ses capacités</li> <li>- Ecouter de la musique, s'écouter sur un enregistrement audio</li> <li>- Fixer une pièce de monnaie</li> <li>- Rapprochement des mains</li> <li>- Rigidité du bras (catalepsie).</li> </ul>
Adolescence De 12 à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lieu ou activité favorite</li> <li>- Activité sportive</li> <li>- Catalepsie du bras</li> <li>- Concentration sur sa respiration</li> <li>- Jeux vidéo (réels ou imaginaires)</li> <li>- Fixation oculaire sur une main</li> <li>- Conduire une voiture</li> <li>- Écouter de la musique</li> <li>- Voyage imaginaire</li> <li>- Lévitiation de la main</li> <li>- Rapprochement des mains</li> <li>- Jeux fantasmagoriques, jeux de rôle</li> </ul>

A la lecture de ce tableau, deux éléments d'une importance capitale pour l'utilisation de l'hypnose chez l'enfant semblent ressortir : premièrement, il s'agit d'identifier quels sont les centres d'intérêt de l'enfant ou de l'adolescent pour être au plus près de son monde interne. Joyce Mills et Richard Crowley précisent ainsi dans leur ouvrage *“Métaphores thérapeutiques pour l'enfant et l'enfant intérieur”* (2013) :

*“L'information la plus importante que les thérapeutes puissent découvrir chez l'enfant concerne probablement ses expériences positives - les passe-temps, films, personnages de bande dessinée, camarades de jeux, animaux, souvenirs, etc. qui ont eu un effet bénéfique(15).”(42)*

C'est à la fois un moyen puissant d'établir une relation thérapeutique respectueuse avec l'enfant ou l'adolescent, de le rejoindre dans son univers dans le but de faire émerger des

ressources, mais aussi un moyen de développer de l'espoir pour le futur, ce qui est considéré comme important dans les soins, notamment en psychiatrie (43).

Le deuxième point fort pour la pratique clinique s'inscrit dans la place essentielle accordée à la collaboration dans l'hypnose moderne. Il s'agit en effet de laisser toute sa place à l'enfant dans la relation thérapeutique. De respecter sa créativité, son imagination, ses perceptions et ses choix quelque soit son âge (2).

Il n'y a donc pas une seule façon de pratiquer l'hypnose avec les enfants, mais bien de multiples possibilités, en accord avec les besoins du patient, en utilisant ses ressources uniques et ses intérêts spécifiques.

Tout en tenant compte du caractère unique de chaque couple thérapeute-patient et de chaque processus thérapeutique, il apparaît intéressant d'illustrer ce propos d'exemples concrets. Tout d'abord, pour que le lecteur puisse se représenter à quoi correspond la thérapie par l'hypnose, nous avons choisi de présenter un modèle par étapes, issu de l'article "*Hypnotherapy in Child Psychiatry : the State of the Art*" (2008) par Huyn *et al.* (40). Il ne s'agit pas, bien entendu, de suivre ce modèle de manière rigide pour toute hypnothérapie. Cependant, cela permet de présenter une manière d'exercer dans son ensemble avant de s'attarder sur un exemple clinique détaillé. Il s'agit aussi de mettre en lumière comment l'hypnose peut s'inscrire dans une évaluation globale de la situation de l'enfant. Le modèle est présenté dans le tableau 4 ci-dessous.

**Tableau 4 :** Hypnothérapie : étapes typiques, tiré de “*Hypnotherapy in Child Psychiatry : the State of the Art*” (2008), Huyn *et al.* (40). Traduction française : L. De Hargues.

---

**Etape 1 : Evaluation du problème d'un point de vue psychiatrique, de l'hypnotisabilité et de la motivation de l'enfant ou de l'adolescent**

- Évaluation psychiatrique générale
- Evaluation de l'hypnotisabilité (utilisation d'échelle) et de la motivation au changement
- Recherche des activités favorites et des centres d'intérêt
- Proposition de réaliser un journal de suivi et d'auto-évaluation du symptôme

**Etape 2 : Session d'information à propos de l'hypnothérapie** (destinée à l'enfant mais aussi à ses parents)

**Etape 3 : Le thérapeute et l'enfant choisissent une méthode d'induction**

- Imagerie visuelle: lieu ou activité favorite, télévision fantasmagorique
- Sensibilité auditive: écouter ou jouer de la musique, chanson préférée
- Sensibilité kinesthésique : le tapis volant, jeu (balle bondissante...) ou activité sportive
- Raconter des histoires, métaphores
- Techniques idéo motrices : abaissement du bras, mains qui se rapprochent
- Technique de relaxation progressive
- Fixation oculaire : pièce de monnaie, main pouce avec le dessin d'un visage, vision stéréoscopique

**Etape 4 : Des suggestions sont faites pendant que l'enfant est en état de transe hypnotique**

- prolongation de la suggestion initiale d'utiliser son imagination (objectif d'améliorer la réponse aux suggestions suivantes)
- Suggestions directes. Exemple : suggérer qu'une main aide l'autre dans la trichotillomanie
- Suggestions plus générales. Exemples : “lieu de sécurité”, “voyage imaginaire” en soins palliatifs, “zone de confort et de maîtrise interne” dans les phobies scolaires.
- Suggestions post hypnotiques de se servir de l'expérience dans le futur et de la répéter (auto-hypnose)

**Etape 5 : Apprendre à l'enfant l'auto-hypnose**

---

Ensuite, dans le but de rendre plus concret et plus vivant ce modèle, nous avons choisi de retranscrire un cas clinique issu de la littérature.

### **Annabel : passer des crises aux coeurs avec Dora (17)**

*“Annabel âgée de 5 ans, consulte parce qu’elle “fait des crises” à la maison et dans sa famille proche - pas à l’école- depuis la naissance de sa sœur Aurélie âgée de 18 mois. Très vite au cours de l’entretien, Annabel explique qu’elle est “inquiète” depuis le décès de son cousin Léo âgé de 15 jours. Elle en parle avec sa grand-mère maternelle mais ne veut pas l’aborder avec ses parents. (...) Depuis le décès de son arrière-grand-mère maternelle il y a 6 mois, elle pose beaucoup de questions à sa grand-mère au sujet de la mort et ne dort pas bien, ses terreurs nocturnes réveillant toute la maison. (...) Depuis [la naissance de sa sœur], Annabel fait une sorte de régression en âge, “elle fait un peu le bébé” en refusant que son père parte lors de ses sorties de pompier volontaire (...).*

*Seule avec Annabel, je lui demande de me dessiner ce qui lui pose le plus problème. Elle dessine Léo, le petit cousin décédé. Lors d’une séance d’hypnose, je lui suggère via une métaphore d’un de ses dessins animés préféré qui est Dora, d’aller explorer le monde de Léo dans une des voitures de Dora où elle s’attache, comme le dit son personnage, pour “plus de sécurité”. Je lui fais explorer cet univers, et lui demande de trouver un lieu où le bolide de Dora peut s’arrêter et découvrir un espace de confort et de sécurité où il est possible de s’installer confortablement en sécurité. Puis je lui demande de rajouter tous les éléments qu’elle souhaiterait sur son dessin pour que le problème disparaisse.*

*Elle commence par faire “un sourire” puis dessine “une boîte bleue parce que le bleu c’est la couleur du ciel”, qu’elle dessine sous forme de vague et “pleins de coeurs pour ne pas oublier de dire qu’on s’aime”.*

*Annabel est revenue 3 semaines plus tard : les crises se sont atténuées, les réveils nocturnes ont disparu, elle ne pose plus de questions sur la mort et son père peut partir sur ses interventions sans qu’elle ne “s’accroche” à lui”.*

Dans ce rapport de cas, le thérapeute a utilisé l’hypnose en l’intégrant dans une stratégie solutionniste à l’aide des “3 dessins de Joyce Mills” (42). Il s’agit de faire émerger une solution par le dessin après avoir installé, dans ce cas précis, un contexte de sécurité. On demande à l’enfant de dessiner le problème, puis un autre dessin représentant le moment où “tout va mieux”, où le problème a disparu. Enfin, on demande à l’enfant de dessiner comment il est passé du premier au deuxième dessin. Ici la technique a été utilisée avec les deux premiers dessins seulement , et il semble que cela ait suffi.

On constate aussi dans le récit du thérapeute concernant la jeune Annabel qu’une “*métaphore d’un de ses dessins animés préférés*” a été utilisée. Cela montre que les informations à propos de ses centres d’intérêts ont bien été recueillies et utilisées pour parler son langage, pour s’accorder avec elle.

Dans cet article, les auteurs précisent avoir expliqué *a posteriori* aux parents et à l'enfant l'utilisation d'une technique hypnotique. Il s'agissait en effet d'une consultation d'évaluation et le praticien n'avait pas prévu en amont de la séance de proposer un traitement par l'hypnose (44).

En conclusion de cette partie, nous pouvons dire que, malgré le manque de validation scientifique, il existe un faisceau d'arguments suffisant pour affirmer que l'hypnose est un outil précieux dans certaines situations. Le rapport de l'INSERM (2015) conclut ainsi à propos de l'efficacité de l'hypnose : "*il existe un intérêt thérapeutique potentiel*" dans certaines indications (4). Les possibilités d'utilisation sont multiples et les enfants semblent particulièrement réceptifs à son emploi. Pour terminer, nous citerons V.Wall dont on retrouve l'article "*Developmental considerations in the use of hypnosis with children*" dans l'ouvrage "*Clinical hypnosis with children*" de W.C Wester et D.J.O'Grady :

*"L'hypnothérapie pour les enfants est [donc] spécialement adaptée pour leurs besoins développementaux et est une alternative au mode de pensée qui considère l'enfant comme un mini-adulte"* (40,45).

# **III. ETUDE : REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT A L'EGARD DE L'HYPNOSE**

## **A. MATERIEL ET METHODES**

### **1) Objectifs**

L'étude présentée ciblait les soignants exerçant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) dans le Nord et le Pas-de-Calais. Elle avait pour objectifs principaux de faire un état des lieux de l'utilisation de l'hypnose thérapeutique dans cette population et d'explorer les représentations qui y sont associées.

L'objectif secondaire était d'étudier la présence éventuelle de facteurs d'influence sur les représentations des soignants, tels que l'âge, le sexe, la profession ou encore la structure d'exercice.

### **2) Méthodologie**

#### **2.1. Caractéristiques de l'étude**

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle et transversale réalisée grâce à la diffusion d'un auto-questionnaire par voie électronique.

Cette étude a été réalisée avec l'aide de la Fédération Française de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) à toutes les étapes : conception de l'étude, diffusion du questionnaire et analyse des résultats.

## 2.2. Population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion

La population concernée par cette étude était définie comme telle : tout soignant exerçant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en CMP, CMPP, CATTP ou service hospitalier, sur le territoire du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) de Psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais.

Le GHT comprend 4 Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM):

- l'EPSM de l'agglomération lilloise,
- l'EPSM de Lille Métropole,
- l'EPSM des Flandres,
- l'EPSM de Val-de-Lys-Artois.

En plus de ces 4 EPSM, les services de PEA du CHU de Lille et de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul situé à Lille ont été inclus dans l'étude.

Les CMPP sont des établissements médico-sociaux, en grande partie gérées par des Associations Loi 1901. A la différence des CMP, ils ne font pas partie *stricto sensu* des "services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent". Néanmoins, il nous a paru important de les inclure dans cette étude puisqu'ils font partie intégrante de l'offre de soins pour les jeunes de 0 à 20 ans. Nous constatons aussi en pratique que ce sont des acteurs majeurs du réseau de soins en santé mentale pour les enfants et adolescents. Pour appuyer ce choix, il apparaissait important de citer *l'Annexe XXXII du Décret 63-146 du 18 février 1963*, texte régissant les CMPP et stipulant dans son premier article :

*“Les centres médico-psycho-pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale.” (46)*

Les “soignants” ont été définis comme toute personne ayant une action de soin au sein d'une équipe de pédopsychiatrie. Les équipes étant constituées de nombreux professionnels, la liste des professions proposées dans le questionnaire n'était pas exhaustive.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- tout soignant exerçant dans un service de psychiatrie adulte,
- tout soignant ayant un exercice en lien avec l'enfance et l'adolescence dans une structure non spécialisée en psychiatrie (service médical scolaire, ASE),
- toute personne faisant partie d'une équipe de pédopsychiatrie n'ayant pas d'action de soin directe (travailleur social, secrétariat...),
- les internes en stage dans un service de pédopsychiatrie au moment de l'étude ne se destinant pas à cette spécialité.

### 2.3. Diffusion du questionnaire

L'étude a eu lieu du 14 octobre au 1er décembre 2021. Trois relances ont été effectuées par mail les 14 octobre, 4 novembre et 18 novembre via la F2RSM. En parallèle, le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux de la F2RSM ainsi que dans la newsletter de la structure parue le 19 octobre 2021.

Des mails ciblés ont également été envoyés aux internes inscrits à l'option Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ainsi qu'à tous les internes en stage dans un service de pédopsychiatrie au moment de l'enquête.

Dans le but d'obtenir les accords nécessaires et pour assurer la meilleure diffusion possible du questionnaire, les responsables de tous les CMPP sur le territoire concerné, les cadres supérieurs de santé de chaque EPSM, ainsi que les pédopsychiatres responsables de pôle ou chefs de service ont été contactés par mail et par téléphone le 5 octobre 2021. Une relance par mail a eu lieu le 13 octobre 2021 et ciblait uniquement les structures n'ayant pas apporté de réponse suite au premier contact.

#### 2.4. Outil de mesure

L'étude réalisée ciblait les représentations des soignants à propos de l'hypnose thérapeutique dans une population spécifique, telle que définie ci-dessus. Le questionnaire, utilisé dans ce but a été construit en trois parties :

- La première partie du questionnaire comportait des questions destinées à décrire la population : sexe, âge, profession, type d'exercice. Pour les internes de psychiatrie, il était demandé de préciser le semestre de l'interne ainsi que son statut par rapport à l'option PEA (inscrit, pas encore inscrit mais intéressé, pas intéressé).
- La deuxième partie explorait la pratique de l'hypnose. Il était demandé aux répondants de préciser s'ils étaient formés ou non à cette pratique. En fonction de cette première réponse, plusieurs choix étaient possibles.
  - Le groupe de "soignants formés" devait préciser la nature de la formation reçue et la fréquence d'utilisation de l'hypnose dans leur pratique quotidienne.

- Le groupe de “soignants non formés” devait préciser s’il avait reçu une forme de sensibilisation à l’hypnose que ce soit par un cours, une conférence, une expérience personnelle d’expérimentation ou d’observation, dans un cadre thérapeutique ou plus ludique comme un spectacle d’hypnose.
- La troisième partie était destinée à l’exploration des représentations des soignants à propos de l’hypnose thérapeutique en pédopsychiatrie. Trois questions concernaient spécifiquement la pratique avec les enfants et les adolescents, la suite du questionnaire utilisait une échelle préexistante : la *Valencia Scale on Attitudes and Beliefs Towards Hypnosis, Therapist Version (VSABTH-T)* (47,48).

Le questionnaire dans sa version définitive est disponible en Annexe 1.

## 2.5. Présentation de l’échelle : VSABTH-T

Il s’agit d’une échelle développée et validée par une équipe espagnole, l’équipe de *Capafons et al.*, en 2006. Cette échelle a pour but d’identifier les représentations des thérapeutes associées à la pratique de l’hypnose. Elle s’appuie sur une version plus ancienne élaborée par la même équipe et conçue pour évaluer les représentations des patients .

Elle comporte une structure à 8 dimensions, initialement constituée de 37 items. Ces dimensions se basent sur des conceptions répandues à propos de l’hypnose. Une première étude factorielle exploratoire de l’équipe de *Capafons et al.* montrait une fiabilité et une cohérence interne satisfaisantes pour ces dimensions (47). Une étude confirmatoire parue en 2010 montrait des résultats cohérents avec cette première étude, confirmant ainsi la fiabilité de la VSABTH-T comme outil de mesure des attitudes et croyances à propos de l’hypnose parmi les thérapeutes.

Au sein des 8 dimensions identifiées pour mesurer les représentations à l'égard de l'hypnose, il existe 4 dimensions positives nommées : *Aide, Contrôle, Collaboration et Intérêt*. Les 4 autres dimensions sont associées à des représentations négatives et sont nommées : *Peur, Mémoire, [pratique] Magique, [pratique] Marginale*.

Chaque dimension est représentée par plusieurs items (au minimum 3) sous forme d'échelle de Likert. Le répondant attribue un score d'adhésion à la proposition allant de 1 à 6, où 1 = pas du tout d'accord, 2= pas d'accord, 3= plutôt pas d'accord, 4= plutôt d'accord, 5= d'accord et 6= tout à fait d'accord.

Dans l'étude présentée, l'échelle VSABTH-T a été utilisée dans sa version française disponible en annexe de la thèse de Raphaël Mery intitulée "*Croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose*", publiée en 2018 (1).

Il s'agit d'une traduction réalisée à partir de la version anglaise de l'échelle de *Capafons et al.* Pour la traduction, l'auteur a suivi les recommandations de la *Canadian Medical Association*: la version anglophone a d'abord été traduite en français par deux traducteurs indépendants; puis les deux traductions ont été mises en commun par une troisième personne. Un autre traducteur indépendant a de nouveau traduit la version francophone en anglais. L'échelle originale a enfin été comparée avec cette dernière traduction par un traducteur bilingue pour vérifier la cohérence de contenu. Quelques ajustements à la version française ont été faits par ce traducteur pour garantir une équivalence maximale avec la version originale.

Par ailleurs, une étude publiée en 2020 par l'équipe espagnole de *Franquelo et al.* analysait les propriétés psychométriques de la VSABTH-T dans sa version en ligne (48). Il apparaissait que les résultats n'étaient pas satisfaisants avec l'échelle originale. Un modèle alternatif ne comprenant plus que 29 items sur les 37 initiaux montrait quant à lui des résultats satisfaisants et confirmait la structure à 8 dimensions étudiée antérieurement. Devant ces résultats, les auteurs préconisent d'éliminer 8 items considérés comme peu

discriminants pour utiliser la VSABTH-T dans sa version en ligne. Les items concernés sont les propositions 7 et 16 dans la dimension Peur; 11 pour le critère Marginal; 21 et 22 pour le Contrôle; 29 dans la dimension Aide; 31 et 33 dans la dimension Mémoire de la VSABTH-T à 37 items (Annexe 2).

Au total, pour l'étude présentée, nous avons utilisé la VSABTH-T traduite en français dans sa forme raccourcie à 29 items.

### 3) Analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées par le Dr Camille Vincent, médecin de Santé Publique à la F2RSM. Les logiciels utilisés pour ces analyses étaient : Excel, R et R studio version 3.4.2.

Dans un premier temps, réalisation d'analyses univariées avec une description en fonction de la nature des variables :

- Variables quantitatives : calcul des moyennes et écart-types,
- Variables qualitatives : effectifs et pourcentages.

Dans un deuxième temps, des analyses bivariées ont été réalisées afin de comparer les professionnels de santé selon certains critères :

- Les proportions ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont <5).
- Les moyennes ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont  $\geq 30$  ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (Lorsque les groupes sont  $< 30$  ind/groupe ou que les échantillons ne suivent pas les caractéristiques nécessaires).

- Lorsqu'il s'agissait de comparer plusieurs moyennes entre elles, un test paramétrique ANOVA était utilisé si les conditions étaient réunies, sinon un test non paramétrique de Kruskal-Wallis était préféré.

Les résultats sont significatifs lorsque «  $p$  » est  $< 0.05$ .

## **B. RÉSULTATS**

### 1) Description de la population

#### 1.1 Participation

L'analyse des résultats a été effectuée sur les réponses au questionnaire de 93 participants. Initialement, nous avons recensé 120 réponses. 27 ont été exclues en accord avec les critères d'exclusion définis au préalable. Il s'agissait principalement de professionnels n'exerçant pas en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de professionnels non soignants au sein des équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Trois étaient des étudiants ou internes ne se destinant pas à une activité spécialisée en pédopsychiatrie.

Concernant la participation, il est important de noter que nous n'avons pas pu calculer de taux de participation étant donné qu'une diffusion large a eu lieu sur les réseaux sociaux et dans la newsletter de la F2RSM.

## 1.2 Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de l'échantillon

L'échantillon de population était majoritairement féminin: 72 femmes, soit 77,4%, pour 21 hommes, soit 22,6%. L'âge moyen était de 38,6 ans (écart type = 11,4).

Il était constitué par 6 catégories de professions divisées en 4 groupes : on retrouvait 29 médecins (31,2% de l'ensemble de la population), dont 11 internes en psychiatrie et 18 psychiatres de l'enfant et de l'adolescent; 26 infirmier.e.s (28%) et 17 psychologues (18,3%). Les professions restantes (psychomotricien.ne, aide-soignant.e, éducateur.trice, orthophoniste, art-thérapeute, infirmier.e de pratique avancée) représentaient 22,7% de la population.

Parmi les 11 internes en psychiatrie, 8 étaient inscrits à l'option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 3 envisageaient de s'y inscrire.

Sur l'échantillon, 36,6% des soignants (n=34) exerçaient leur activité principale dans un CMP, 28% exerçaient dans un service d'hospitalisation spécialisé en PEA (n=26) et 15% dans un hôpital de jour (n=14). 7,7% des participants exerçaient à l'hôpital dans d'autres services tels que les urgences pédiatriques ou au sein d'équipes de liaison (n=7). 4,4% avaient une activité ambulatoire mixte, avec par exemple un temps partagé entre un CMP et un CATTP (n=4), et 4,4% exerçaient en CMPP (n=4). Les 4,4% restants de l'échantillon exerçaient soit dans un CATTP (n=2) soit en libéral (n=2).

La plupart des soignants de l'échantillon n'étaient pas formés en hypnose : nous avons retrouvé 76 soignants non formés (82%) pour 17 formés (18%). Cependant, parmi le groupe de répondants n'ayant pas été formés, 58% avaient déjà été sensibilisés à ce sujet, principalement via des cours ou des conférences.

Parmi les soignants formés, 9 ont déclaré utiliser l'hypnose "parfois" (soit 53%), tandis que 6 l'utilisaient "souvent" et 2 ne l'utilisaient que "très peu".

**Les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles sont synthétisées sous forme de tableau (Tableau 1) en Annexe 3.**

## 2) A propos de l'hypnose avec les enfants et les adolescents

La première question concernant la pratique de l'hypnose avec les enfants et les adolescents avait été formulée sous forme d'échelle de Likert avec des propositions allant de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord". Nous avons retrouvé les résultats suivants :

- Plus de la moitié des participants n'étaient "pas d'accord" (n=33 soit 5,5%) ou "pas du tout d'accord" (n=17 soit 18,3%) avec la proposition *"Il y a peu d'indications d'utilisation de l'hypnose en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"*.
- 72,1% n'étaient "pas du tout d'accord" (n=37, 39,8%) ou "pas d'accord" (n=30, 32,3%) avec la proposition *"L'hypnose est réservée à une utilisation somatique"*.
- 37,6% ont répondu qu'ils n'étaient "plutôt pas d'accord" avec la proposition *"Les enfants réagissent de la même manière à l'hypnose que les adultes"*.
- 36,6% étaient "plutôt d'accord" avec la proposition *"On peut utiliser l'hypnose dans de nombreuses indications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"*.

Sur l'échantillon, 55% estimaient qu'il existe un âge minimal pour faire de l'hypnose avec les enfants (n=51) alors que 45% ont répondu qu'il n'y avait pas d'âge seuil (n=42).

A la question ouverte "A partir de quel âge utiliseriez vous l'hypnose chez l'enfant ?", 89,5% des participants ont répondu qu'ils pourraient utiliser cet outil chez l'enfant de moins de 10 ans (n=83), dont 9,7% dès la naissance (n=9).

**L'ensemble de ces résultats est présenté dans le Tableau 2 situé en Annexe 3.**

### 3) Résultats à la VSABTH-T sur l'ensemble de la population

#### 3.1 Utilisation de la VSABTH-T

Conformément aux recommandations d'utilisation de la VSABTH-T (1) :

- L'adhésion à une proposition est définie par un score  $\geq 3,5$  pour chaque proposition.
- Pour rappel, il existe 8 dimensions, chacune représentée par plusieurs propositions.
- 4 dimensions sont dites "positives" : Aide, Collaboration, Intérêt, Contrôle. Pour chaque proposition se rapportant à l'une de ces dimensions, un score  $\geq 3,5$  montre une représentation positive.
- A l'inverse, pour chaque proposition appartenant à une des 4 dimensions dites "négatives" (Mémoire, Peur, Magique, Marginale) un score  $\geq 3,5$  reflète une représentation négative de l'hypnose. En effet, un score  $\geq 3,5$  étant associé à l'adhésion à la proposition, les scores élevés aux propositions évoquant une idée erronée ou inadaptée de l'hypnose montrent une attitude plutôt négative à propos de l'hypnose.
- Un score d'adhésion à chacune des 8 dimensions a été calculé en faisant la moyenne des scores obtenus à chaque proposition représentant la dimension dont il est question. Le score est compris entre 1 et 6 et à interpréter comme "adhésion à la dimension" si il est  $\geq 3,5$ .
- Par ailleurs, un score total a été calculé pour chaque individu ayant répondu à la VSABTH-T et pour l'ensemble de la population.

Le score total est calculé de la manière suivante : somme des scores obtenus aux propositions reflétant les dimensions positives ( propositions 1, 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 29) et des scores obtenus aux propositions reflétant les dimensions négatives, côtés de manière inverse pour le calcul (propositions 3, 4, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 27, 28).

La cotation pour les “propositions positives” est telle que 1= pas du tout d’accord, 2=pas d’accord, 3= plutôt pas d’accord et ainsi de suite.

La cotation inversée utilisée pour ce calcul pour les “propositions négatives” est telle que 1= tout à fait d’accord, 2= d’accord, 3= plutôt d’accord etc...

Au total, un score  $\geq 101,5$  est à interpréter comme une attitude positive à l’égard de l’hypnose et des représentations adaptées.

**8 dimensions représentées par plusieurs propositions**

**4 dimensions positives : Aide, Collaboration, Intérêt, Contrôle**

**4 dimensions négatives : Mémoire, Peur, [pratique] Magique, [pratique] Marginale**

**Adhésion à une proposition ou l’une des dimensions si score  $\geq 3,5$   
Attitude positive à l’égard de l’hypnose si score total à la VSABTH-T  $\geq 101,5$**

### 3.2 Score total pour l’ensemble de la population

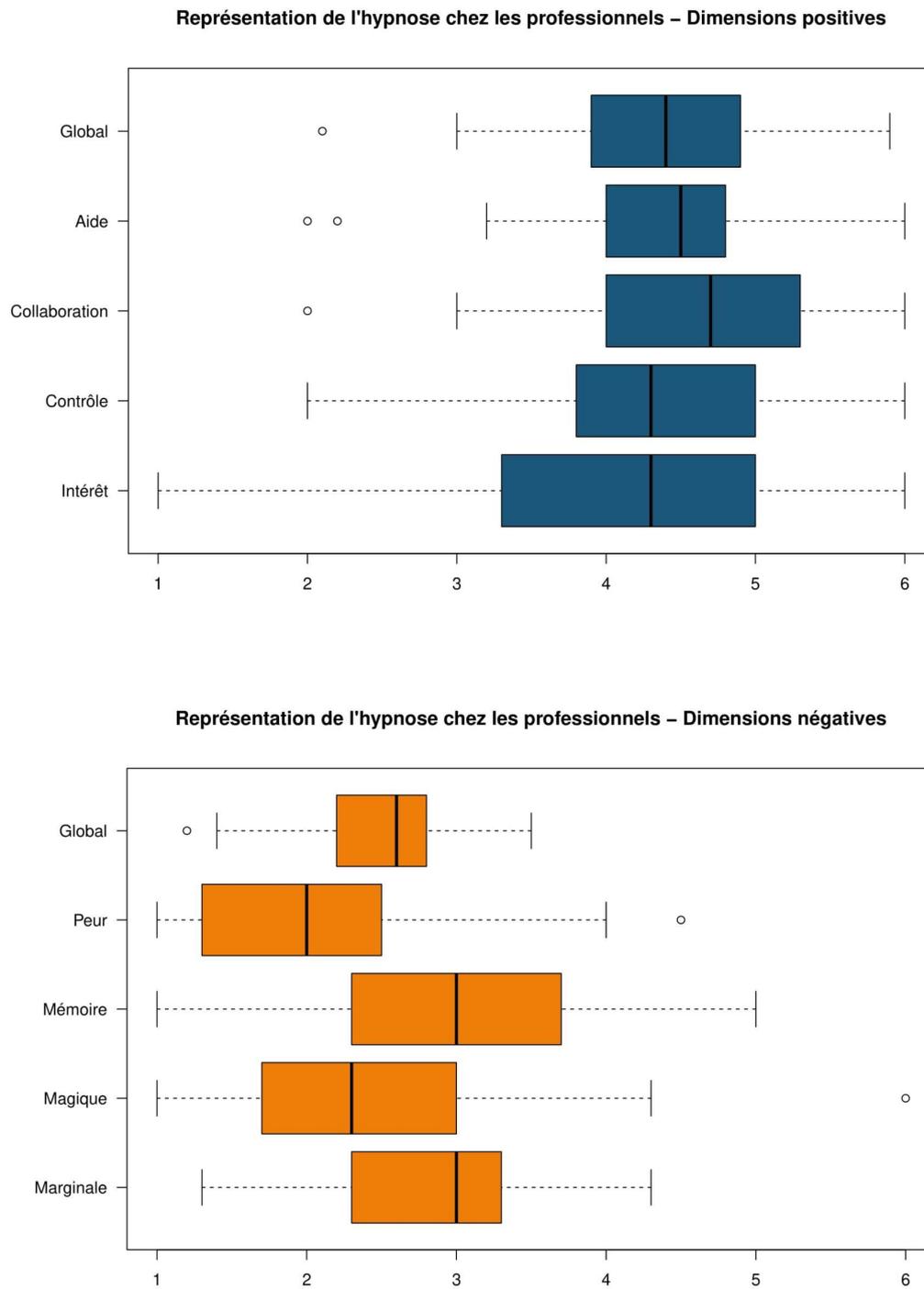
Nous retrouvons un score total moyen de 129,0 sur l’ensemble de la population. Ce score étant  $> 101,5$ , il est à interpréter comme le reflet de représentations majoritairement positives.

Seuls 3 professionnels avaient un score total  $< 101,5$ . Ils ont obtenu respectivement des scores de 83, 99 et 101. Les scores étant assez similaires, les tests réalisés n’ont pas permis de mettre en évidence de différence entre les professionnels ayant des représentations positives et ceux ayant des représentations “moins positives”

### 3.3 Score par dimension pour l’ensemble de la population

Les scores moyens par dimension retrouvés sur l’ensemble de la population sont les suivants : Aide = 4,5; Collaboration = 4,6; Contrôle = 4,3; Intérêt = 4,2; Peur = 2,1; Mémoire = 2,9; Magique = 2,4; Marginale = 2,8.

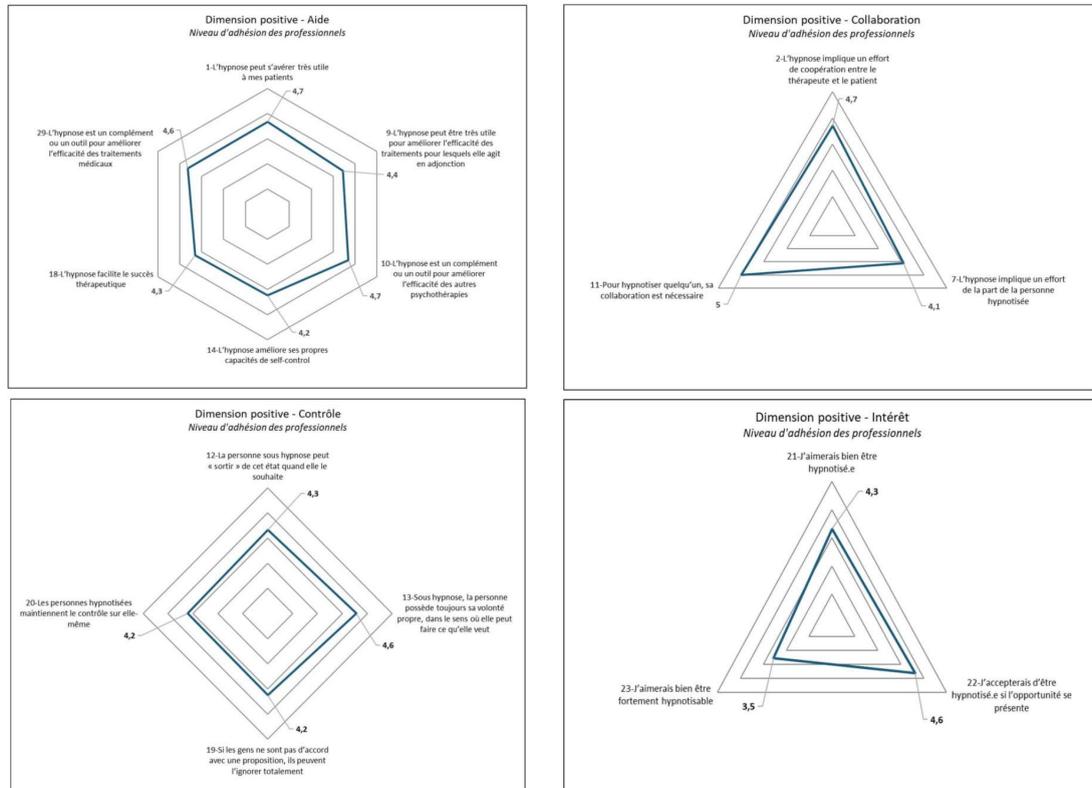
Ils sont représentés sous forme de diagramme en boîte sur la figure 2.



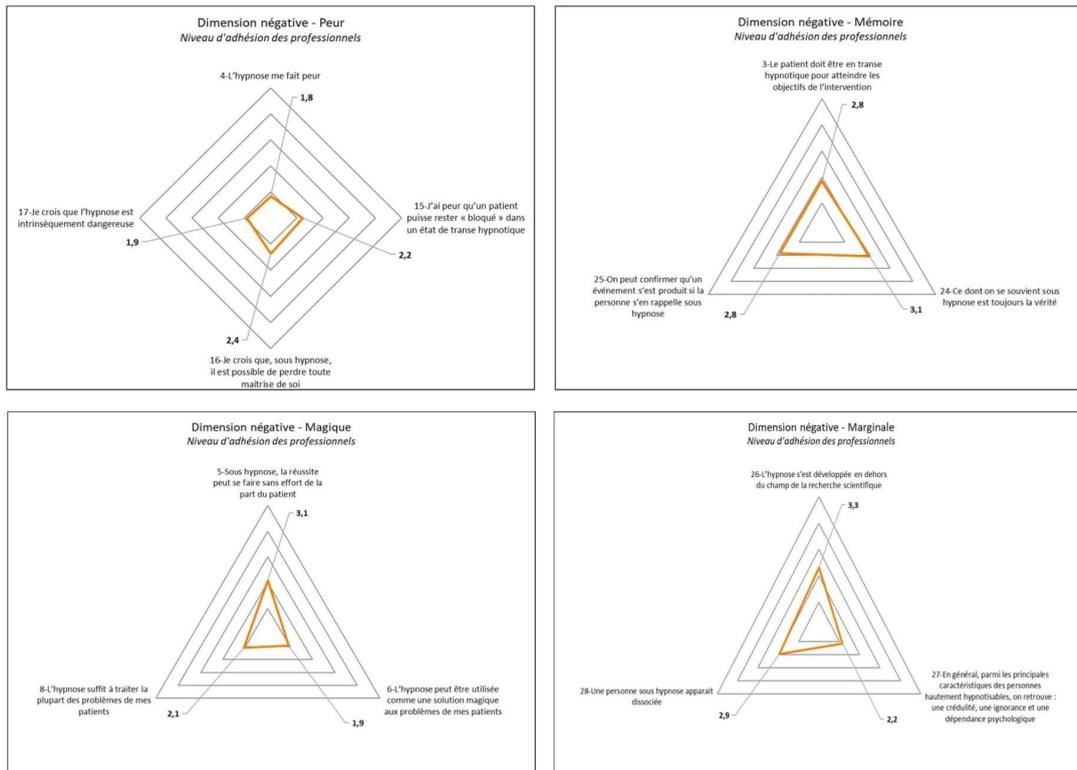
*Figure 2: Représentations de l'hypnose par dimension sur l'ensemble de la population. 1a- Les dimensions positives, 1b- Les dimensions négatives.*

### 3.4 Scores d'adhésion par proposition sur l'ensemble de la population

Pour chaque dimension, les scores d'adhésion par proposition sont représentés dans un graphique en radar (Figure 3a et 3b).



**Figure 3a.** Représentation de l'adhésion aux dimensions positives et à chaque proposition dans 4 graphiques en radar.



**Figure 3b:** Représentation de l'adhésion aux dimensions négatives et à chaque proposition dans 4 graphiques en radar.

**Au total, sur l'ensemble de la population :**

**Score total moyen > 101,5**  
**Score d'adhésion à chacune des dimensions positives > 3,5**  
**Score d'adhésion à chacune des dimensions négatives < 3,5**

**Population ayant des représentations majoritairement positives à l'égard de l'hypnose.**

#### 4) Analyse des facteurs d'influence

4.1 Comparaison du score total en fonction du sexe, de l'âge, de la profession et de la formation.

Étant donné que les représentations de la population étudiée sont majoritairement positives, les analyses en fonction des facteurs d'influence ont été réalisées entre les deux groupes suivants : les professionnels ayant obtenu les meilleurs scores totaux, c'est-à-dire supérieurs à la médiane des scores totaux de l'ensemble de la population; et les professionnels ayant obtenu les moins bons scores, c'est-à-dire inférieurs à la médiane des scores de l'ensemble de la population.

Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 1. Les résultats sont significatifs lorsque  $p < 0,05$ .

<b>ANALYSES BIVARIÉES</b>			
	Représentations majoritairement positives <i>Score total supérieur à la médiane (N=46)</i>	Représentations majoritairement négatives <i>Score total inférieur à la médiane (N=47)</i>	<i>p</i>
<b>Sexe, n (%)</b>			<i>0,581</i>
Homme	12 (26,1)	9 (19,1)	
Femme	34 (73,9)	38 (80,9)	
<b>Age, m (sd)</b>	36,8 (8,7)	40,2 (13,2)	<i>0,406</i>
<b>Professions, n (%)</b>			<i>0,750</i>
Médecins	16 (34,8)	13 (27,7)	
Infirmiers	12 (26,1)	14 (29,8)	
Psychologues	7 (15,2)	10 (21,3)	
Autres	11 (23,9)	10 (21,3)	
<b>Niveau de formation, n (%)</b>			<i>0,292</i>
Formation	11 (23,9)	6 (12,8)	
Sensibilisation	28 (60,9)	26 (55,3)	
Aucun	7 (15,2)	15 (31,9)	

*Tableau 5. Comparaison des scores totaux en fonction du sexe, de l'âge, de la profession et de la formation*

A noter que pour toutes les analyses en fonction des facteurs d'influence, les professionnels ont été divisés en 4 groupes : "médecins" comprenant les pédopsychiatres et internes; "infirmiers"; "psychologues" et "autres".

De la même façon pour le niveau de formation, les professionnels ont été divisés en 3 groupes : un groupe ayant reçu une formation à l'hypnose, que l'on nommera "Formé"; un groupe ayant eu une sensibilisation à l'hypnose, qu'elle soit professionnelle ou personnelle, et que l'on nomme "Sensibilisé"; enfin, un groupe n'ayant reçu aucune formation ou sensibilisation que l'on nomme par la suite "Aucun".

**Au total, l'analyse comparative ne retrouve pas de différence significative sur le score total moyen en fonction du sexe ( $p=0,581$ ), de l'âge ( $p=0,406$ ), de la profession ( $p=0,750$ ) ou du niveau de formation ( $p=0,292$ ).**

#### 4.2 Comparaison par dimension en fonction du sexe, de la profession et de la formation

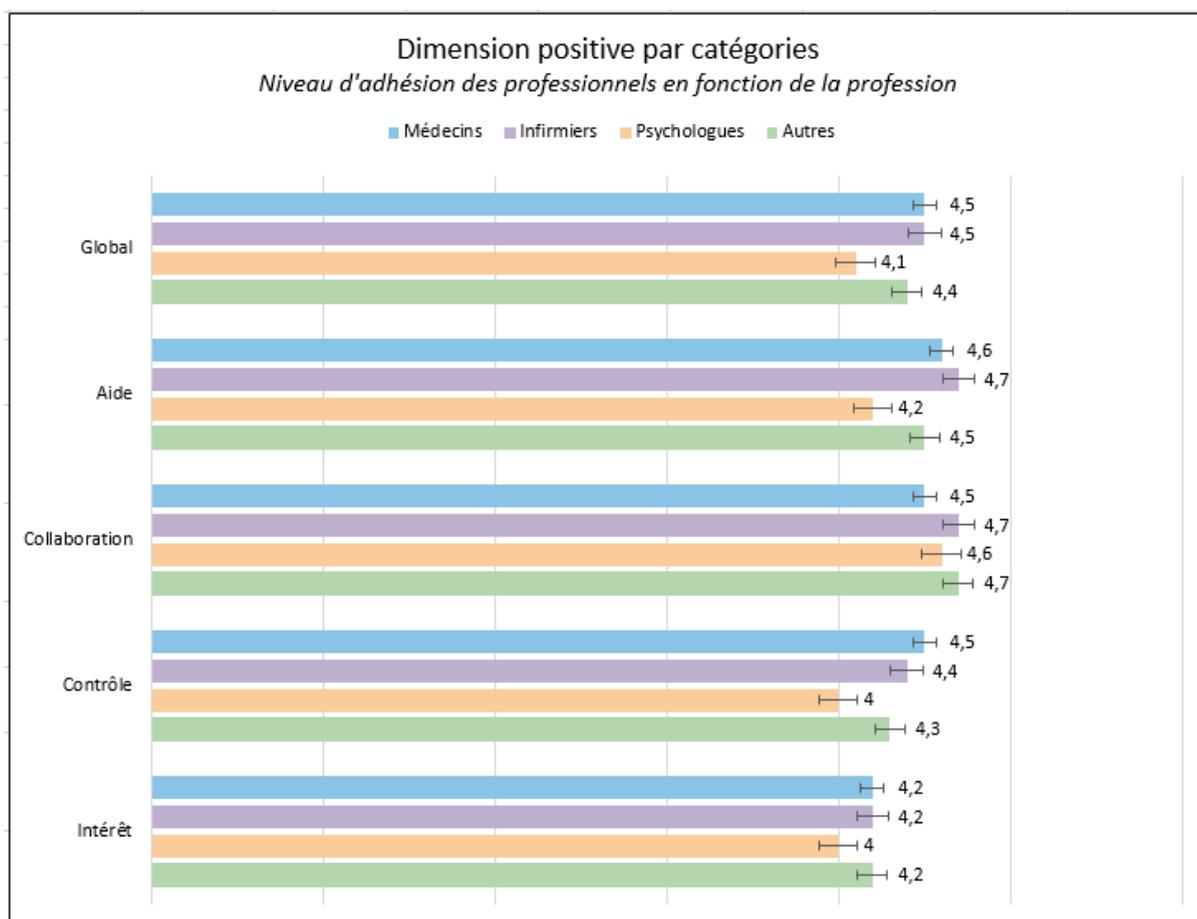
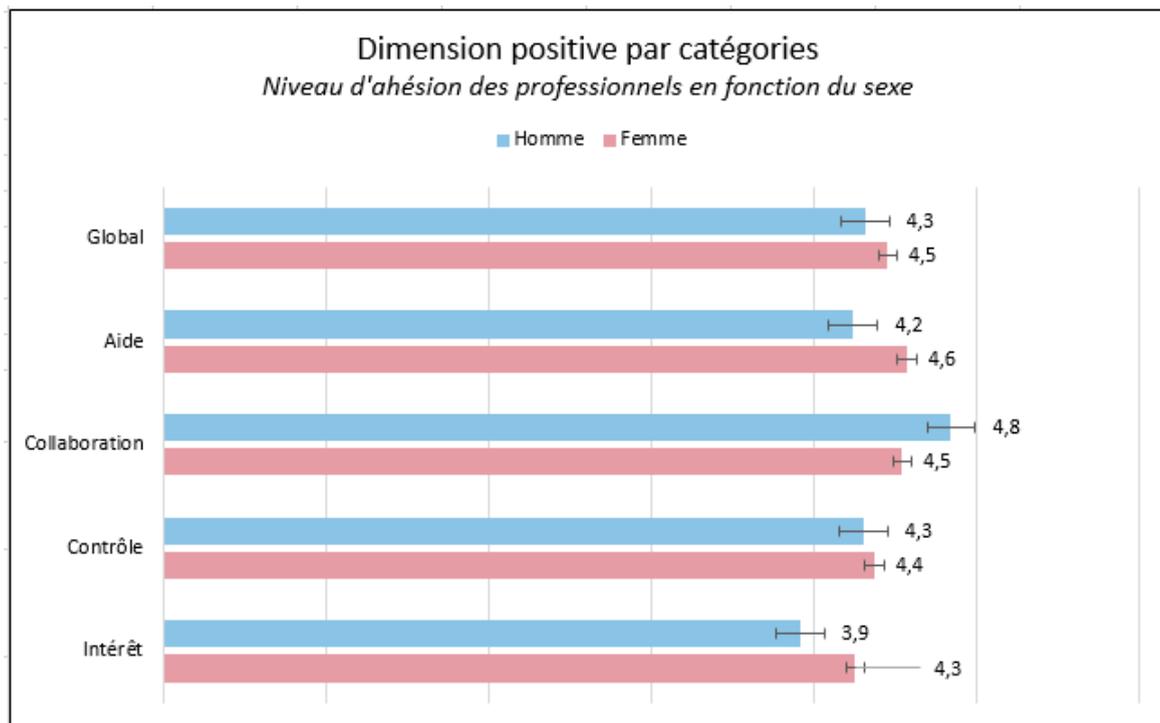
##### a) Les dimensions positives

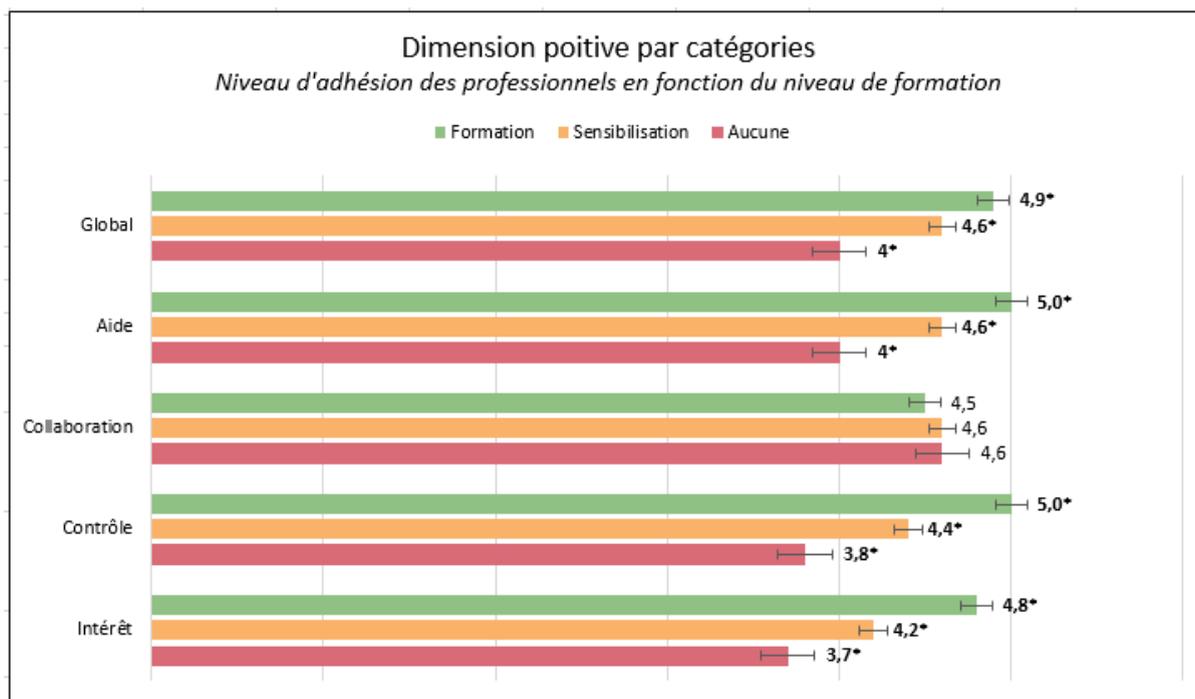
L'analyse comparative ne retrouve pas de différence significative sur l'adhésion aux "dimensions positives" prises dans leur ensemble en fonction du sexe ou de la profession.

Nous retrouvons une différence significative en fonction de la formation reçue : les résultats montrent une adhésion plus forte aux dimensions positives de la part des personnes formées, puis sensibilisées, par rapport aux personnes n'ayant reçu ni formation ni sensibilisation.

L'ensemble des résultats est ensuite détaillé par dimension et synthétisé dans la Figure 4.

Les résultats significatifs sont inscrits en gras et annotés d'une astérisque.





*Figure 4 : Représentation de l'adhésion aux dimensions positives en fonction 1- du sexe, 2- des catégories de professionnels de santé, 3 - du niveau de formation.*

- *Aide*

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Aide" en fonction du sexe ou de la profession.

Nous retrouvons une différence significative entre les groupes "Formé", "Sensibilisé" et "Aucun" sur le score obtenu à la dimension "Aide". Le groupe "Formé" ayant une adhésion plus forte à la dimension.

- *Collaboration*

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Collaboration" en fonction du sexe, de la profession et de la formation.

- *Contrôle*

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Contrôle" en fonction du sexe et de la profession.

Nous retrouvons, dans l'ordre, une différence significative entre les groupes "Formé", "Sensibilisé" et "Aucun" sur le score obtenu à la dimension "Contrôle".

- *Intérêt*

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Intérêt" en fonction du sexe et de la profession.

Nous retrouvons, dans l'ordre, une différence significative entre les groupes "Formé", "Sensibilisé" et "Aucun" sur le score obtenu à la dimension "Intérêt".

**Au total, l'analyse des facteurs d'influence montre :**

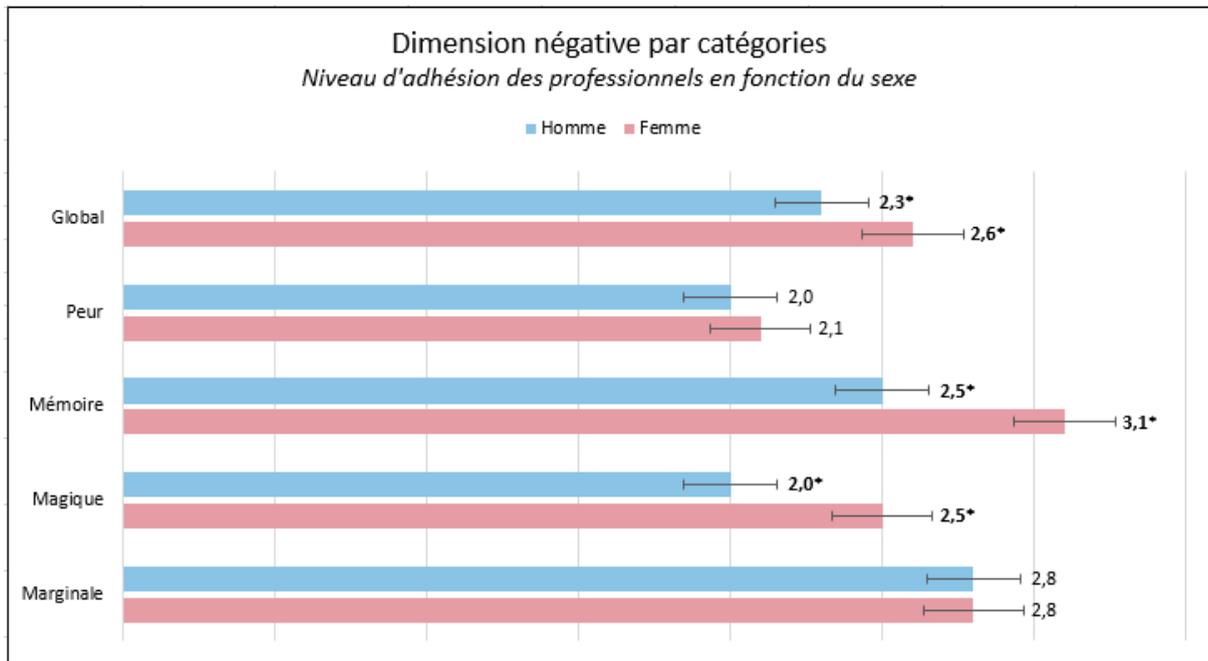
- **une différence statistiquement significative sur l'adhésion aux dimensions positives en fonction de la formation.**
- **au niveau des dimensions, cette différence est retrouvée pour : Aide, Contrôle, Intérêt.**

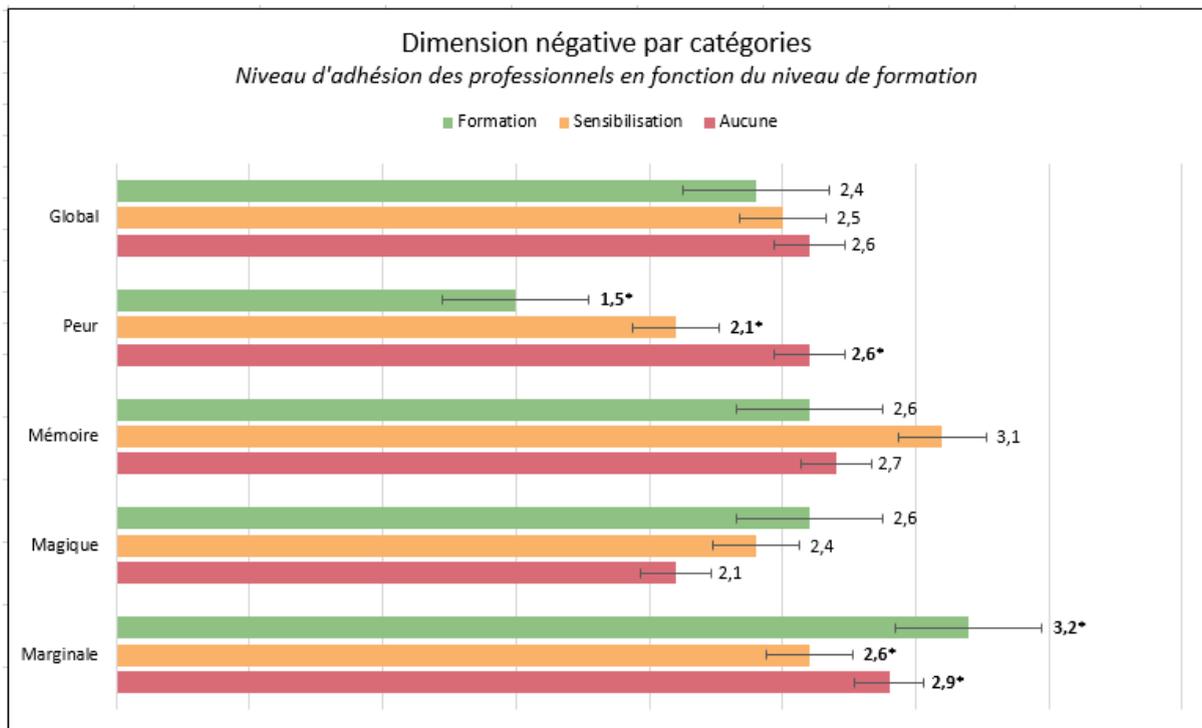
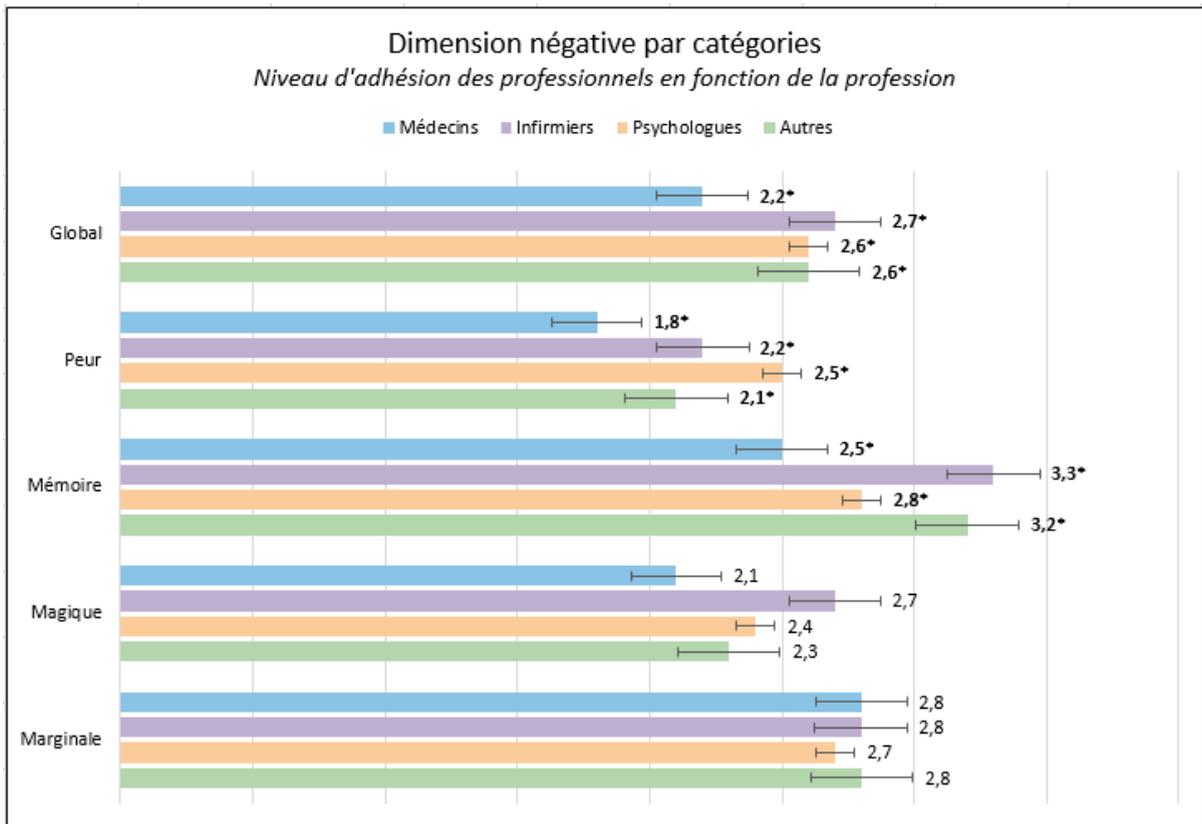
b) Les dimensions négatives

L'analyse comparative ne retrouve pas de différence significative sur l'adhésion aux "dimensions négatives" prises dans leur ensemble en fonction de la formation.

Nous retrouvons une différence significative en fonction du sexe et de la profession : une adhésion plus forte du groupe "femmes" est retrouvée pour les dimensions négatives prises dans leur ensemble comparé au groupe "hommes". Concernant la profession, on retrouve une adhésion significativement plus forte du groupe "infirmiers" par rapport aux groupes "psychologues" et "autres" puis au groupe "médecins".

L'ensemble des résultats est synthétisé dans la Figure 5. Les résultats significatifs sont inscrits en gras et annotés d'une astérisque. Il sont ensuite détaillés pour chaque dimension négative.





**Figure 5 :** Représentation de l'adhésion aux dimensions négatives en fonction 1- du sexe, 2- des catégories de professionnels de santé, 3 - du niveau de formation.

- Peur

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Peur" en fonction du sexe.

En revanche, nous retrouvons une différence significative d'adhésion à cette dimension en fonction de la profession et de la formation. Les résultats montrent une adhésion significativement plus forte du groupe "psychologues" à la dimension "Peur" par rapport aux autres groupes de professionnels. De la même façon pour la formation : le groupe n'ayant reçu ni formation ni sensibilisation semble adhérer plus fortement à la dimension "Peur" par rapport aux groupes "Formé" et "Sensibilisé".

- Mémoire

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Mémoire" en fonction de la formation.

Cependant, l'analyse comparative montre une différence significative sur la dimensions "Mémoire" en fonction du sexe (le groupe "femme" adhère de manière plus forte que le groupe "homme") et en fonction de la profession (une adhésion plus forte du groupe "infirmier.es" est retrouvée par rapports aux autres professionnels).

- Magique

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Magique" en fonction de la profession et de la formation.

Nous retrouvons une différence significative d'adhésion à la dimension "Magique" en fonction du sexe (le groupe "femmes" adhère plus fortement que le groupe "hommes").

- Marginale

Nous ne retrouvons aucune différence significative d'adhésion à la dimension "Marginale" en fonction du sexe et de la profession.

Nous retrouvons une différence significative entre les 3 groupes sur le score obtenu à la dimension "Marginale", le groupe "Formé" ayant une adhésion plus forte que les groupes "Aucun" puis "Sensibilisés".

**Au total l'analyse des facteurs d'influence montre :**

- **une différence statistiquement significative sur l'adhésion aux dimensions négatives en fonction du sexe, retrouvée pour les dimensions Mémoire et Magique.**
- **une différence statistiquement significative sur l'adhésion aux dimensions négatives en fonction de la profession, retrouvée au niveau des dimensions Mémoire et Peur.**
- **une différence statistiquement significative en fonction de la formation pour les dimensions Peur (le groupe "Aucun" y adhère plus) et Marginale (le groupe "Formé" y adhère plus).**

### 4.3 Comparaison par proposition en fonction du sexe, de la profession et de la formation

L'ensemble des résultats a été synthétisé dans le Tableau 6 présenté ci-dessous.

Dimension	Question	Sexe	Profession	Formation
Dimensions positives				
Aide	1-L'hypnose peut s'avérer très utile à mes patients			Formé
	9-L'hypnose peut être très utile pour améliorer l'efficacité des traitements pour lesquels elle agit en adjonction			
	10-L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des autres psychothérapies			
	14-L'hypnose améliore ses propres capacités de self-control			Formé
	18-L'hypnose facilite le succès thérapeutique			Formé
	29-L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des traitements médicaux			Formé
Collaboration	2-L'hypnose implique un effort de coopération entre le thérapeute et le patient			
	7-L'hypnose implique un effort de la part de la personne hypnotisée	H		
	11-Pour hypnotiser quelqu'un, sa collaboration est nécessaire			
Contrôle	12-La personne sous hypnose peut « sortir » de cet état quand elle le souhaite			Formé
	13-Sous hypnose, la personne possède toujours sa volonté propre, dans le sens où elle peut faire ce qu'elle veut			Formé
	19-Si les gens ne sont pas d'accord avec une proposition, ils peuvent l'ignorer totalement			Formé
	20-Les personnes hypnotisées maintiennent le contrôle sur elle-même			Formé
Intérêt	21-J'aimerais bien être hypnotisé.e			Formé
	22-J'accepterais d'être hypnotisé.e si l'opportunité se présente			Formé
	23-J'aimerais bien être fortement hypnotisable			
Dimensions négatives				
Peur	4-L'hypnose me fait peur			Aucun
	15-J'ai peur qu'un patient puisse rester « bloqué » dans un état de transe hypnotique			Aucun
	16-Je crois que, sous hypnose, il est possible de perdre toute maîtrise de soi		psychologues	Aucun
	17-Je crois que l'hypnose est intrinsèquement dangereuse			Aucun
Mémoire	3-Le patient doit être en transe hypnotique pour atteindre les objectifs de l'intervention			
	24-Ce dont on se souvient sous hypnose est toujours la vérité	F		
	25-On peut confirmer qu'un événement s'est produit si la personne s'en rappelle sous hypnose	F	infirmier.es	
Magique	5-Sous hypnose, la réussite peut se faire sans effort de la part du patient		infirmier.es	
	6-L'hypnose peut être utilisée comme une solution magique aux problèmes de mes patients			
	8-L'hypnose suffit à traiter la plupart des problèmes de mes patients			
Marginale	26-L'hypnose s'est développée en dehors du champ de la recherche scientifique			
	27-En général, parmi les principales caractéristiques des personnes hautement hypnotisables, on retrouve : une crédulité, une ignorance et une dépendance psychologique			Aucun
	28-Une personne sous hypnose apparaît dissociée			Formé

**Tableau 6 : Comparaison de l'adhésion des deux groupes à chaque proposition en fonction du sexe, de la profession et de la formation.** Une case vide signifie qu'aucune différence significative n'a été retrouvée. F=adhésion plus forte du groupe femmes à la proposition; H= adhésion plus forte du groupe hommes à la proposition. [profession]=adhésion plus forte du groupe de professionnels concerné à la proposition. Aucun= adhésion plus forte à la proposition du groupe n'ayant reçu ni formation ni sensibilisation; Formé = adhésion plus forte à la proposition du groupe de professionnels formés à l'hypnose.

## C. DISCUSSION

### 1) Mise en perspective des résultats

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des soignants exerçant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'égard de l'hypnose dans un territoire défini du Nord-Pas-de-Calais et de rechercher certaines variables d'influence à l'aide d'un outil standardisé.

Nous avons montré que la population interrogée a des représentations majoritairement positives à l'égard de l'hypnose. L'analyse de résultats ne retrouvait par ailleurs aucune différence en fonction du sexe, de l'âge, de la profession ou de la formation, entre deux groupes ayant des représentations "très positives" et moins positives" au sein de cette population.

En revanche, en regardant de plus près les différentes dimensions, nous avons identifié une différence statistiquement significative concernant respectivement l'adhésion aux dimensions positives et négatives en fonction de la profession. Il semblerait d'après ces résultats, qu'avoir reçu une formation en hypnose ou d'y avoir été sensibilisé par un autre moyen, permettrait d'avoir des représentations plus adaptées vis-à-vis de cette pratique, et donc une attitude globalement plus favorable face à son utilisation.

Nous avons également retrouvé une différence significative au niveau de l'adhésion aux dimensions négatives en fonction de la profession et du sexe, les femmes interrogées adhérant plus aux dimensions "Mémoire" et "Magique" que les hommes. Toutefois, il est important de replacer ces résultats dans leur contexte, c'est-à-dire celui d'une population ayant des représentations globalement positives de l'hypnose.

Comme nous l'avons souligné précédemment, parmi les études s'intéressant aux attitudes et croyances des professionnels de santé à propos de l'hypnose, la quasi-totalité des résultats retrouvés sont en faveur d'attitudes favorables et de croyances adaptées à l'égard de cette pratique (1,32,33). Nos résultats sont donc concordants avec la littérature existante.

Dans son étude réalisée en 2018 et interrogeant les croyances et attitudes de psychiatres français, R. Mery retrouve également une influence de la formation sur les représentations associées à l'hypnose. Il précise à ce propos :

*“Plusieurs études ont déjà montré que la prise d'informations (dans le cadre d'une conférence ou par le biais de formulaires) modifiait positivement les croyances et attitudes des professionnels de santé, tout comme le niveau de connaissances à propos de l'hypnose” (1).*

L'étude présentée ici vient compléter la littérature existante en interrogeant les représentations à l'égard de l'hypnose de psychiatres travaillant avec des enfants et des adolescents, mais aussi les représentations des autres soignants faisant partie de leurs équipes. L'hypnose est en effet un outil qui ne se limite pas à la pratique médicale. Il nous a donc semblé important d'inclure dans notre étude l'ensemble des professionnels susceptibles d'avoir été formés en tant qu'hypnothérapeutes.

## 2) Limites et biais de l'étude

Les principaux biais méthodologiques de notre étude sont liés aux modalités de recrutement des participants et à la construction du questionnaire.

Nous avons en effet identifié les biais de sélection suivants :

- Tout d'abord, il existe très probablement un biais de volontariat dont l'effet n'est malheureusement pas quantifiable. Il s'agit de l'hypothèse que les participants ayant répondu au questionnaire portaient déjà un intérêt pour l'hypnose. Ils seraient de ce fait plus susceptibles d'avoir des représentations positives; les soignants ayant des représentations négatives à propos de l'hypnose n'ayant pas forcément pris le temps de répondre à l'enquête par manque d'intérêt pour cette pratique.

- Ensuite, il est possible qu'il existe un biais de sélection sur l'âge. Il a été montré dans des études antérieures que le mode de diffusion des questionnaires par Internet a tendance à sélectionner des participants plus jeunes (1).

- Enfin, parmi les biais de sélection, il existe vraisemblablement un biais concernant les professions représentées dans l'échantillon, puisque la diffusion du questionnaire n'a pas été la même pour tous : les psychiatres et internes, pour qui nous avons les adresses mails directes, ont reçu un premier message en amont de l'étude pour les informer de la diffusion du questionnaire, puis peu de temps après le questionnaire de l'étude. Les autres professionnels, pour lesquels nous n'avons pas les adresses mails directes, n'ont pas reçu de message d'information en amont. De plus, la diffusion s'est faite par le biais d'un intermédiaire (cadre supérieur, cadre du service, directeur d'établissement), or, nous n'avons pas réussi à obtenir de réponses ou à contacter par téléphone un responsable de chaque structure concernée. Certains professionnels n'ont donc peut-être pas reçu le questionnaire ou ils l'ont reçu une fois mais pas les relances. Nous n'avons en fait aucune visibilité de la diffusion réelle parmi les soignants non-médecins.

Au vu du nombre de structures contactées, nous nous attendions en tout cas à obtenir une majorité de réponses de psychologues et soignants paramédicaux. Finalement, le groupe majoritaire est celui des médecins (pédopsychiatres et internes). La diffusion supplémentaire par les réseaux sociaux de la F2RSM ne nous permet pas, cependant, de savoir de quelle façon les professionnels ont pris connaissance de l'étude, ni le nombre de réponses que nous aurions pu attendre.

Parmi les autres biais méthodologiques, on retrouve un biais d'information. Etant donné que nous avons voulu préserver l'anonymat des répondants, nous n'avons pas demandé à quel endroit précis ils exercent. De ce fait, et au vu de la diffusion large sur les réseaux, nous n'avons pas pu vérifier que la totalité des personnes ayant répondu au questionnaire exerce bien sur le territoire défini au préalable, c'est-à-dire le territoire du GHT Nord-Pas-de-Calais.

Pour terminer, il existe un biais de mesure dans cette étude. L'échelle qui a été utilisée est bien un outil standardisé, validé dans sa version anglophone. Par contre, aucune étude n'a confirmé que la version francophone de l'échelle possède des propriétés identiques.

Au total, les résultats de cette étude, bien que cohérents avec la littérature internationale sur le sujet, doivent être regardés avec prudence et ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des soignants de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France métropolitaine.

### 3) Conséquences sur la pratique et la formation

Dans notre échantillon de soignants en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous avons vu que les représentations sont globalement positives. De plus, comme nous l'avons déjà souligné, il existe dans la population générale un engouement pour l'hypnose depuis plusieurs années. Si l'on poursuit dans cette logique, où la demande est grandissante et l'intérêt des professionnels bien présent, nous nous serions attendus à ce que l'offre de soins en hypnose soit relativement étoffée dans le domaine de la santé mentale chez l'enfant. D'autant plus que dans ce champ de la psychiatrie, on se trouve

souvent limité par le peu de médicaments autorisés. Il est alors nécessaire de recourir à des solutions alternatives.

On constate en réalité que l'hypnose est peu pratiquée dans les services de soins de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans notre étude par exemple, on retrouve seulement 1/6<sup>ème</sup> de professionnels pratiquant "*souvent*" ou "*parfois*" l'hypnose dans leur quotidien de cliniciens. Comment expliquer ce décalage entre un engouement marqué à plusieurs niveaux et le peu d'offres proposées sur le territoire ? Nous proposons de regarder de plus près quelques pistes de réponses possibles.

Premièrement, plusieurs études rapportent qu'au contraire de l'hypnose médicale dans un but analgésique ou de sédation, l'hypnothérapie a du mal à trouver sa place. On citera en exemple l'étude de G.Chabridon *et al.* réalisée en novembre 2015, et qui propose un état des lieux des pratiques de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU) français. Dans leur enquête auprès des 30 CHU français, les auteurs retrouvent que tous proposent de l'hypnose au sein de leur établissement : la totalité des CHU (100%) proposent de l'hypnoanalgésie, pour les douleurs aiguës et/ou les douleurs chroniques. 20 des 30 CHU (soit environ 67%) proposent de l'hypnosédation pour certaines procédures chirurgicales. En revanche, seulement 12 de ces établissements (soit 40%) proposent de l'hypnothérapie (49). Ces résultats soulignent bien que, malgré la diversité de ses indications, la place de l'hypnose dans les services de soins en santé mentale est aujourd'hui encore mal définie.

Deuxièmement, il est possible que l'hypnose ne soit pas priorisée parmi les différentes offres de formations en psychothérapie existantes. En effet, la diversité des courants psychothérapeutiques permet à chacun de trouver une méthode dans laquelle il se sent à l'aise pour accompagner au mieux son patient, et d'adopter une pratique intégrative inspirée de plusieurs courants. Néanmoins, les formations en psychothérapie demandent un

investissement à la fois financier et dans la charge de travail. Etant donné que la psychiatrie souffre d'un manque de moyens humains et financiers important, il est compréhensible que les praticiens soient dans l'obligation de faire des choix : tout d'abord, ont-ils la possibilité de faire une formation en plus de leur activité ? Et si oui, laquelle ? Il est vraisemblable qu'un certain nombre de thérapeutes préfère se tourner vers des courants psychothérapeutiques différents de l'hypnose malgré leur intérêt pour cette pratique. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) par exemple, est validée scientifiquement dans plusieurs indications. La psychanalyse, bien qu'en déclin depuis quelques années, a dominé le champ des psychothérapies en France pendant de nombreuses années. Elle reste aujourd'hui une pratique encore prisée par de nombreux psychiatres et psychologues (50).

La troisième piste que nous souhaitons mettre en avant est celle de l'encadrement de la pratique de l'hypnose. Certains praticiens pourraient être découragés par le fait qu'il n'y a aucun cadre légal autour de la pratique de l'hypnose en France. De plus, l'Ordre National des Médecins ne reconnaît pas les diplômes universitaires proposés. Ce flou autour de l'hypnose a probablement un impact sur les soignants qui souhaitent se former, sur leur croyances ainsi que sur celles des patients. Même s'il existe un certain nombre de preuves empiriques, l'absence de validation scientifique et d'encadrement légal de l'hypnose ne favorise pas sa reconnaissance dans la société.

D'autre part, parmi les formations existantes en France, la plupart exigent que les futurs hypnothérapeutes aient déjà une profession dans le champ de la relation d'aide (principalement des professionnels de santé) (6). Cependant il existe aussi des formations n'ayant pas cette même exigence ce qui soulève de réelles questions éthiques (4). Des études montrent également que, dans la population générale, les individus pensent que le praticien doit être rattaché à une structure médicale ou avoir une formation médicale ou psychologique auparavant (28,29). Le rapport de l'INSERM publié en 2015 tient les propos suivants concernant la sécurité de l'hypnose :

*“Au total, les données concernant la sécurité de l’hypnose sont rassurantes. [...] L’enjeu semble plutôt se situer au niveau éthico-juridique. D’ores et déjà, la pratique de l’hypnose est encadrée par des chartes éthiques, mais il n’y a pas à ce jour d’encadrement légal clair permettant de mieux circonscrire ce risque. Celui-ci apparaît cependant très limité lorsque l’hypnose est utilisée comme un outil complémentaire par des professionnels de santé –déjà formés et qualifiés par ailleurs-” (4).*

Devant le risque de pratique alternative par des non-professionnels de santé et face au manque de reconnaissance de l’hypnose en tant que discipline scientifique, une réglementation des pratiques serait souhaitable.

Quatrièmement, il paraît important d’explorer plus largement l’utilisation de l’hypnose au sein des diverses professions qui constituent une équipe de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent. Nous avons choisi d’interroger dans notre étude toutes les catégories professionnelles, allant des psychologues et psychiatres, ayant le titre de psychothérapeutes de part leurs professions, aux infirmier.es, orthophonistes, psychomotricien.nes, etc. dont la pratique principale n’est pas la psychothérapie. Il nous apparaît en effet que l’hypnose est un outil transversal qui n’est pas réservé à une catégorie spécifique de professionnels.

Comme nous l’avons vu précédemment dans la définition des différentes facettes de l’hypnose, il existe une place importante de la relation thérapeute-patient, particulièrement dans la notion de collaboration. En outre, l’hypnose est aussi considérée par la majorité comme faisant partie des thérapies psycho-corporelles (51). Dans cette conception de la pratique, on comprend bien que l’hypnose se trouve en fait au cœur de toute relation d’aide et que les professionnels ayant un accès au corps, comme les psychomotriciens par exemple, sont particulièrement bien placés pour l’utiliser. Toutefois, au vu des nombreuses représentations qui circulent dans la société ou qui sont transmises par l’hypnose de spectacle, il est probable qu’une multitude de praticiens n’aient jamais envisagé l’utilisation de l’hypnose dans leur pratique. Il en existe certainement qui ne se sentent pas légitime de faire la demande d’une formation en hypnose malgré leur intérêt pour celle-ci.

Ces quatre points contribuent donc à expliquer le décalage observé entre l'offre sur le terrain et les représentations positives des soignants vis-à-vis de l'hypnose. Cependant il ne s'agit là que d'hypothèses. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer plus amplement la question des pratiques psychothérapeutiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

## IV. CONCLUSION

Des représentations populaires aux représentations des soignants à propos de l'hypnose, il n'y a qu'un pas. Ou plutôt un pont, une articulation entre représentations sociales et représentations personnelles. Un va et vient permanent entre des représentations constituées, autonomes, porteuses de leur propre définition, et des représentations individuelles, mouvantes, qui font parfois évoluer la pensée commune.

Nous avons vu que les soignants de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent interrogés pour ce travail ont dans l'ensemble des représentations positives et adaptées à l'égard de l'hypnose. Nous avons aussi constaté qu'en pratique, ils utilisent peu cet outil au quotidien. Cependant, il nous paraît important de rappeler que l'état hypnotique est avant tout un état naturel que nous expérimentons tous plusieurs fois par jour. Nous avons, par exemple, déjà comparé l'état d'absorption des enfants lorsqu'on leur conte une histoire à un état de transe hypnotique. Nous pourrions alors nous demander si les soignants exerçant en pédopsychiatrie n'utilisent pas l'hypnose, ou s'ils l'utilisent sans la nommer ainsi ? Il s'agit peut-être simplement pour des thérapeutes expérimentés de prendre conscience de cet état particulier, et d'en utiliser délibérément les propriétés dans le but d'accompagner leurs patients au plus près dans leur façon de communiquer.

Enfin, il nous apparaît important de rappeler encore une fois que l'hypnose a montré un "*intérêt thérapeutique potentiel*" (4). Il existe de nombreux articles ayant montré son efficacité dans certaines indications et les études plus récentes des phénomènes neurologiques ont montré des modifications du fonctionnement cérébral associées à l'état de transe. Néanmoins, le manque de reproductibilité de l'hypnose, ainsi que sa manière d'être "individualisée", n'ont pas permis à ce jour d'obtenir une validation scientifique objective comme on pourrait le retrouver pour d'autres formes de psychothérapie.

L'hypnose est à la fois un état, une technique et un mode de communication. Elle apparaît aujourd'hui comme un outil utilisé par de nombreux soignants au sein d'un modèle

de pratique intégrative. Le mode relationnel hypnotique est volontiers utilisé en thérapie familiale par exemple, mais aussi en association avec les thérapies brèves systémiques dont elle est la “mère” selon certains auteurs (6).

Pour terminer ce travail autour des représentations des soignants et de l'utilisation de l'hypnose en pédopsychiatrie, nous citerons Isabelle Célestin Lhopitau (6) qui écrit à propos de l'hypnose avec les enfants :

*“Cette expérience [...] est un moyen précieux de rester en contact à l'âge adulte avec son imaginaire et la globalité de son corps, et ainsi de préserver un mode de communication avec soi-même et les autres.”*

# BIBLIOGRAPHIE

1. Mery R. Croyances et attitudes des psychiatres et addictologues à l'égard de l'hypnose [Thèse de doctorat en médecine]. Clermont-Ferrand; 2018.
2. Kohen D, Kaiser P. Clinical Hypnosis with Children and Adolescents—What? Why? How?: Origins, Applications, and Efficacy. *Children*. 2014;1(2):74-98.
3. D. Corydon Hammond. A Review of the History of Hypnosis Through the Late 19th Century. *Am J Clin Hypn*. oct 2013;(56):174-91.
4. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. juin 2015;213.
5. Betbèze J, Ostermann G. Les paradoxes de l'hypnose. *J Psychol*. 26 août 2021;390(8):14-20.
6. Benhaïem JM, Bioy A, Megglé D, Rausky F, Bonvin E, Celestin-Lhopitau I, et al. d o s s i e r •Le renouveau de l'hypnose. *Santé Ment*. déc 2005;(103):47.
7. Bass HP, Bioy A. Visibilité de l'hypnothérapie. Quelle place parmi les psychothérapies actuelles ? *J Psychol*. 26 août 2021;390(8):40-5.
8. Stengers I. L'hypnose entre magie et science. Paris: Le Seuil; 2002. 167 p. (Les empêcheurs de penser en rond).
9. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ, Vicari F. Thérapies complémentaires (acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi). Leur place parmi les ressources de soins Rapport de l'Académie Nationale de Médecine. *Hegel*. 2013;N° 1(1):65.
10. Sitbon H. L'hypnose au service du changement et la démarche thérapeutique pour l'enfant. *Perspect Psy*. 2005;44.
11. Pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
12. Erickson MH. Pediatric Hypnotherapy. *Am J Clin Hypn*. 1958;1(1):25-9.
13. Olness K, Kohen D. Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. 4e ed. Vol. Première parution 1996. Satas; 2021. 656 p.
14. Bioy A. Hypnosis, hypnotherapy and clinic psychology. *Perspect Psy*. 2005;44(5):346-54.
15. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose: conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspect Psy*. 2005;44.
16. Cowles R. The Magic of Hypnosis: Is It Child's Play? *J Psychol*. 1 août 1998;132:357-66.
17. Vanhauzenhuysse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol*. 1 oct 2014;44(4):343-53.
18. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cereb Cortex*. 2017;27(8):4083-93.
19. Ulrich P, Meyer HJ, Diehl B, Meinig G. Cerebral blood flow in autogenic training and hypnosis. *Neurosurg Rev*. 1 déc 1987;10(4):305-7.
20. Banque de documents pour lycée: les aires cérébrales ou aires de Brodmann [Internet]. Banque de documents pour les SVT du lycée. 2019 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <http://banquemarcqsvt.blogspot.com/2019/05/les-aires-cerebrales-ou-aires-de.html>
21. Le cerveau [Internet]. Le système nerveux. 2012 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://berenicedoyon.wordpress.com/snc/encephale/le-cerveau/>
22. Mannoni P. Chapitre premier. Définition différentielle des représentations sociales. *Que Sais-Je*. 2 mars 2022;8:8-32.
23. DicoLatin - Traduction de REPRAESENTATIO ,ONIS ,f [Internet]. [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.dicolatin.com/Latin/Lexie/0/REPRAESENTATIO--ONIS--f/index.html>

24. Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/>
25. Mannoni P. Les représentations sociales [Internet]. Presses Universitaires de France. 2022 [cité 30 avr 2022]. 128 p. (Que sais-je ?). Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782715409620.htm>
26. Moscovici S. 2. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire [Internet]. Vol. 7. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 29 avr 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-representations-sociales--9782130537656-page-79.htm>
27. Capafons A, Mendoza ME, Espejo B, Green JP, Lopes-Pires C, Selma ML, et al. Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemp Hypn*. 2008;25(3-4):141-55.
28. Krouwel M, Jolly K, Greenfield S. What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996–2016. *Complement Ther Med*. 2017;32(April):75-84.
29. Johnson ME, Hauck C. Beliefs and Opinions about Hypnosis Held by the General Public: A Systematic Evaluation. *Am J Clin Hypn*. 1999;42(1):10-20.
30. Green JP. Beliefs about hypnosis: Popular beliefs, misconceptions, and the importance of experience. *Int J Clin Exp Hypn*. 2003;51(4):369-81.
31. Lynn SJ, Kirsch I, Terhune DB, Green JP. Myths and misconceptions about hypnosis and suggestion: Separating fact and fiction. *Appl Cogn Psychol*. 2020;34(6):1253-64.
32. Mendoza ME, Capafons A, Espejo B, Montalvo D. [Beliefs and attitudes toward hypnosis of Spanish psychologists]. *Psicothema*. août 2009;21(3):465-70.
33. Gardner GG. Attitudes of child health professionals toward hypnosis: Implications for training. *Int J Clin Exp Hypn*. 1976;24(2):63-73.
34. Hilpert-Flory C. L'hypnose et ses applications thérapeutiques à l'enfant et à l'adolescent [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733660/document>
35. Place M. Annotation hypnosis and the child. *Psychology*. 1984;25(3):339-47.
36. Gardner GG. Hypnosis with Infants and Preschool Children. *Am J Clin Hypn*. 1977;19(3):158-62.
37. Vandenberg B. Hypnotic responsivity from a developmental perspective: Insights from young children. *Int J Clin Exp Hypn*. 2002;50(3):229-47.
38. Richard P. L'hypnose, l'enfant et la douleur. *Arch Pédiatrie*. juin 2006;13(6):660-2.
39. Milling LS, Costantino CA. Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *Int J Clin Exp Hypn*. 2000;48(2):113-37.
40. Huynh ME, Vandvik IH, Diseth TH. Hypnotherapy in child psychiatry: The state of the art. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2008;13(3):377-93.
41. Kaffman M. Hypnosis as an adjunct to psychotherapy in child psychiatry. juin 1968 [cité 19 avr 2022];18. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5651514/>
42. Mills JC, Crowley RJ. Métaphores thérapeutiques pour les enfants et l'enfant intérieur. *SATAS*; 2013.
43. Nunn KP. Personal hopefulness: A conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry. *Br J Med Psychol*. 1996;69(3):227-45.
44. Fischer H, Fargès-Queraux D. Hypnose solutionniste en pédopsychiatrie ambulatoire. *HypnoseThérapies Brèves Rev Interationale Lang Fr*. mars 2014;Hors Série(n°8):127-42.
45. Wester WC, O'Grady DJ, éditeurs. *Clinical Hypnosis With Children*. 1st edition. New York: Routledge; 1999. 278 p.
46. Les textes fondateurs - Fédération des CMPP [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.fdcmpp.fr/les-textes-fondateurs.html>
47. Capafons A, Espejo B, Mendoza ME. Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis, therapist version. *Int J Clin Exp Hypn*. 2008;56(3):281-94.

48. Franquelo MA, Tomás I, Capafons A, Hernández-Mendo A. Psychometric properties of the Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Towards Hypnosis (therapist version) (VSABTH-T) online version. *Qual Quant.* 2021;55(1):203-19.
49. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État Des Lieux Des Pratiques Actuelles De L'Hypnose Au Sein Des Centres Hospitaliers Universitaires Français. *Encephale.* 2017;43(5):498-501.
50. Van Effenterre A, Azoulay M, Briffault X, Champion F. Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2012;88(4):305.
51. Cohen L. Une réflexion sur les Thérapies à Médiation Corporelle en psychiatrie adulte : De la théorie à la pratique. 2014.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

### Représentations des soignants en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'égard de l'hypnose thérapeutique

Bonjour à tous,

Je suis Laure de Hargues, interne de psychiatrie en 6ème semestre à Lille. Je réalise un travail de thèse sous la direction de Eric Salomé et avec l'aide de la F2RSM psy, pour lequel vos réponses vont m'être très précieuses.

Comment m'aider ? C'est très simple, il vous suffit de 8 minutes pour remplir le questionnaire suivant portant sur l'hypnose thérapeutique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Que vous soyez formé.e ou sensibilisé.e à cette pratique, ou que vous n'ayez aucune connaissance, vous êtes concerné.e !

En effet, il a été constaté ces dernières années un regain d'intérêt pour l'hypnose, dans la population générale comme dans la communauté scientifique. Cependant, il semblerait que cette pratique reste assez marginale dans le champ de la psychiatrie. Dans ce contexte, je souhaiterais effectuer un état des lieux de l'utilisation de l'hypnose thérapeutique.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Laure de Hargues  
[laure.dehargues@gmail.com](mailto:laure.dehargues@gmail.com)

Ce questionnaire est totalement anonyme et vos réponses ne seront utilisées que dans le cadre de mon travail de thèse.

---

**\*Obligatoire**

A propos de vous et de votre activité

1. 1) Vous êtes : \*

*Une seule réponse possible.*

Un homme

Une femme

Autre : \_\_\_\_\_

2. 2) Votre âge : \*

\_\_\_\_\_

3. 3) Vous exercez la profession de : \*

*Une seule réponse possible.*

- Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent *Passer à la question 6*  
 Interne de psychiatrie *Passer à la question 4*  
 Psychologue *Passer à la question 6*  
 Infirmière *Passer à la question 6*  
 Aide-soignant.e *Passer à la question 6*  
 Psychomotricien.ne *Passer à la question 6*  
 Orthophoniste *Passer à la question 6*  
 Educateur.trice *Passer à la question 6*  
 Enseignant.e spécialisé.e *Passer à la question 6*  
 Professeur.e d'activité physique adaptée *Passer à la question 6*  
 Autre : \_\_\_\_\_

*Passer à la question 6*

**Vous êtes interne de psychiatrie**

4. Votre semestre :

\_\_\_\_\_

5. Avez-vous choisi de faire l'option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne suis pas encore inscrit.e mais je l'envisage

6. 4) Vous travaillez dans : \*

*Une seule réponse possible.*

- un CMP  
 un CMPP  
 une unité d'hospitalisation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
 un service de pédiatrie avec activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
 un CATTP  
 un HDJ  
 Autre : \_\_\_\_\_

7. 5) Etes-vous formé.e à la pratique de l'hypnose ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passer à la question 8*  
 Non *Passer à la question 10*

**Vous êtes formé.e à la pratique de l'hypnose**

8. Quelle formation avez-vous effectuée ?

\_\_\_\_\_

9. Dans votre pratique utilisez-vous cet outil ?

*Une seule réponse possible.*

- Jamais  
 Très peu  
 Parfois  
 Souvent  
 Quotidiennement

*Passer à la question 11*

Vous n'êtes pas formé.e à la pratique de l'hypnose

10. Avez vous déjà été sensibilisé.e à l'hypnose thérapeutique ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles:

- Non
- Oui, j'ai eu un cours ou écouté une conférence
- Oui, j'ai déjà vu un praticien utiliser de l'hypnose
- Oui, j'ai déjà expérimenté l'hypnose
- Oui, je me suis documenté.e sur le sujet
- Oui, à travers l'hypnose de spectacle
- Autre : \_\_\_\_\_

Passer à la question 11

11. 6) Concernant la pratique de l'hypnose en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, veuillez indiquer votre degré d'adhésion aux différentes propositions suivantes :

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Il y a peu d'indications d'utilisation de l'hypnose en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	<input type="radio"/>					
L'hypnose est réservée à une utilisation somatique (anesthésie, prise en charge de la douleur...)	<input type="radio"/>					
Les enfants réagissent de la même manière à l'hypnose que les adultes	<input type="radio"/>					
On peut utiliser l'hypnose dans de nombreuses indications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	<input type="radio"/>					

12. 7) Selon vous, y a-t-il un âge seuil pour faire de l'hypnose ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. 8) A partir de quel âge utiliseriez-vous l'hypnose chez l'enfant ? \*

Vos représentations à l'égard de l'hypnose thérapeutique

Les questions qui vont suivre nous aideront à connaître vos opinions sur l'hypnose. Il n'est pas nécessaire que vous ayez une quelconque expérience pour répondre aux questions, il s'agit plutôt de connaître votre avis sur ce qui pourrait arriver dans certaines situations.

Veuillez indiquer votre degré d'adhésion aux différentes propositions en cochant le nombre le plus proche de votre opinion, selon l'échelle :

1 : pas du tout d'accord  
 2 : pas d'accord  
 3 : plutôt pas d'accord  
 4 : plutôt d'accord  
 5 : d'accord  
 6 : tout à fait d'accord

Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses étant donné que nous évaluons simplement vos opinions.

14. \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'hypnose peut s'avérer très utile à mes patients	<input type="radio"/>					
L'hypnose implique un effort de coopération entre le thérapeute et le patient	<input type="radio"/>					
Le patient doit être en transe hypnotique pour atteindre les objectifs de l'intervention	<input type="radio"/>					
L'hypnose me fait peur	<input type="radio"/>					
Sous hypnose, la réussite peut se faire sans effort de la part du patient	<input type="radio"/>					

15. \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'hypnose peut être utilisée comme une solution magique aux problèmes de mes patients	<input type="radio"/>					
L'hypnose implique un effort de la part de la personne hypnotisée	<input type="radio"/>					
L'hypnose suffit à traiter la plupart des problèmes de mes patients	<input type="radio"/>					
L'hypnose peut être très utile pour améliorer l'efficacité des traitements pour lesquels elle agit en adjonction	<input type="radio"/>					
L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des autres psychothérapies	<input type="radio"/>					

16. \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Pour hypnotiser quelqu'un, sa collaboration est nécessaire	<input type="radio"/>					
La personne sous hypnose peut « sortir » de cet état quand elle le souhaite	<input type="radio"/>					
Sous hypnose, la personne possède toujours sa volonté propre, dans le sens où elle peut faire ce qu'elle veut	<input type="radio"/>					
L'hypnose améliore ses propres capacités de self-control	<input type="radio"/>					
J'ai peur qu'un patient puisse rester « bloqué » dans un état de transe hypnotique	<input type="radio"/>					

17. \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je crois que, sous hypnose, il est possible de perdre toute maîtrise de soi	<input type="radio"/>					
Je crois que l'hypnose est intrinsèquement dangereuse	<input type="radio"/>					
L'hypnose facilite le succès thérapeutique	<input type="radio"/>					
Si les gens ne sont pas d'accord avec une proposition, ils peuvent l'ignorer totalement	<input type="radio"/>					
Les personnes hypnotisées maintiennent le contrôle sur elle-même	<input type="radio"/>					

18. \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
J'aimerais bien être hypnotisé.e	<input type="radio"/>					
J'accepterais d'être hypnotisé.e si l'opportunité se présente	<input type="radio"/>					
J'aimerais bien être fortement hypnotisable	<input type="radio"/>					
Ce dont on se souvient sous hypnose est toujours la vérité	<input type="radio"/>					
On peut confirmer qu'un événement s'est produit si la personne s'en rappelle sous hypnose	<input type="radio"/>					

19. \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'hypnose s'est développée en dehors du champ de la recherche scientifique	<input type="radio"/>					
En général, parmi les principales caractéristiques des personnes hautement hypnotisables, on retrouve : une crédulité, une ignorance et une dépendance psychologique	<input type="radio"/>					
Une personne sous hypnose apparaît dissociée	<input type="radio"/>					
L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des traitements médicaux	<input type="radio"/>					

C'est terminé ! Merci encore d'avoir pris de votre temps pour répondre à ces questions. N'hésitez pas à encourager vos collègues à remplir ce questionnaire.

Annexe 2 : Traduction française de la version originale de la VSABTH-T  
(R. Mery;(1))

**Echelle de Valence sur les attitudes et croyances vis-à-vis de l'hypnose-version  
thérapeute**

Les questions qui vont suivre nous aideront à connaître vos opinions sur l'hypnose. Il n'est pas nécessaire que vous ayez une quelconque expérience pour répondre aux questions ; il s'agit plutôt de connaître votre avis sur ce qui pourrait arriver dans certaines situations.

Veillez indiquer votre degré d'adhésion aux différentes propositions en cochant le nombre le plus proche de votre opinion, selon l'échelle :

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : plutôt pas d'accord
- 4 : plutôt d'accord
- 5 : d'accord
- 6 : tout à fait d'accord

Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses étant donné que nous évaluons simplement vos opinions

- 1.L'hypnose peut s'avérer très utile à mes patients .....1-2-3-4-5-6
- 2.L'hypnose implique un effort de coopération entre le thérapeute et le patient .....1-2-3-4-5-6
- 3.Le patient doit être en transe hypnotique pour atteindre les objectifs de l'intervention.....1-2-3-4-5-6
- 4.L'hypnose me fait peur .....1-2-3-4-5-6
- 5.Sous hypnose, la réussite peut se faire sans effort de la part du patient .....1-2-3-4-5-6
- 6.L'hypnose peut être utilisée comme une solution magique aux problèmes de mes patients.....1-2-3-4-5-6
- 7.Je crois que, sous hypnose, la personne se comporte comme un automate à la merci de celui qui pratique l'hypnose .....1-2-3-4-5-6
- 8.L'hypnose implique un effort de la part de la personne hypnotisée .....1-2-3-4-5-6
- 9.L'hypnose suffit à traiter la plupart des problèmes de mes patients .....1-2-3-4-5-6
- 10.L'hypnose peut être très utile pour améliorer l'efficacité des traitements pour lesquels elle agit en adjonction .....1-2-3-4-5-6
- 11.La personne hypnotisée est passive .....1-2-3-4-5-6

12.L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des autres psychothérapies .....	1-2-3-4-5-6
13.Pour hypnotiser quelqu'un, sa collaboration est nécessaire .....	1-2-3-4-5-6
14.La personne sous hypnose peut « sortir » de cet état quand elle le souhaite....	1-2-3-4-5-6
15.Sous hypnose, la personne possède toujours sa volonté propre, dans le sens où elle peut faire ce qu'elle veut .....	1-2-3-4-5-6
16.L'hypnose est une technique sûre même si elle présente quelques risques .....	1-2-3-4-5-6
17.L'hypnose améliore ses propres capacités de self-control .....	1-2-3-4-5-6
18.J'ai peur qu'un patient puisse rester « bloqué » dans un état de transe hypnotique.....	1-2-3-4-5-6
19.Je crois que, sous hypnose, il est possible de perdre toute maîtrise de soi.....	1-2-3-4-5-6
20.Je crois que l'hypnose est intrinsèquement dangereuse .....	1-2-3-4-5-6
21.Tout ce qui se produit sous hypnose provient de la personne hypnotisée .....	1-2-3-4-5-6
22.Sous hypnose, les gens peuvent être forcés à faire des choses qu'ils ne souhaitent pas faire.....	1-2-3-4-5-6
23.L'hypnose facilite le succès thérapeutique .....	1-2-3-4-5-6
24.Si les gens ne sont pas d'accord avec une proposition, ils peuvent l'ignorer totalement.....	1-2-3-4-5-6
25.Les personnes hypnotisées maintiennent le contrôle sur elle-même .....	1-2-3-4-5-6
26.J'aimerais bien être hypnotisé .....	1-2-3-4-5-6
27.J'accepterais d'être hypnotisé si l'opportunité se présente .....	1-2-3-4-5-6
28.J'aimerais bien être fortement hypnotisable .....	1-2-3-4-5-6
29.On apprend plus rapidement sous hypnose .....	1-2-3-4-5-6
30.Ce dont on se souvient sous hypnose est toujours la vérité .....	1-2-3-4-5-6
31.Il est impossible de mentir sous hypnose, même si on le souhaite .....	1-2-3-4-5-6
32.On peut confirmer qu'un événement s'est produit si la personne s'en rappelle sous hypnose.....	1-2-3-4-5-6
33.L'hypnose implique un état de transe .....	1-2-3-4-5-6
34.L'hypnose s'est développée en dehors du champ de la recherche scientifique.....	1-2-3-4-5-6
35.En générale, parmi les principales caractéristiques des personnes hautement hypnotisables, on retrouve : une crédulité, une ignorance et une dépendance psychologique .....	1-2-3-4-5-6
36.Une personne sous hypnose apparaît dissociée .....	1-2-3-4-5-6
37.L'hypnose est un complément ou un outil pour améliorer l'efficacité des traitements médicaux.....	1-2-3-4-5-6

## Annexe 3 : Tableaux descriptifs

**Tableau 1:** Synthèse des caractéristiques socio-démographiques et professionnelles de la population étudiée

N		93
<b>Données sociodémographiques</b>		
<b>Sexe, n (%)</b>		
Homme	21	(22.6)
Femme	72	(77.4)
<b>Age, m (sd)</b>		
	38.6	(11.4)
<b>Profession, n (%)</b>		
Infirmier	26	(28.0)
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent	18	(19.4)
Psychologue	17	(18.3)
Interne de psychiatrie	11	(11.8)
Psychomotricien	9	(9.7)
Aide soignant	3	(3.2)
Educateur	6	(6.5)
Art-thérapeute et orthophoniste	1	(1.1)
IPA	1	(1.1)
Orthophoniste	1	(1.1)
<b>Semestre, n (%)</b>		
<i>Chez les 11 internes de psychiatrie concernés</i>		
	2	2 (18.2)
	3	1 (9.1)
	4	2 (18.2)
	6	3 (27.3)
	8	1 (9.1)
	9	2 (18.2)
<b>Option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, n (%)</b>		
<i>Chez les 11 internes de psychiatrie concernés</i>		
Oui	8	(72.7)
Je ne suis pas encore inscrit(e) mais je l'envisage	3	(27.3)
<b>Structure d'exercice, n (%)</b>		
un CMP	34	(36.6)
Unité d'hospitalisation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	26	(28.0)
un HDJ	14	(15.1)
un CMPP	4	(4.3)
Urgences pédopsychiatriques	2	(2.2)
CMP/HDJ	2	(2.2)

Libéral	2 (2.2)
un CATTP	2 (2.2)
Service de pédiatrie avec activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2 ( 2.2)
CAC	1 (1.1)
CATTP/Equipe Mobile	1 (1.1)
CMP/CATTP/HDJ	1 (1.1)
Liaison pédopsychiatrique	1 (1.1)
Unité hospitalisation adulte	1 ( 1.1)
<b>Formation/Sensibilisation à l'hypnose</b>	
<b>Formation à l'hypnose, n (%)</b>	
Oui	17 (18.3)
Non	76 (81.7)
<b>Fréquence de pratique, n (%)</b> <i>Sur les 17 professionnels formés</i>	
Souvent	6 (35.3)
Parfois	9 (52.9)
Très peu	2 (11.8)
<b>Sensibilisation à l'hypnose, n (%)</b> <i>Sur les 76 professionnels non formés</i>	
Oui	54 (58.1)
Non	22 (23.7)
NA	17 (18.3)
<b>Type de sensibilisation, n (%)</b> <i>Sur les 54 professionnels sensibilisés (plusieurs réponses possibles)</i>	
A travers l'hypnose de spectacle	8 (14.8)
Expérimentation de l'hypnose	15 (27.8)
Documentation sur le sujet	17 (31.5)
A vu un praticien utiliser l'hypnose	15 (27.8)
Cours ou conférence sur le sujet	27 (50.0)

Tableau 2 : Représentations de l'hypnose chez l'enfant chez les professionnels

Représentations de l'hypnose chez les professionnels	
<b>Il y a peu d'indications d'utilisation de l'hypnose en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, n (%)</b>	
Tout à fait d'accord	7 (7.5)
D'accord	5 (5.4)
Plutôt d'accord	14 (15.1)
Plutôt pas d'accord	17 (18.3)
<b>Pas d'accord</b>	<b>33 (35.5)</b>
Pas du tout d'accord	17 (18.3)
<b>L'hypnose est réservée à une utilisation somatique, n (%)</b>	
Tout à fait d'accord	3 (3.2)
D'accord	0 (0.0)
Plutôt d'accord	6 (6.5)
Plutôt pas d'accord	17 (18.3)
Pas d'accord	30 (32.3)
<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>37 (39.8)</b>
<b>Les enfants réagissent de la même manière à l'hypnose que les adultes, n (%)</b>	
Tout à fait d'accord	2 (2.2)
D'accord	6 (6.5)
Plutôt d'accord	16 (17.2)
<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>35 (37.6)</b>
Pas d'accord	29 (31.2)
Pas du tout d'accord	5 (5.4)
<b>On peut utiliser l'hypnose dans de nombreuses indications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, n (%)</b>	
Tout à fait d'accord	24 (25.8)
D'accord	19 (20.4)
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>34 (36.6)</b>
Plutôt pas d'accord	8 (8.6)
Pas d'accord	6 (6.5)
Pas du tout d'accord	2 (2.2)
<b>Age seuil, n (%)</b>	
Oui	42 (45.2)
Non	51 (54.8)
<b>Age utilisation de l'hypnose, n (%)</b>	
Dés la naissance	9 (9.7)
[1 - 3 ans]	16 (17.2)
[4 - 6 ans]	29 (31.2)
[7 - 10ans]	29 (31.2)
> 10 ans	5 (5.4)



**AUTEUR(E) : Nom : DE HARGUES Prénom : Laure**

**Date de soutenance : 21/06/2022**

**Titre de la thèse : Représentations des soignants de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'égard de l'hypnose**

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement : *Psychiatrie***

**DES + FST/option : *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent***

**Mots-clés : hypnose, psychothérapie, représentations, pédopsychiatrie, psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, VSABTH-T**

**Résumé :** Le terme "hypnose" véhicule malgré lui de nombreuses représentations qui peuvent être un obstacle à son utilisation. Face au constat que cet outil est peu utilisé dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent alors qu'on retrouve un regain d'intérêt dans la société, nous avons choisi d'interroger des soignants de pédopsychiatrie à propos de leurs représentations de l'hypnose. Au préalable, nous avons tenté de définir l'hypnose et les représentations, ainsi que d'apporter un éclairage sur l'hypnose chez l'enfant en fonction de son développement. Méthode : diffusion d'un questionnaire destiné aux soignants exerçant en psychiatrie de l'enfant dans un territoire du Nord-Pas-de-Calais entre octobre et novembre 2021. Le questionnaire comprenait une échelle validée destinée à explorer les croyances et attitudes de soignants à propos de l'hypnose, la VSABTH-T. Résultats : les résultats de l'enquête retrouvent des représentations globalement positives et adaptées à l'égard de l'hypnose. Discussion : Il s'agit alors de poursuivre les recherches et se questionner sur le décalage existant entre des attitudes positives et le peu de personnel de santé utilisant cet outil dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Renaud JARDRI**

**Assesseurs : Dr Cécile DEVISE**

**Directeur de thèse : Dr Eric SALOME**