



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

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



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

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD
CHARLES MERIEUX

Année 2015

N°305

THÈSE

**SENSIBILISATION À L'HYPNOSE
MÉDICALE ET COMMUNICATION
THÉRAPEUTIQUE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 12 novembre 2015
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Antoine SOLIGNAC

Né le 14 avril 1988 à Saint-Mandé (94)

ORGANIGRAMME DE L'UNIVERSITE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2014-2015

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

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

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES
(STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Bruno GUIDERDONI

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses et Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie – Transfusion
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie, Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie, Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie – Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition

VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BONNEFOY Marc	Médecine interne, Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne, Gériatrie et biologie vieillissement
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie, Hygiène hospitalière
FREYER Gilles	Cancérologie, Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie – Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire

SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie, Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FRANCO Patricia	Physiologie
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LASSET Christine	Epidémiologie, Economie de la santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, Gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie Orthopédique
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie Plastique

NANCEY Stéphane	Gastroentérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardiaque

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène	Thérapeutique
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère

Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie – Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et Cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie – Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
KOCHER Laurence	Physiologie
METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

(2ème Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie – Virologie, Hygiène hospitalière
COURAUD Sébastien	Pneumologie
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie, Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
GRANGE Jean-Daniel	Ophtalmologie
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PERRIN Paul	Urologie
PLAUCHU Henry	Génétique
TRAN-MINH Van-André	Radiologie et Imagerie médicale

LIENS D'INTÉRÊT

Nous déclarons ne pas avoir de lien d'intérêt avec une entreprise fabriquant ou commercialisant des produits de santé. (Article L4113-13 du Code de la Santé Publique).

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, pour l'intérêt que vous portez à ce travail et le temps que vous avez bien voulu nous accorder. Merci.

A Madame le Professeur Carole BURILLON, pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail, pour l'accueil au sein de votre faculté et ce que vous avez fait pour que nos études se passent pour le mieux. Merci.

A Madame le Professeur Marie FLORI, pour avoir accepté de juger ce travail, pour m'avoir accueilli en tant que tuteur au début de mon internat, pour tout le soutien que tu m'as apporté durant ces 3 années. Merci.

A Anne-Lise LEMAY, pour l'incroyable et précieuse aide que tu m'as apportée, pour le temps que tu as pris, pour ton enthousiasme, pour ton soutien. Merci.

A Isabelle NICKLES, pour ton accueil chaleureux et enthousiaste à l'idée d'entreprendre ce travail, pour ton aide et tes conseils. Merci.

A Jean BECCHIO, pour ton excellent conseil pour ce sujet original, pour ton accueil il y a presque 2 ans et pour ce que tu m'as appris. Merci.

A tous les étudiants qui ont participé à cette étude,

Vincent, « VF », Lucie, Yannick et les autres pour votre aide à la rédaction des questionnaires. Merci.

Alexia, Amanda, Anne-Laure, Barbara, Bayane, Carine, Céline D., Céline L., Céline S., Christophe, Claire, Clément, Clémentine, Emmanuel, Enzo, Eve, Fanny, Flore, Floriane, Guillaume C., Guillaume T., Héloïse, Iris, Jade, Jean-Michel, Jean-Philippe, Julie, Justine, Laura, Lou, Manon, Marion C., Marion M., Mélitée, Nadjat, Nicolas, Quentin, Sarah F., Sarah L., Sarah-Louisa, Sophia, Suzanne et Victor pour le temps que vous avez pris pour participer à ce travail. Merci.

A Monsieur Paul FRAPPE, pour votre aide précieuse et vos conseils éclairés. Merci

A Bruno SUAREZ, pour tes conseils, pour ton savoir que tu as bien voulu me partager. Merci.

A Madame Marie-Thérèse LUSSIER et à Monsieur Claude RICHARD, pour votre aide depuis si loin, pour votre accueil chaleureux. Merci.

A Madame Marie ARNAUD, pour vos conseils et votre aide pour trouver des ressources. Merci.

A Vianney PERRIN, pour ta passion pour l'hypnose que tu as su me transmettre. Merci.

A tous les médecins et enseignants que j'ai rencontrés pendant mes études,

En particulier à Sophie, Marie-Geneviève, Odile, Jean-Marc BOISSY pour le savoir que vous m'avez inculqué, pour l'accueil que vous m'avez réservé. Merci.

A l'équipe du SAU de Lyon Sud, à celle de santé au travail de Solvay. Merci.

A tous ceux que je n'ai pas cités mais qui m'ont au moins autant apporté. Merci.

Aux infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, secrétaires, assistantes sociales, pour votre accueil dans vos services et équipes respectives. Merci.

A mon Chaton, pour tout ce que je pense mais que je n'écris pas. Je t'aime. Merci.

A ma famille,

A mes parents, pour l'amour que vous m'avez porté depuis 27 ans, pour le soutien que vous m'avez apporté pendant mes études, pour avoir toujours cru en moi. Merci.

A Papy et à Grand-père, pour les souvenirs que vous m'avez laissé, pour l'amour que vous m'avez donné. Merci. Reposez en paix.

A Mamy et à Grand-Mère, pour nos souvenirs, pour votre amour. Merci.

A François et Sophie, pour votre amour et tous les moments qu'on a passés ensemble depuis de nombreuses années. Merci.

A Pierre, pour ces souvenirs qu'on retrouve, pour avoir pris soin de ton « Nonio ». Merci.

A Elisa, pour ton innocence. Merci.

A Marie et à Jonathan, pour savoir prendre soin de ceux que j'aime, pour savoir me faire rire. Merci.

A Eric, Coco, Pierre, pour être la meilleure belle-famille que quiconque puisse rêver.
Merci.

A Roger, Yvette, Lolo, Béa, Flo, pour m'avoir accueilli parmi les vôtres malgré mes origines. Merci.

A mes amis,

A Tut, V, Sim, Marge, Iz, Raf, Mag, pour tous ces merveilleux moments qu'on a passés ensemble, pour être qui vous êtes. Merci.

A Clémence et Pierre-Mi, pour ces quelques années passées ensemble et pour votre amitié à toute épreuve. Merci.

A JV, Papy, Kiki, pour ces années lycée qui n'auraient pas été les mêmes sans vous.
Merci.

A Thib' et Brebre, pour ces années militaires que vous avez autant aimées que moi, pour m'avoir aidé à les apprécier à leur juste valeur. Merci.

Au PUB, pour ces moments passés ensemble alors que je me sentais bien seul.
Merci.

A mes co-internes, pour ces semestres passés ensemble. Merci.

A mon gros Douillet et à ma grosse Dondon, pour avoir toujours su marcher sur le clavier aux meilleurs moments. Merci.

A mon petit œuf, tiens le coup !

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SIFEM : Société Internationale Francophone des Etudes Médicales

UEL : Unité d'Enseignement Libre

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMME DE L'UNIVERSITE	I
LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE	III
LIENS D'INTÉRÊT	IX
REMERCIEMENTS	X
SERMENT D'HIPPOCRATE	XIV
ABREVIATIONS	XV
TABLE DES MATIERES	XVI

INTRODUCTION	1
1. LA RELATION MEDECIN-PATIENT	1
1.1. Une notion importante en médecine.....	1
1.2. La communication dans le soin	3
1.3. Des effets thérapeutiques.....	4
2. VERS UN MEILLEUR ENSEIGNEMENT DE LA COMMUNICATION THERAPEUTIQUE	6
2.1. Etat actuel de l'enseignement de la relation médecin-patient.....	6
2.2. La communication peut s'apprendre.....	7
2.3. Un souhait d'amélioration	9
3. PLACE DE L'HYPNOSE MEDICALE	11
3.1. Une pratique reconnue	11
3.1.1. Une brève histoire de l'hypnose	11
3.1.1.1. Les origines de la thérapie par la parole et de la transe	11
3.1.1.2. De Paracelse au magnétisme	12
3.1.1.3. L'avènement de l'hypnotisme	12
3.1.1.4. L'hypnose comme thérapie	14

XVI

3.1.1.5.	La naissance de l'hypnose moderne	15
3.1.2.	Comment fonctionne l'hypnose ?	16
3.1.2.1.	Le fonctionnement du cerveau en hypnose	18
3.1.2.2.	La suggestibilité en hypnose.	21
3.2.	Hypnose médicale, son principal outil : des techniques de communication	23
3.2.1.	L'écoute attentive.....	23
3.2.2.	L'observation.....	24
3.2.3.	Le « <i>mirroring</i> »	24
3.2.4.	La reformulation	25
3.2.5.	Le recadrage.....	25
3.2.6.	La suggestion.....	26
3.2.7.	La métaphore.....	26
3.2.8.	Le lexique « mobilisateur », agréable et phrases affirmatives.....	27
3.3.	Des médecins formés à l'hypnose : une meilleure communication avec le patient	28
4.	OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	29
4.1.	Justification de l'étude	29
4.2.	Hypothèse de travail.....	29
4.3.	Objectifs	29
	METHODES	31
1.	DESCRIPTION DE L'UEL « SENSIBILISATION A L'HYPNOSE ».....	31
2.	PROTOCOLE DE L'ETUDE.....	34
2.1.	Type d'étude.....	34
2.2.	Population	34
2.2.1.	Critères de sélection, inclusion et exclusion.....	34
2.2.2.	Echantillon	34
2.2.2.1.	Faculté de Montpellier	34

2.2.2.2. Faculté de Nîmes	35
2.3. Elaboration des questionnaires	35
2.4. Recueil des données	36
2.5. Critères de jugement	37
2.6. Méthode d'analyse statistique	37
3. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	40
3.1. Sources d'information	40
3.2. Stratégie de recherche documentaire.....	40
3.2.1. Mots-clés utilisés.....	40
3.2.2. Période de recherche.....	41
RESULTATS	42
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	42
1.1. Sexe	42
1.1.1. Faculté de Montpellier.....	42
1.1.2. Faculté de Nîmes.....	42
1.2. Age.....	42
1.2.1. Faculté de Montpellier.....	43
1.2.2. Faculté de Nîmes.....	43
1.3. Formation à la communication	43
2. ANALYSE DES CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAUX.....	44
2.1. Analyse sur l'ensemble de la population	44
2.1.1. Auto-évaluation de la compétence en communication	44
2.1.2. Modification du ressenti en fonction de la situation clinique.....	45
2.1.2.1. Principales évolutions.....	46
2.1.2.2. Situations relationnelles difficiles	48
2.1.3. Modification de comportement avec le patient	48
2.2. Analyse en sous-groupes : selon le niveau et le type d'études	52

2.2.1.	Evolution de l'auto-évaluation de la compétence en communication	52
2.2.2.	Modification du ressenti en situation clinique	53
2.2.3.	Modification de comportement avec le patient	58
3.	ANALYSE DES CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRE.....	65
	DISCUSSION	67
1.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	67
1.1.	Forces de l'étude	67
1.2.	Biais de l'étude	67
1.2.1.	Biais de sélection	67
1.2.2.	Biais de mesure	68
1.2.3.	Biais de confusion.....	69
1.3.	Limites de l'étude.....	69
2.	A PROPOS DES RESULTATS.....	71
2.1.	Auto-évaluation des compétences en communication.....	71
2.1.1.	Concernant la totalité de l'échantillon	71
2.1.2.	Selon le niveau et le type d'études	72
2.2.	Modification du ressenti en situation clinique	74
2.2.1.	Concernant la totalité de l'échantillon	74
2.2.2.	Selon le niveau et le type d'études	76
2.3.	Modification des comportements.....	78
2.3.1.	Concernant l'ensemble de la population	78
2.3.2.	Selon le niveau et le type d'études	79
2.4.	Emploi des outils hypnotiques et impact de la communication sur les soins	81
3.	FIN DE LA DISCUSSION.....	82
	CONCLUSIONS	85
	BIBLIOGRAPHIE	A

ANNEXE I – QUESTIONNAIRE AVANT FORMATION	Q
ANNEXE II – QUESTIONNAIRE APRES FORMATION	T
ANNEXE III – DIAPORAMA UTILISE POUR LA FORMATION	X

INTRODUCTION

1. LA RELATION MEDECIN-PATIENT

La relation est définie dans le dictionnaire du Grand Robert comme une « activité ou situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes avec les autres » ou encore comme un « lien de dépendance ou d'influence réciproque » ^[1].

Ainsi on comprend bien pourquoi, dans le milieu médical, elle a une grande importance. De manière indéniable, le médecin a une influence sur son patient dont il dépend en retour puisqu'il se définit par le fait de soigner des malades. Il s'agit donc d'une relation circulaire qu'il est important de connaître pour mieux l'appréhender. Cette notion est depuis très longtemps connue et étudiée en médecine.

1.1. Une notion importante en médecine

L'importance d'une bonne relation entre le médecin et son patient était déjà présente dans l'Antiquité, au temps d'Hippocrate et de son serment : « *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.* » ^[2] Ce serment a guidé la pratique médicale jusqu'à aujourd'hui.

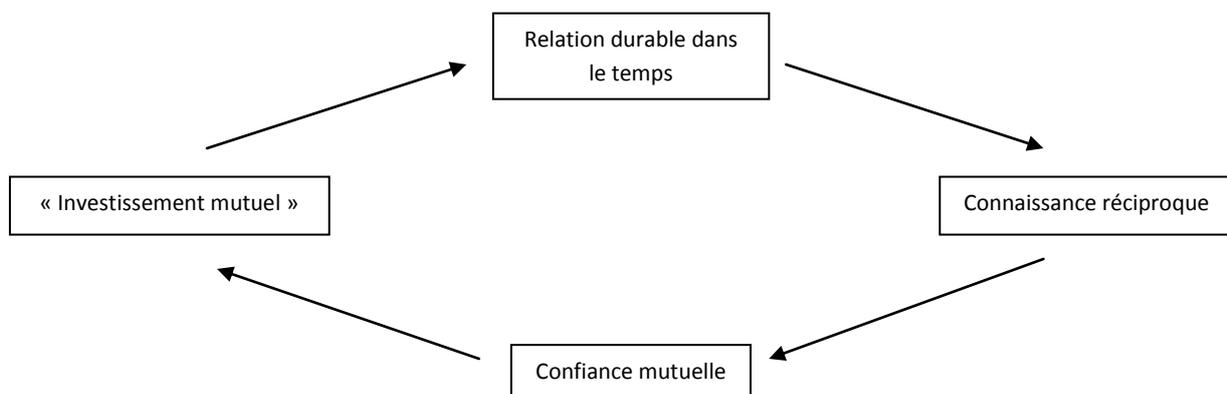
Il est possible de remonter encore plus loin dans le temps en prenant l'exemple de trépanations réalisées au néolithique. On a retrouvé des traces de cicatrisation osseuse sur les crânes trépanés de nos ancêtres, signifiant le succès de l'opération. On peut se poser la question du caractère médical de ces actes qui relevaient plutôt de la spiritualité ; mais il faut noter que malgré l'utilisation probable de plantes médicinales antalgiques, le geste était réalisé dans un contexte de confiance total, de relation optimale.

Aujourd'hui cette notion a évolué mais reste d'actualité. Dans la définition citée en introduction, on peut souligner l'importance du caractère réciproque et mutuel. Ces éléments sont cités par Balint, fondateur de la prise en compte psychanalytique moderne de la relation dans le soin, qui a donné naissance aux groupes éponymes. Il parle de « *compagnie d'investissement mutuel* » [3].

Cette notion est également aujourd'hui d'une importance sociétale. Le Code de Déontologie en 1995, repris par le Code de Santé Publique à partir du 8 août 2004, nous dit : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* » [4]

Selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG) [5], la relation est optimisée par un cheminement circulaire (Figure 1) : plus celle-ci dure dans le temps, meilleure se fait la connaissance réciproque, augmentant la confiance entre patients et médecin, et permettant un « *investissement mutuel* » (selon Balint), ce dernier favorise une relation plus durable.

Figure 1. La relation médecin-patient selon la SFMG



La relation reste la notion abstraite dont la communication entre les 2 personnes est l'outil.

1.2. La communication dans le soin

La communication dans le soin peut se définir de plusieurs manières (définitions du dictionnaire du Grand Robert ^[1]) : « *Action de transmettre une information à quelqu'un* » ou encore « *action d'établir une relation* ». On note donc le caractère circulaire et auto-référencé que l'on retrouve entre les deux notions que sont la relation et la communication.

En médecine, il existe plusieurs types de communication qu'il est important de distinguer : les communications des institutions aux médecins, « verticales » ; la communication entre professionnels de santé, « horizontale » ; et enfin la communication entre médecin et patient, « circulaire ». Nous nous intéresserons ici à cette dernière.

Dans le modèle classique de la communication (Figure 2), il y a une dualité entre un émetteur et un récepteur : l'émetteur délivre une information préalablement encodée et transmise d'une certaine manière (le « Médium » de Shannon et Weaver ^[6]), que le récepteur décode en fonction de son « Médium » avant de répondre par « feedback », les rôles sont alors inversés.

Figure 2. Modèle de la communication interactionniste selon Shannon et Weaver



Cette vision habituelle est juste mais incomplète. En effet, la communication est davantage de type « holistique », c'est à dire qu'elle fait intervenir la totalité de l'individu (sa communication verbale, para-verbale et non-verbale) ainsi que la potentielle influence environnementale. Pour citer Bernard Werber : « *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.* » ^[7]

On comprend donc mieux la définition, citée en introduction, qui décrit la communication comme un lien d'influence réciproque ou d'interdépendance.

1.3. Des effets thérapeutiques

D'après les explications précédentes, on comprend qu'améliorer sa communication c'est améliorer la façon d'encoder le message et de le délivrer, mais également de le recevoir et de le décoder.

Dans le milieu médical, on peut facilement en déduire que le message délivré par le médecin sera plus adapté dans son fond et dans sa forme, donc mieux interprété. L'information délivrée est donc plus « loyale, claire et appropriée » permettant plus facilement au patient de donner son « *consentement éclairé* ». La plainte sera quant à elle correctement comprise dans son contenu et dans sa façon d'être émise.

Dans son rapport de 1993 ^[8], l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous rappelle que cela amène une meilleure adhésion aux soins et une plus grande implication dans la prise de décision de la part du patient qui comprend mieux la prise en charge. Cette dernière, proposée par un praticien ayant mieux saisi les besoins de son patient, devient également plus globale et mieux adaptée. L'efficacité des soins en ressort améliorée ^[9-34].

D'autre part, lorsque le médecin est dans son rôle de récepteur, il reçoit et interprète mieux les messages de son patient (en passant par une écoute attentive et un respect du temps de parole). Cette meilleure interprétation est à l'origine d'une compréhension adéquate et donc d'une perception plus adaptée du patient ^[19, 35]. On oublie les *a priori* pour laisser place au respect et au non-jugement. Nos comportements, non-verbal et para-verbal, en sont modifiés, ce qui est perçu par le patient de manière positive : c'est « *l'approche centrée patient* » ^[34].

Pour citer de nouveau Balint, on améliore « *l'investissement mutuel* » et donc la relation entre le médecin et son patient (meilleure connaissance mutuelle, donc confiance plus grande, relation plus durable, etc.).

Par ailleurs, on sait que l'effet placebo découle activement de la croyance du patient dans l'efficacité propre d'une substance ^[36], mais aussi et surtout de sa relation avec le médecin qui la lui prescrit. On peut donc aisément supposer que l'effet sera amélioré par une meilleure communication de la part du médecin : c'est « *l'effet médecin* » ^[34, 37].

2. VERS UN MEILLEUR ENSEIGNEMENT DE LA COMMUNICATION THERAPEUTIQUE

2.1. Etat actuel de l'enseignement de la relation médecin-patient

A l'heure actuelle, dans les facultés de médecine françaises, la relation médecin-patient et la communication sont encore peu enseignées.

En effet, au niveau national, la relation médecin-malade est abordée en première année de médecine lors de certaines conférences de sciences humaines et sociale. Par exemple, à la faculté de médecine Lyon Sud sur l'année universitaire 2014-2015, les étudiants en Première Année Commune des Etudes de Santé recevaient 1h30 de formation sur la question « Peut-on apprendre à parler aux malades? » ; 1h30 sur la législation sur le droit du malade ; et 30 minutes sur « le compagnonnage en santé »^[38].

Ces notions sont également traitées dans le programme des épreuves nationales classantes. Elles sont cependant abordées de manière très spécifique. Une seule question d'internat aborde ces thèmes sur les 362 qui composent le programme^[39] :

« Unité d'enseignement 1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle

Question N°1 : La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri-professionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.

- *Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.*
- *Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.*
- *Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.*

- *Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.*
- *Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (voir item 321). »*

Par ailleurs, cet enseignement est très dépendant de la faculté qui le traite. Seules quelques facultés ont mis en place des formations basés sur des jeux de rôle pour faire prendre conscience aux étudiants des difficultés relationnelles qui peuvent exister ^[40-53] (par exemple, des jeux de rôle d'annonce de maladie grave sont organisés en quatrième année des études de médecine à la faculté de Montpellier ; des cours informatifs mis en place à la faculté de Rouen).

Les facultés de médecine Lyonnaises, dans le cursus du Diplôme d'Etudes Supérieures de Médecine Générale, proposent aux jeunes internes un séminaire obligatoire « Approche centrée sur le patient », et un facultatif « Relation Médecin-Malade ». Ils s'attachent à apprendre à gérer des situations difficiles et abordent des notions générales de la relation. La notion de communication avec ses techniques spécifiques n'est pas traitée.

On remarque donc des lacunes dans l'apprentissage de la communication dans les facultés de médecine en France.

2.2. La communication peut s'apprendre

On pense bien souvent que la façon de communiquer est innée ^[33, 54, 55]. Certains individus seraient doués pour bien parler, d'autres non. De cela découle un sentiment de résignation et les efforts allant dans ce sens sont rarement faits.

Cependant, on sait aujourd'hui que la communication peut et doit s'enseigner [8, 18, 33, 34, 40, 41, 56-65]. C'est ce que nous rappellent l'OMS dans son rapport de 1993 et l'Académie Nationale de Médecine dans son bulletin de décembre 2006. L'Académie Suisse des Sciences Médicales, les Australiens, les Anglo-Saxons (Etats-Unis et Royaume-Uni), les Chinois et les Canadiens avec le « consensus de Toronto » vont également dans ce sens.

La Société Internationale Francophone des Etudes Médicales (SIFEM) a déposé en 2007 le rapport du « Groupe de Travail sur l'Enseignement de la Communication Professionnelle Médecin-Patient » [18, 66] qui rappelle cette nécessité de se former à la communication et décrit les 6 étapes nécessaires à son enseignement :

- « 1) le recours à un référentiel spécifique (établi à partir des résultats de la recherche et identifiant clairement les apprentissages à acquérir) utilisé comme facteur de structure et de cohérence de l'enseignement tout au long du cursus ;*
- 2) une pratique répétée des nouveaux apprentissages, incluant une rétroaction (feed-back) immédiate et spécifique sur la performance, ceci afin de favoriser l'amélioration, la consolidation et l'internalisation des acquis ;*
- 3) un cursus de formation cohérent et longitudinal s'étendant du début des études médicales initiales aux années de résidanat (quelle que soit la discipline clinique) et influençant la formation médicale continue ;*
- 4) la mise en place d'un processus formel d'évaluation de l'acquisition par les apprenants des compétences visées ;*
- 5) des activités de « découverte de soi », afin que les médecins soient plus conscients des valeurs, croyances et émotions qui influencent leurs comportements pendant une entrevue ;*
- 6) le côtoiement, par les apprenants, de cliniciens qui soient des modèles de rôle explicites d'une communication médecin-patient de qualité, cohérente avec les enseignements reçus. »*

Par ailleurs, des formations à la communication ont déjà été mises en place de manière efficace dans des facultés françaises [40-42, 44], chinoises [62] et anglo-saxonnes (Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada) [43, 45-53, 59, 61]. L'enseignement a permis une amélioration de cette compétence, qui est fondamentale en médecine générale [8, 36, 56, 67-70].

Des études rapportent également un intérêt économique à l'instauration d'une formation par les universités (faible coût de mise en place pour d'importants bénéfices en terme de santé et donc en terme d'économie de la santé) [8, 9, 30, 71].

2.3. Un souhait d'amélioration

Une étude récente réalisée par la Fondation MACSF rappelle que 92% des patients et des soignants interrogés estiment nécessaire une formation des médecins à la communication [72].

Les patients, mécontents des qualités relationnelles des médecins [29, 34, 73-79], sont demandeurs d'une formation des professionnels de santé à la communication [77, 80]. En effet, pour plus de 2/3 d'entre eux, un médecin idéal possède de bonnes qualités relationnelles (à l'écoute et qui explique en termes clairs) [81, 82]. Cette idée se retrouve lorsque l'on s'intéresse aux raisons qui font qu'un patient change de médecin traitant [81-83] (le manque d'écoute est cité parmi les 3 principales raisons, avec une mauvaise communication).

Ces carences dans la relation ont pu être identifiées [56-58, 63, 79, 84-86] et classées en 2 catégories :

- les carences hors d'atteinte d'une quelconque formation : asymétrie de la relation soignant-soigné, personnalité de chaque individu, hypertechnicité de la médecine moderne ;
- les carences qui peuvent être comblées grâce à un enseignement adéquat : manque d'écoute et de respect du temps de parole, influence des médias, manque de temps, manque de maîtrise des compétences.

Par ailleurs, il a été démontré que la satisfaction des patients est meilleure lorsque le médecin est formé à la communication [8, 14-16, 30, 33-35, 43, 58].

Ce souhait d'amélioration des compétences relationnelles émane aussi des professionnels de santé eux-mêmes [64, 79, 87], et surtout de la part des étudiants [36, 45, 86-88], quel que soit leur niveau dans le cursus (externes, comme internes).

3. PLACE DE L'HYPNOSE MEDICALE

Il existe différentes manières d'aborder la communication en médecine, de nombreuses pratiques ont été éprouvées, dont l'hypnose médicale.

3.1. Une pratique reconnue

3.1.1. Une brève histoire de l'hypnose

Cette partie a été rédigée en prenant inspiration dans 3 ouvrages de référence sur l'hypnose : *L'hypnose médicale* de Jean-Marc Benhaiem et al. ^[89], *Soigner par l'hypnose* de Gérard Salem et Eric Bonvin ^[90], et *Hypnose et Suggestion* de Léon Chertok ^[91].

3.1.1.1. Les origines de la thérapie par la parole et de la transe

Nos ancêtres avaient vite remarqué que les soins ne pouvaient se dissocier de la relation avec le patient. Des traces de pratiques utilisant la parole pour guérir ont été retrouvées sur des tablettes sumériennes (Mésopotamie) datées de 6000 ans. Les pouvoirs de guérison étaient attribués aux détenteurs du pouvoir divin.

Les égyptiens du III^{ème} siècle avant notre ère utilisaient invocations, regards, mots, gestes pour soigner. Ces thérapies étaient pratiquées par les prêtres des « temples du sommeil ».

Plus proches, dans la Grèce Antique, Antiphon avait la réputation de soigner par la parole, Socrate était familier de la rhétorique, Aristote utilisait une forme de transe par la marche, les prêtres d'Esculape avaient aussi le pouvoir de guérir par la prière.

En France, les rois chrétiens pouvaient soigner les maladies par le simple fait de toucher leurs sujets. Le plus connu de ces « rois guérisseurs » était le roi Louis IX, Saint Louis, qui s'asseyait sous un chêne à Vincennes pour prodiguer ses « soins ».

Enfin, dans le reste du monde, les chamans et guérisseurs utilisaient, et utilisent encore, la transe pour communiquer avec les dieux dans un but thérapeutique.

3.1.1.2. De Paracelse au magnétisme

L'alchimiste suisse Paracelse propose en 1529 une théorie fluidique pour expliquer les maux. Selon lui, le corps serait parcouru de fluides magnétiques universels, les « magnés », influencés par les planètes et circulant entre les hommes. Certaines personnes ayant des dons pourraient rétablir la circulation des fluides d'une personne à l'autre pour guérir une maladie.

Le médecin autrichien Franz Anton Mesmer (1734-1815) reprend cette idée dans sa thèse *De influxu planetarum in corpus humanum* : c'est la théorie du magnétisme animal. Il cherche à étudier scientifiquement un phénomène jusqu'alors réservé à la sorcellerie et à la magie. Selon lui, le corps humain serait soumis à l'influence des astres et baignerait dans un fluide magnétique universel qui permettrait, via les sens, aux êtres (les animaux) de s'influencer mutuellement. La maladie découlerait alors d'une mauvaise répartition de ces fluides dans les organes.

Pour arriver à la guérison, Mesmer utilise des aimants, placés en des points stratégiques, qui permettent de déclencher des convulsions appelées « crises salvatrices ». Il s'aperçoit rapidement que ces crises peuvent être obtenues sans passer par l'intermédiaire d'aimants. Le thérapeute seul semble pouvoir déclencher l'action curative. Mesmer développe alors des techniques de thérapie magnétique par contacts tactiles, passes, mises en scène, etc. Le pouvoir ne réside alors plus dans le maniement d'un agent extérieur, divin ou astral, mais dans une force qui appartient au thérapeute et qui naît de sa relation avec le patient.

3.1.1.3. L'avènement de l'hypnotisme

Jusqu'à présent, la croyance était dans un pouvoir détenu par un thérapeute qui maîtrise un fluide universel.

L'abbé Faria (1756-1815), moine portugais vivant à Paris, refuse cette idée. Selon lui, tout réside dans l'esprit du sujet. Il met au point une nouvelle technique de déclenchement de transe en montrant que les passes magnétiques sont inutiles mais que les suggestions sont importantes. Pour induire ce qu'il appelle le « sommeil lucide » (en opposition au sommeil ordinaire), Faria place sa main au-dessus du visage du patient en lui demandant de la regarder fixement, puis lui communique une suggestion verbale péremptoire : « Dormez ! ».

Reprenant les idées de Faria, le chirurgien écossais James Braid (1795-1860) développera en 1841 ce qu'il nomme la « théorie psycho-neurophysiologique ». Pour lui, la transe est induite par fixation d'un objet brillant, ce qui entraîne une stimulation rétinienne intense permettant un « sommeil nerveux », ou fatigue psychologique, qu'il appelle d'abord « neurohypnotisme » puis « hypnotisme ». Au fur et à mesure de ses recherches, il reviendra sur cette notion de fatigue psychologique pour lui préférer celle de concentration mentale soutenue. Il décrit aussi la possibilité d'un individu à s'hypnotiser seul.

Les travaux de Braid ont permis également de décrire une modification du tonus musculaire en état « d'hypnotisme » associée à un effet antalgique ou anesthésiant. Ces résultats ont été repris en vue de pratiquer des opérations sous hypnose. C'est le cas de Braid lui-même, mais surtout d'un de ses contemporains, le chirurgien écossais James Esdaile (1805-1859), qui pratiqua plus de 300 interventions de cette manière (amputations de membres, ablation de tumeurs, etc.). L'arrivée des anesthésies au chloroforme et à l'éther entraîne le déclin progressif de cette pratique.

3.1.1.4. L'hypnose comme thérapie

Cependant l'hypnotisme de Braid ne disparaît pas totalement. Ambroise-Auguste Liébault (1825-1904), médecin de formation, est tant séduit par les idées de Braid qu'il renonce à son titre de docteur pour devenir guérisseur par l'hypnose. Il prend conscience que l'état d'hypnose est induit par la suggestion verbale et travaille sa propre technique : fixation du regard accompagnée de suggestions d'endormissement (besoin de dormir, paupières lourdes...). Hippolyte Bernheim (1840-1919), professeur réputé de la faculté de Nancy, s'intéresse aux travaux de Liébault. Selon lui, l'hypnose est un état naturel et induit uniquement par la suggestion. « *C'est la suggestion qui domine la plupart des manifestations de l'hypnose : les prétendus phénomènes physiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques. C'est l'idée conçue par l'opérateur qui, saisie par l'hypnotisé et acceptée par son cerveau, réalise le phénomène, à la faveur d'une suggestibilité exaltée* » peut-on lire dans l'avant-propos de son livre *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Il parle de « loi de l'idéo-dynamisme » selon laquelle une idée entraîne une réaction neuronale transmise aux organes. Progressivement, Bernheim et Liébault vont laisser de côté l'hypnotisme qui, selon eux, n'est finalement qu'une manifestation de la suggestibilité de chacun.

En parallèle, à Paris, le célèbre neurologue Jean Martin Charcot (1825-1893) va à l'encontre des idées soutenues par l'école de Nancy. Pour lui, l'hypnose est un symptôme de l'hystérie. Cette pathologie évolue sous la forme de crises en 3 phases : léthargie, catalepsie et somnambulisme. Charcot montra qu'il pouvait induire ou supprimer les symptômes de conversion hystérique par simple suggestion en état d'hypnose. Autrement dit, la suggestibilité de Bernheim n'est pour lui qu'un trait caractéristique des patients hystériques.

Ayant suivi les enseignements des 2 écoles, Sigmund Freud (1856-1939) travailla aussi sur l'hystérie. Il mit au point avec son confrère et ami Joseph Breuer (1842-1925) une technique thérapeutique fondée sur la réactivation d'expériences éprouvantes par l'hypnose. En effet pour eux, l'hystérie provenait du refoulement inconscient d'événements traumatiques passés. Cependant, Freud se sentait mis en échec par l'hypnose car les techniques qu'il employait s'avéraient inefficaces avec certains patients. De plus, il restait insatisfait par l'hypnose qui s'attachait simplement à soulager les symptômes mais sans comprendre l'origine des troubles. Enfin, suite à une expérience difficile avec une patiente, qui après une séance se jeta sur lui en l'embrassant, Freud renonça définitivement à l'hypnose et fonda sa théorie psychanalytique.

A la suite de la mort de Charcot, du fait de la notoriété de Freud et de l'oubli de l'hypnotisme au profit de la suggestibilité par l'école de Nancy, l'hypnose subit un déclin progressif.

3.1.1.5. La naissance de l'hypnose moderne

Bien que l'utilisation clinique de l'hypnose ait progressivement diminué, la recherche s'est poursuivie dans différents pays.

C'est le cas en Union Soviétique entre 1922 et 1960 avec les travaux de Pavlov sur les réflexes conditionnés. Selon lui, l'hypnose a des bases physiologiques et peut donc permettre d'agir sur les fonctions vitales (digestion, fréquence cardiaque, tension artérielle, respiration...).

Au début du XXème siècle, aux Etats-Unis, le psychiatre Milton Erickson (1901-1980) prend conscience de l'importance de notions inhérentes à une bonne relation médecin-patient : le contexte, la communication verbale, para-verbale et non-verbale. Il va alors radicalement changer les mentalités. L'inconscient n'est pas, selon lui, un lieu de refoulement d'idées mais une boîte à outils remplie de ressources non soupçonnées, mobilisables à souhait. C'est avec ce nouveau mode de pensée qu'il met en place une forme de thérapie basée sur le compagnonnage du patient avec des suggestions permissives et non plus directives et autoritaires. La communication devient un outil thérapeutique à partir duquel Erickson élabore tout un panel de techniques adaptées à chaque situation.

En France, Léon Chertok, psychiatre et psychanalyste, montre, à la suite des travaux d'Erickson, que tout le monde est hypnotisable, à des degrés divers. Il fera beaucoup de recherches et s'accompagnera pour cela de chercheurs, sociologues, et philosophes comme François Roustang. Avec lui s'ouvre l'ère moderne de la recherche en hypnose.

3.1.2. Comment fonctionne l'hypnose ?

Aujourd'hui, elle a fait ses preuves et est analysée d'un point de vue scientifique. Depuis le 5 mars 2013, cette pratique est reconnue par l'Académie Nationale de Médecine comme « *thérapie complémentaire qui présente un réel intérêt thérapeutique et qui fait l'objet de tentative d'évaluation méthodologiquement acceptable.* » ^[92]

L'hypnose médicale porte un nom mal adapté car trop souvent associé à la notion de sommeil, et à la notion de perte de contrôle que l'on voit avec l'hypnose de spectacle. Or, l'état dans lequel se trouvent les patients pratiquant l'hypnose se décrit plutôt comme un état de conscience modifié. Pour expliquer ce phénomène particulier que sont les états de conscience, reprenons la métaphore utilisée par Anne Chervet, neuropsychologue praticienne en hypnose, lors de sa conférence à l'événement dédié à la santé du futur S3Odéon du 12 septembre 2015 ^[93]. Le cerveau peut être comparé à un orchestre symphonique, chaque groupe d'instruments représentant une fonction particulière (les cordes, les vents, les percussions, etc. pour la motricité, la sensibilité, la vision, etc.). Lors de l'éveil, cet orchestre, mené d'une certaine manière, joue une certaine partition. En état d'hypnose, ce même orchestre est tout simplement dirigé d'une autre manière afin de jouer une autre partition.

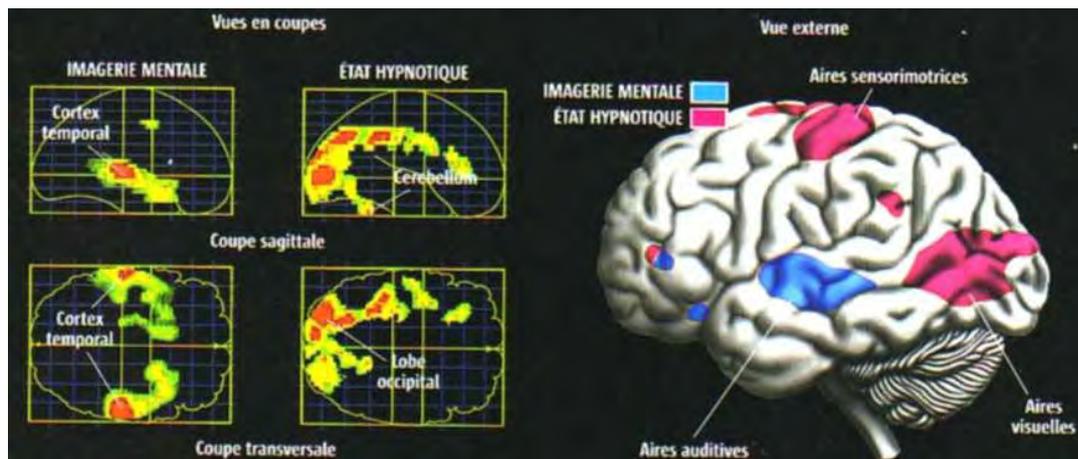
Cet état d'hypnose est principalement induit par une focalisation de l'attention du sujet sur un sens spécifique. Par exemple une focalisation visuelle peut se faire en fixant un point sur un mur, la main du thérapeute comme faisait Mesmer ou un pendule en mouvement pour faire référence aux techniques de Braid. Au niveau auditif on peut s'aider d'un son, de musique, ou tout simplement de la voix du médecin. Pour le toucher, on peut attirer notre attention sur une zone particulière de notre corps, etc.

Il s'agit d'un état physiologique que tout le monde connaît et maîtrise plus ou moins. Roustang parlait de « *veille paradoxale* » en référence et en opposition au sommeil paradoxal ^[94]. Il entendait par là qu'il ne s'agissait pas de sommeil, mais d'un état d'hyperactivité cérébrale associée à une immobilité du corps. Les neurosciences lui ont donné raison.

3.1.2.1. Le fonctionnement du cerveau en hypnose

Bien que le corps soit immobile, les équipes de neuroscience belges de M.E. Faymonville et S. Laureys ^[95] ont montré que la remémoration d'un souvenir en hypnose était une activité beaucoup plus intense qu'en état d'éveil classique (Figure 3).

Figure 3. Comparaison de l'activité cérébrale lors de la remémoration d'un souvenir agréable, en imagerie mentale (veille classique) et sous hypnose



Sur cette image, il est intéressant de remarquer la différence d'activation des aires cérébrales en fonction du mode de remémoration du souvenir. Sur les vues en coupes, plus l'activité neuronale est intense, plus la couleur tire vers le rouge, moins elle est forte plus la couleur est verte.

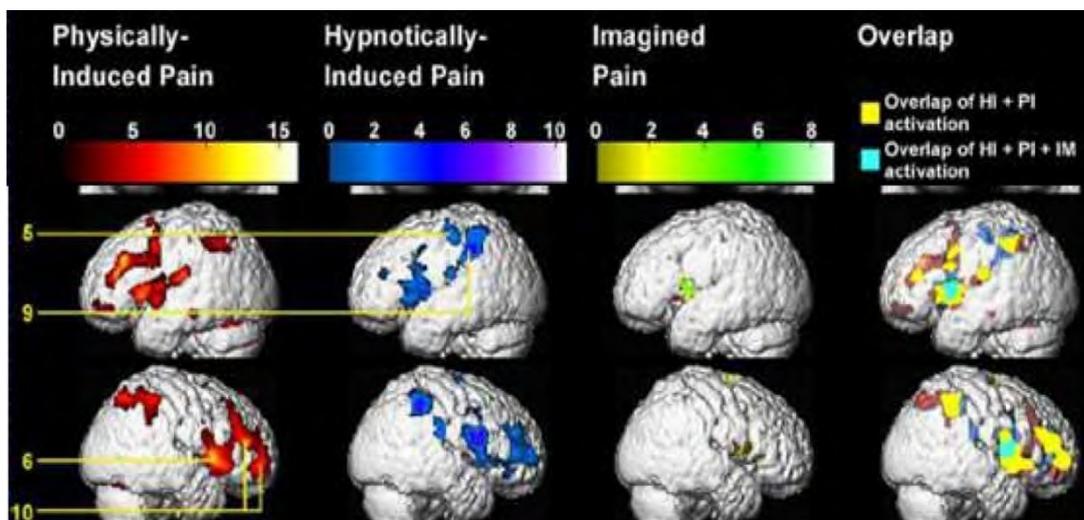
L'imagerie mentale correspond à la remémoration d'un souvenir en état de veille classique (par exemple lorsque l'on ferme les yeux et que l'on se remémore nos dernières vacances à la mer). Dans cet état, la remémoration active préférentiellement des zones cérébrales au niveau du cortex temporal (en bleu sur la vue externe) qui correspondent aux aires de l'audition.

En revanche, en état hypnotique, les zones cérébrales activées lors de la remémoration d'un souvenir agréable sont toutes autres, et plus nombreuses (en rose sur la vue externe). Il s'agit du lobe occipital, correspondant aux aires visuelles, des aires sensorimotrices du cortex préfrontal et de certaines parties du cervelet. Ces zones sont également celles qui s'activent lors d'une action réelle, d'où la conclusion de l'équipe belge : « *On voit, on sent et on bouge tout en restant immobile.* »

Cette activité cérébrale intense en hypnose a également été décrite par une étude de P. Maquet et M.E. Faymonville ^[96], et une autre de P. Rainville ^[97], dont les résultats se rapprochent de ceux précédemment cités. Dans ces travaux, les zones cérébrales activées pendant l'état hypnotique étaient les cortex occipitaux droit et gauche (« *on voit* »), pariétal et préfrontal ventrolatéral gauches (« *on sent* »), prémoteur et précentral gauches (« *et on bouge* »), le cortex cingulaire antérieur (qui correspond à la composante émotionnelle/affective de la sensation), le thalamus et le tronc cérébral pontomésencéphalique.

Une étude anglaise, menée par l'équipe de S. Derbyshire, a permis de comparer les réponses cérébrales d'une douleur physique, suggérée en état hypnose et simplement imaginée en état de veille ^[98]. Les résultats sont troublants (Figure 4).

Figure 4. Comparaison de la réponse cérébrale d'une douleur imaginée, physiquement induite ou induite en état d'hypnose



L'activité neuronale est mesurée ici en fonction du flux sanguin perçu en IRM fonctionnelle.

La première information que l'on peut lire sur cette figure est l'activation des zones cérébrales en fonction du mode de stimulation. Celles-ci sont représentées par l'étendue des plages de couleur : rouge pour la douleur physique, bleu pour la douleur induite en état d'hypnose et vert pour la douleur imaginée.

Ensuite, au sein de ces zones, l'intensité de l'activité neuronale est représentée par un gradient de couleur allant du plus sombre pour les zones les moins actives au plus clair pour les zones d'activité intense.

Enfin, la 4ème colonne (« Overlap ») représente la superposition des précédents résultats. Les zones similaires entre douleur physique et en hypnose y sont surlignées en jaune, les zones retrouvées dans les 3 états le sont en cyan.

Cette figure permet donc de remarquer premièrement l'étendue des zones cérébrales en activité lors d'une douleur physique et induite en état d'hypnose (donc simplement suggérée verbalement), en comparaison avec la très faible activité lors d'une douleur imaginée. En termes d'intensité, il est logique de constater que seule la douleur induite physiquement présente des gradients poussés d'activité neuronale.

Deuxièmement, lorsque l'on compare les zones cérébrales en activité, il est frappant de remarquer la similitude entre les zones de la douleur physique et celles de la douleur induite en état d'hypnose.

Certaines situations vécues dans notre quotidien nous placent naturellement dans un état similaire et qui permet d'appréhender ce que l'on peut ressentir : lorsque nous lisons un livre avec attention et que l'on entend les dialogues des personnages, lorsque l'on regarde un film avec passion et que l'on peut ressentir et partager les émotions des protagonistes, lorsque l'on conduit et que l'on se rend compte à un moment donné que l'on ne se rappelle plus exactement par où on est passé... Ces situations illustrent bien la conservation d'une conscience de l'environnement extérieur tout en se permettant de laisser de côté certaines informations jugées moins utiles.

Pour en venir à l'intérêt de cette pratique dans le milieu médical, on peut également déduire que l'état de maladie agit sur le patient à la manière d'une focalisation d'attention. Lorsque l'on se casse un membre, bien que le reste du corps ne soit pas algique, la seule zone qui a de l'importance à nos yeux est celle qui est douloureuse. Lorsque l'on a des acouphènes, ils reviennent toujours entre deux discussions. L'état pathologique peut être comparé à une forme de transe, état qui est renforcé par l'asymétrie de la relation entre un patient en position d'attente et un médecin en position de savoir.

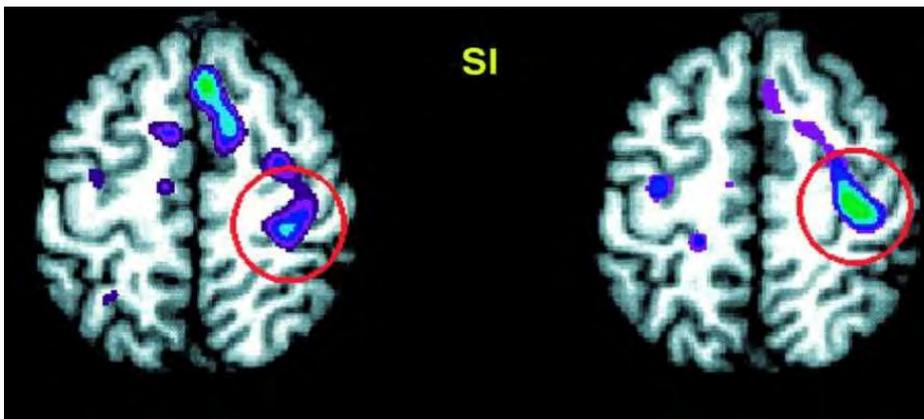
3.1.2.2. La suggestibilité en hypnose.

Cette transe hypnotique entraîne chez le sujet une majoration de la susceptibilité aux suggestions qui sont plus facilement acceptées car moins « intellectualisées ». Il est cependant heureusement impossible d'aller à l'encontre des valeurs profondes de la personne ni de lui porter atteinte de quelque manière car la conscience est conservée, ce qui distingue clairement cet état de celui de sommeil.

C'est ce qu'a démontré l'équipe du psychologue américain S. Kosslyn ^[99]. Ces derniers se sont intéressés à la modulation de la vision des couleurs sous hypnose, avec un contrôle en imagerie fonctionnel. Un sujet en conscience ordinaire regarde un panneau coloré, les zones cérébrales des couleurs situées au niveau du cortex occipital s'activent. Si on lui suggère que les couleurs n'ont plus d'importance et que le panneau est gris, les zones activées restent activées. En revanche, lorsque l'on fait la même suggestion au sujet sous hypnose, les zones cérébrales initialement actives se désactivent. Le sujet en hypnose voit le panneau coloré en nuances de gris avec une simple suggestion.

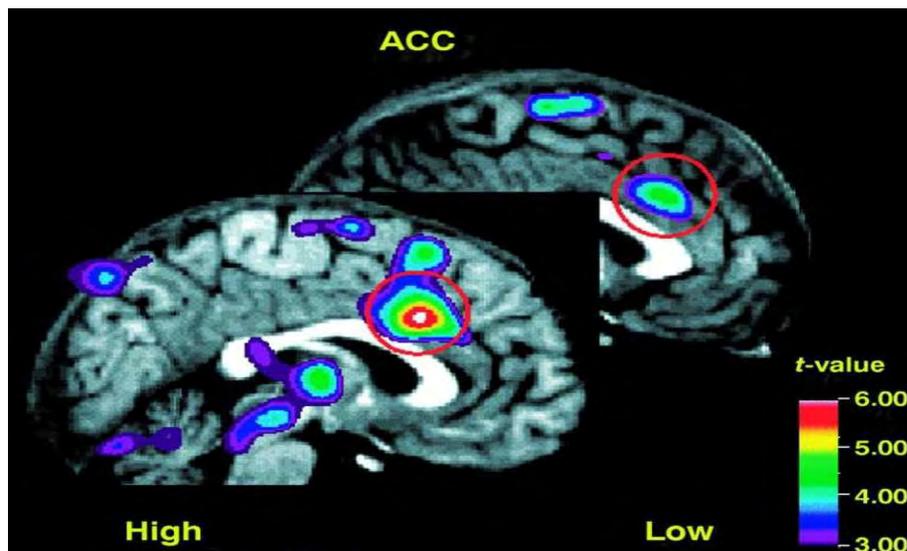
En allant encore un peu plus loin, l'équipe québécoise de P. Rainville a fait des recherches sur la modulation de la perception de la douleur ^[100]. Un sujet en hypnose a la main plongée dans une eau à 47°C. On note une activité cérébrale intense. On lui suggère dans un premier temps que l'intensité de la sensation peut être modulée (on cherche à moduler la composante sensorielle de la douleur). On se rend compte que l'activité cérébrale du cortex somato-sensoriel primaire S1 se modifie en fonction de la suggestion (Figure 5).

Figure 5. Modulation de l'intensité de la douleur



Dans un second temps, on fait des suggestions d'amélioration du confort (on cherche à diminuer la composante affective de la douleur). On remarque alors une diminution de l'activité du cortex cingulaire antérieur (Figure 6).

Figure 6. Modulation de la composante affective de la douleur



3.2. Hypnose médicale, son principal outil : des techniques de communication

L'hypnose médicale est une thérapie basée sur la communication. Tout le travail se fait sans avoir, ou quasiment jamais, à toucher le patient, et dans tous les cas sans intermédiaire chimique. C'est une thérapie par la parole d'un point de vue global, incluant verbal, para-verbal et non-verbal.

En dehors de son utilisation formelle, l'hypnose médicale offre des outils de communication.

3.2.1. L'écoute attentive

Le médecin respecte le temps de parole du patient tout en faisant attention aux mots employés. Il fait également des remarques et pose des questions ouvertes au patient pour lui permettre d'aller plus loin dans sa réflexion.

Il s'agit également de savoir respecter des silences. En effet, cela a montré son intérêt sur le ressenti qu'ont les patients sur la consultation ^[78, 79].

La ratification fait aussi partie de cet outil. Cette technique consiste à faire remarquer au patient que l'on a pris note de ce qui a été dit ou fait. Cela permet de renforcer le sentiment de compréhension que l'on veut faire ressentir au patient.

3.2.2. L'observation

Une attention particulière est portée sur le comportement non verbal du patient. Milton Erickson disait que le médecin hypnotiste (en opposition à hypnotiseur faisant référence plus à l'hypnose de spectacle) devrait respecter « *la règle des 3 'O' : Observer, Observer et Observer* ».

Un message serait composé en grande majorité d'informations non verbales (55% non verbal, 38% para-verbal, 7% verbal selon A. Mehrabian ^[101]). Observer attentivement le patient permettrait donc de comprendre plus de nuances que le simple fait d'écouter.

3.2.3. Le « *mirroring* »

Il s'agit de l'emploi des mêmes mots, mêmes intonations, mêmes gestes, que ceux du patient, ou encore le fait d'avoir une respiration synchronisée, etc.

Ce terme provient d'une découverte faite par G. Rizzolati, les neurones miroirs, situés au niveau du cortex prémoteur, et qui permettent une reconnaissance et une appropriation de ce qui nous ressemble ^[102]. Ce sont eux qui font que l'on va s'asseoir à côté d'une personne plutôt que d'une autre dans le métro, que l'on va bailler lorsque l'on voit quelqu'un bailler...

Cette notion de neurones miroirs sous-tend la technique dite de « *pacing and leading* ». Il s'agit de la façon d'utiliser ces neurones spécifiques à bon escient. La traduction française pourrait être « se laisser diriger pour diriger ». Cette pratique consiste à évoluer en miroir du patient (mots employés, respiration, posture...) afin de créer une osmose entre lui et nous (le « *pacing* »). Puis une fois l'harmonie instaurée, il s'agit d'amener le patient où l'on veut l'amener (« *leading* »).

Cette pratique est particulièrement efficace lors d'une crise d'angoisse d'un patient. Le patient hyperventile. Tout en essayant de le calmer verbalement, si nous hyperventilons à son rythme puis progressivement ralentissons notre respiration, le patient se sentira progressivement apaisé et ralentira d'autant sa fréquence respiratoire. C'est ce qu'Anne Chervet nomme « la synchronisation » dans son intervention à la conférence S3Odéon ^[93].

3.2.4. La reformulation

Cette technique consiste à restituer le message reçu de la part du patient avec d'autres termes afin de s'assurer de notre bonne compréhension.

Voici un exemple de reformulation :

Le patient dit « *Je ne sais plus quoi faire pour ne plus avoir mal, j'ai tout essayé.* » Le thérapeute répond « *Si je comprends bien, malgré vos efforts, vous n'êtes pas suffisamment soulagé ?* »

3.2.5. Le recadrage

Il s'agit de redonner un cadre au patient, c'est-à-dire lui proposer un nouveau schéma de pensée, « *redéfinir un problème, un comportement ou une attente* » pour citer S. Auclair ^[103].

Un bel exemple de recadrage, extrême mais poétique, est celui du film *La vie est belle* de R. Benigni dans lequel un père, afin de le protéger de la souffrance de la vie dans un camp de concentration, fait croire à son fils qu'il s'agit d'un jeu. Il lui offre un nouveau cadre de pensée.

Dans notre quotidien, les recadrages ont rarement nécessité d'être aussi poussés et se résument plus souvent à la nuance qu'il existe entre un « *c'est mauvais* » et un « *je n'aime pas* ». Dans cet exemple simple, les termes sont pourtant riches en sens. On passe d'un état de fait « absolu », « immuable », à un « jugement de valeur » qui devient alors un élément relatif et donc potentiellement évolutif. De plus, au niveau du vocabulaire employé, on passe de la sémantique du mal à celle de l'appréciation qui se révèle, comme nous le verrons plus loin, bien plus constructive.

3.2.6. La suggestion

De plusieurs types (suggestions directes, indirectes, ouvertes, négatives paradoxales, etc.), elles sont la base du travail thérapeutique en hypnose. Elles consistent à inspirer une idée ou une pensée, en laissant au patient la capacité de l'accepter ou non (exemple de suggestion directe : « *Asseyez-vous* » ; exemple de suggestion indirecte : « *Je vous écoute* » ou « *Je me demande ce qui vous amène* » ; exemple de suggestion négative paradoxale : « *Ne cherchez pas à vous détendre tout de suite* »).

3.2.7. La métaphore

Forme particulière de suggestion, elle est aussi un des outils principaux de l'hypnose. Il s'agit d'idées sous la forme d'une histoire, d'un conte ou d'une image permettant une comparaison à la réalité, et donc plus facilement intégrée (exemple de métaphore : « *Qu'est-ce qui pourrait permettre d'éteindre le feu de cette sensation de brûlure que vous décrivez ?* » ou « *ça me fait comme une boule dans la gorge* »).

Il a été démontré que l'emploi de métaphores améliore le raisonnement face un problème posé, favorise la recherche de solutions, et améliore le jugement quant à la qualité de la réponse apportée ^[104].

3.2.8. Le lexique « mobilisateur », agréable et phrases affirmatives

Les mots « mobilisateurs » sont des termes du champ lexical de la construction, du déplacement, du changement (exemple de lexique mobilisateur : « *Continuez sur cette voie et vous avancerez vers la guérison* »). Ils sont intrinsèquement des métaphores du changement. Une étude a montré que le vocabulaire portant un sens directionnel influence les mouvements du corps ^[105].

L'emploi du champ lexical de l'agréable est également important. On sait maintenant que parler de douleur c'est activer les circuits neuronaux de la douleur ^[106, 107]. On pense donc *a contrario* que parler de plaisir active les circuits du plaisir : en effet, par activation des systèmes opioïdes et cannabinoïdes, une douleur est mieux tolérée si sa signification est positive ^[108] (par exemple une douleur post-opératoire est bénéfique car signifie la mise en place de processus de guérison). Jean Becchio a pour habitude de donner approximativement l'exemple suivant pendant ses formations à l'hypnose : au lieu de dire « *je vais vous faire cette piqûre, ne vous inquiétez pas, cela ne fera pas mal et ne durera pas longtemps* », il est préférable d'employer ces termes « *je vais vous faire ce soin que vous connaissez bien et qui a pour but de vous aider à guérir, rassurez-vous, ce sera rapide* ».

Il est souvent rappelé que le cerveau « n'entend pas la négation ». Cela sous-tend en réalité que pour intégrer une phrase négative, le cerveau est obligé de créer l'idée à soustraire avant de la faire disparaître (exemple pris fréquemment par le Dr Nicklès lors de ses séminaires : « *ne pensez pas à un éléphant rose* », nous imaginons d'abord le pachyderme en question avant de pouvoir le nier). Ainsi il est important d'utiliser préférentiellement une forme affirmative de langage, sauf dans le cas d'une suggestion négative paradoxale (« *ne cherchez pas à vous détendre* » par exemple).

3.3.Des médecins formés à l'hypnose : une meilleure communication avec le patient

Nous venons donc de voir que l'hypnose, qui s'appuie sur des techniques de communication « classiques », a un impact aujourd'hui démontré sur notre cerveau. Cette action permet d'obtenir des réponses impressionnantes, voire spectaculaires, dans le cadre de la recherche. Mais qu'en est-il de son utilité en pratique courante de médecine générale ? Comment cette pratique peut-elle avoir une influence dans nos soins quotidiens ?

Des étudiants en médecine se sont posé ces questions et en ont fait leur sujet de thèse. Il ressort de ces études que la pratique de l'hypnose par les médecins généralistes améliore la communication du médecin avec son patient, la confiance et l'écoute mutuelle ^[42, 109-113].

Il semblerait également que l'hypnose médicale améliore l'efficacité thérapeutique de la communication entre médecin et patient ^[109, 112].

Enfin le point de vue des patients a également été évalué ^[110, 112], et ceux-ci se sentent plus épanouis et mieux compris.

4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

4.1. Justification de l'étude

Comme nous l'avons vu, l'enseignement de la communication améliore la relation thérapeutique et donc l'efficacité des soins prodigués. Par ailleurs, l'hypnose apporte des outils qui permettent une meilleure communication avec un support neuroscientifique validé.

La faculté de médecine de Montpellier-Nîmes propose à ses étudiants une UEL intitulée « Sensibilisation à l'Hypnose » qui présente l'hypnose à travers son histoire, son fonctionnement et surtout les techniques employées.

4.2. Hypothèse de travail

Cette sensibilisation à l'hypnose médicale pourrait permettre une amélioration des compétences en communication des étudiants qui la suivent.

Nous nous sommes donc demandé ce qui avait été modifié dans le comportement des étudiants formés. Autrement dit : quelles sont les situations cliniques dans lesquelles les étudiants se sentent mieux après la formation, et lesquelles restent malgré tout difficiles ? De même, nous nous sommes interrogé sur les comportements qui se sont le plus améliorés.

4.3. Objectifs

L'objectif principal de l'étude était donc :

- **Evaluer l'impact ressenti de cet enseignement sur les aptitudes à la communication médicale des externes dans la relation soignant-soigné.**

Les objectifs secondaires étaient :

- Déterminer les principaux outils utilisés par les étudiants à l'issue de la formation ;
- Evaluer la facilité d'utilisation des outils ;
- Evaluer l'opinion des étudiants sur l'impact de la communication du médecin sur l'efficacité des soins.

METHODES

1. DESCRIPTION DE L'UEL « SENSIBILISATION A L'HYPNOSE »

Il s'agissait d'une formation optionnelle proposée aux étudiants de la faculté de Montpellier-Nîmes. Elle s'adressait aux étudiants en médecine de la 3ème à la 5ème année et aux étudiants en maïeutique de 3ème et 4ème année.

Les cours ont été donnés de manière séparée aux étudiants de Montpellier et de Nîmes. La formation était composée de 20 heures de cours, dispensées en intégralité par le Dr Isabelle Nicklès, médecin généraliste responsable de l'UEL, et réparties de la façon suivante :

- pour Montpellier : 4 séminaires de 5 heures, d'octobre à décembre 2014 (Tableau 1) ;
- pour Nîmes : 5 séminaires de 4 heures, de mars à avril 2015 (Tableau 2).

Tableau 1. Programme de l'UEL à Montpellier

Date	Horaire	Programme
09/10/2014	14h-19h	- Histoire de l'hypnose en médecine - Mécanismes neurophysiologiques de l'hypnose et apport des neurosciences
23/10/2014	14h-19h	- Relation thérapeutique hypnotique et notions d'éthique en Hypnose - Notion de Suggestionabilité et hypnotisabilité - Outils de communication hypnotique - Indications cliniques et contre-indications
30/10/2014	14h-19h	- Pratique d'une séance d'hypnose - Initiation à l'auto-hypnose - Méthodologie de la <i>safe place</i> et du bon souvenir
11/12/2014	14h-19h	- Pratique d'une séance en hypnoalgésie et gestion du Stress - Techniques : métaphore, modifications sensorielles unimodales et multimodales, hypnose conversationnelle

Tableau 2. Programme de l'UEL à Nîmes

Date	Horaire	Programme
05/03/2015	14h-18h	- Histoire de l'hypnose en médecine - Mécanismes neurophysiologiques de l'hypnose et apport des neurosciences
12/03/2015	14h-18h	- Relation thérapeutique hypnotique et notions d'éthique en Hypnose - Notion de Suggestionabilité et hypnotisabilité
26/03/2015	14h-18h	- Outils de communication hypnotique - Indications cliniques et contre-indications
09/04/2015	14h-18h	- Pratique d'une séance d'hypnose - Initiation à l'auto-hypnose - Méthodologie de la <i>safe place</i> et du bon souvenir
16/04/2015	14h-18h	- Pratique d'une séance en hypnoalgésie et gestion du Stress - Techniques : métaphore, modifications sensorielles unimodales et multimodales, hypnose conversationnelle

Les cours se sont déroulés sous forme collective ponctués d'exemples pratiques d'exercices d'hypnose.

Le fichier PowerPoint utilisé comme support lors des séminaires est en annexe (ANNEXE III). Les cours étaient donnés de manière interactive, et ce diaporama ne servait que de guide. D'autre part, cette formation n'avait pas pour but de former les étudiants à devenir des praticiens en hypnose, mais avait une orientation pratique pour leur apprendre quelques outils utilisables pendant leur cursus.

J'ai pris le temps d'assister aux séminaires donnés aux étudiants de Nîmes. Les 2 premiers cours ont principalement été informatifs. Le Dr Nicklès a proposé, dès le 2ème, une séance d'initiation collective pendant laquelle elle guidait simplement les étudiants à découvrir l'état d'hypnose (fermer les yeux et s'auto-suggérer que sa tête est lourde). Les 3 autres séminaires étaient plus orientés vers la pratique avec à chaque fois un à deux exercices pendant lesquels les étudiants s'entraînaient par groupes de 2 ou 3 à induire des trances hypnotiques (induction par focalisation d'attention sur sa respiration, induction par fixation visuelle de l'attention, induction par fixation auditive de l'attention, induction par remémoration d'un souvenir agréable).

Dès le début des cours, les termes spécifiques des techniques employées en hypnose (suggestion, communication non verbale...) étaient employés et répétés. Le Dr Nicklès appelle cela « le saupoudrage », utilisé afin de renforcer la mémorisation des informations.

La participation des étudiants pendant les cours était bonne. De nombreuses questions étaient posées, et pendant les exercices tous participaient activement. Cependant l'assiduité n'était pas excellente, au moins 2 étudiants étaient absents à chaque séminaire.

Le Dr Nicklès avoue tout de même être très agréablement surprise par la qualité des mémoires remis en fin d'année pour validation de l'UEL par la faculté. En effet, les étudiants formés réussissaient d'après elle très brillamment à mettre en pratique leurs acquisitions.

2. PROTOCOLE DE L'ETUDE

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, par questionnaires avant-après formation.

2.2. Population

2.2.1. Critères de sélection, inclusion et exclusion

La sélection a été réalisée chez les étudiants en médecine et maïeutique de la 3ème à la 5ème année d'études, s'étant inscrits à la formation.

L'unique critère d'inclusion était la participation à la formation.

Il n'y a pas eu de critère d'exclusion.

L'étude a porté sur l'ensemble de la population.

2.2.2. Echantillon

Au total, 43 étudiants ont été inclus dans l'étude : 22 (51,2%) provenant de Montpellier, 21 (48,8%) de Nîmes.

2.2.2.1. Faculté de Montpellier

22 étudiants ont été inclus, répartis de la façon suivante :

- 19 étudiants en médecine : 5 en 5ème année, 14 en 4ème année ;
- 3 étudiants en 4ème année de maïeutique.

2.2.2.2. Faculté de Nîmes

21 étudiants ont été inclus, répartis de la façon suivante :

- 14 étudiants en médecine : 1 en 5ème année, 6 en 4ème année et 7 en 3ème année ;
- 7 étudiants en maïeutique : 6 en 4ème année et 1 en 3ème année.

2.3. Elaboration des questionnaires

L'élaboration des questionnaires a été faite en concertation avec Anne-Lise Lemay, directrice de la thèse, sur la plateforme informatique Google Drive > Formulaire.

Une première modification a été faite après réunion avec le Dr Nicklès, responsable de la formation.

Les questionnaires ont été testés avant le début de l'étude par 8 étudiants ayant suivi la formation l'année précédente. Ils ont ensuite été une nouvelle fois corrigés en fonction des retours reçus avant d'être présentés aux étudiants inclus dans l'étude. Les questionnaires utilisés sont en annexe.

Le questionnaire avant-formation était composé de 15 questions, la majorité fermées et à choix multiples, 1 seulement était ouverte semi-dirigée. 8 portaient sur la catégorisation de la population.

Le questionnaire post-formation était composé de 12 questions, la majorité fermées et à choix multiples, 1 ouverte semi-dirigée. Nous avons conservé 3 des 8 questions pour catégorisation, 7 questions ont été reprises pour comparaison et 2 questions ont été ajoutées en vue des critères secondaires.

2.4. Recueil des données

Le premier questionnaire a été remis sous format papier :

- le 23/10/2014, lors du second séminaire, pour les étudiants de Montpellier. Une importance primordiale a été donnée au fait de répondre de manière la plus proche possible de la situation dans laquelle ils se sentaient avant le premier séminaire. Seule l'histoire de l'hypnose et les études de neuro-imagerie avaient alors été abordées.
- le 05/03/2015, avant le début de l'enseignement, pour 19 des 21 étudiants de Nîmes, 2 étant absents lors de ce premier séminaire. Ces 2 étudiants manquants ont rempli le premier questionnaire le 12/03/2015, lors du second séminaire, avant le début du cours.

Le second questionnaire a été remis sous forme d'un formulaire électronique (Google Formulaire) via les adresses mail des étudiants, 15 jours après la fin de la formation. Les adresses mails des étudiants ont été récupérées lors de la remise du premier questionnaire.

Pour les étudiants de Montpellier, un premier mail a été envoyé le 25/01/2015, suivi de 5 relances collectives aux étudiants n'ayant pas encore rempli le questionnaire les 08/02/2015, 15/02/2015, 03/03/2015, 24/04/2015, 04/05/2015, et enfin de 2 relances individuelles à chacune des 2 étudiantes n'ayant pas encore répondu les 12/05/2015 et 27/05/2015.

Pour les étudiants de Nîmes, un premier mail a été envoyé le 24/04/2015, suivi de 2 relances collectives aux étudiants n'ayant pas encore rempli le questionnaire les 04/05/2015, 12/05/2015, et enfin de 3 relances individuelles à la dernière étudiante n'ayant pas encore répondu les 27/05/2015, 02/06/2015 et 08/06/2015.

L'anonymat a été respecté de la manière suivante : après chaque envoi, les questionnaires étaient remis dans la pile complète. A chaque relance, seuls les questionnaires des étudiants n'ayant pas répondu étaient ressortis. Les résultats n'ont été analysés qu'une fois toutes les réponses récupérées.

La clôture des questionnaires a été faite dès réception de la totalité des questionnaires, soit le 27/05/2015 pour les questionnaires de Montpellier, et le 08/06/2015 pour Nîmes.

2.5. Critères de jugement

Les critères de jugement principaux étaient :

- **l'évolution de l'auto-évaluation des étudiants sur échelle numérique de la compétence en communication ;**
- **la modification du vécu dans les situations cliniques fréquentes dans la relation avec le patient : les situations qui ont été le plus modifiées et les situations restées les plus compliquées malgré la formation ;**
- **les modifications comportementales principales.**

Les critères de jugement secondaires étaient :

- les principaux outils utilisés par les étudiants ayant réussi à mettre en pratique leur apprentissage ;
- la facilité ressentie quant à l'utilisation de ces outils ;
- les modifications de l'opinion sur l'impact de la communication du médecin sur l'efficacité des soins.

2.6. Méthode d'analyse statistique

L'anonymat lors de l'analyse statistique a été respecté grâce à l'absence de données nominales complètes sur les questionnaires (Initiales du nom de famille, date de naissance tronquée).

Les données recueillies lors du premier questionnaire concernant l'âge, le sexe, la faculté de rattachement, l'année d'études et les antécédents de formation à la communication ont été analysées directement sur le questionnaire papier.

Les questions relatives à l'auto-évaluation de la compétence en communication, au ressenti dans les différentes situations cliniques et aux comportements mis en pratique dans la relation avec le patient ont été retranscrites dans différents tableurs sur le logiciel Excel 2007 pour être analysées et comparées.

Les réponses concernant la mise en pratique des outils appris ainsi que leur facilité ou difficulté d'utilisation (questions du second questionnaire) ont été analysées également à l'aide d'un tableur Excel 2007.

L'ensemble des données a été ensuite comparé aux données synthétisées par le logiciel d'analyse utilisé par Google Drive>Formulaire.

La réalisation des figures et des tableaux a été effectuée à l'aide d'Excel par recouplement des données.

L'analyse statistique univariée, les calculs de moyenne, écart-type, médianes, et les comparaisons de moyenne par tests paramétriques (Wilcoxon) ont été réalisés à l'aide du logiciel accessible en ligne BiostaTGV.

Une question n'a pas fait l'objet d'une analyse : « Selon vous, quel(s) item(s) se rapporte(nt) le mieux à l'hypnose médicale ? ». En effet, bien que cette information ait semblé intéressante lors de l'élaboration du questionnaire, elle s'est révélée non pertinente au vu du sujet de la thèse lors de l'analyse des résultats. Par ailleurs cette question semblait soumise à de trop nombreux biais (notamment, les étudiants inscrits à la formation l'ont fait par choix et intérêt pour l'hypnose, et les étudiants de Montpellier avaient déjà reçu le premier cours lors de la remise du premier questionnaire).

Les résultats ont été analysés d'abord en population totale, puis en sous-groupes : selon la faculté d'origine puis selon le niveau et le type d'études. Le choix d'analyser les résultats selon la faculté avait été fait pour 2 raisons : présence de biais de mesure spécifiques à la faculté de Montpellier et présence de l'auteur aux cours dispensés à Nîmes. Finalement, les résultats associés aux sous-groupes selon l'origine facultaire n'ont pas été retenus car non-pertinents dans le contexte de l'étude et l'échantillon était trop faible. Ils seront cependant cités dans la discussion de ce travail. Les résultats concernant les sous-groupes selon le niveau et le type d'études ont été maintenus car transversaux.

Les choix effectués pour réaliser cette analyse statistique ont été guidés par les précieux conseils du Docteur Paul FRAPPE, maître de conférences des universités de médecine générale à Saint-Etienne, et à l'aide du cours « Biostatistiques : petits effectifs » de Monsieur Patrick DEVOS, biostatisticien au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille ^[114].

3. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

3.1. Sources d'information

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide de bases de données automatisées, avec accès privilégié grâce au portail documentaire de l'Université Lyon 1 : MedLine, Sudoc, Banque de Données de Santé Publique, CISMeF.

Des sites internet spécifiques de revues médicales ont été consultés : Pédagogie Médicale, Prescrire.

Plusieurs références bibliographiques ont également été retrouvées à l'aide du moteur de recherche internet Google.

Quelques sources ont été étudiées directement à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine Lyon Sud et à la bibliothèque universitaire temporaire basée à la faculté de médecine Lyon Est sur le site de Laennec. 1 thèse a été commandée par le biais du système de Prêt Entre Bibliothèques.

Enfin, certaines ressources documentaires ont été recherchées à partir des bibliographies des articles, livres, thèses ou mémoires retenus.

3.2. Stratégie de recherche documentaire

3.2.1. Mots-clés utilisés

Les principaux mots-clés utilisés ont été : « communication », « relation », « relation médecin-patient », « relation médecin-malade », « médecine générale », « soins primaires », « médecine ambulatoire », « soins ambulatoires », « hypnose », « hypnose médicale », « hypnose clinique », « hypnose conversationnelle », « pédagogie », « formation », « enseignement ».

Leurs équivalents anglais ont été utilisés sur les bases anglophones : « *communication* », « *physician-patient relations* », « *general practice* », « *primary care* », « *ambulatory care* », « *hypnosis* », « *teaching* », « *training* ».

Les termes « communication » et « relation » ont pu être associés, via l'opérateur booléen « *AND* », au mot-clé « thérapeutique ».

La troncature a également été utilisée avec le mot-clé communication pour élargir la recherche.

3.2.2. Période de recherche

La période de recherche initiale portait sur les 10 dernières années.

La recherche a ensuite été élargie à une période indéterminée pour compléter au mieux les références bibliographiques.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

1.1. Sexe

Sur la population totale, 11 hommes (25,6%) ont participé à l'étude, pour 32 femmes (74,4%).

Ce qui fait un sex-ratio homme/femme de 0,34. Autrement dit, il y avait 3 fois plus de femmes que d'hommes. Il faut noter que la répartition était inégale entre les 2 facultés

1.1.1. Faculté de Montpellier

12 femmes pour 10 hommes, soit un sex-ratio homme/femme de 0,83.

1.1.2. Faculté de Nîmes

1 homme pour 20 femmes, soit un sex-ratio homme/femme de 0,05.

1.2. Age

Concernant l'ensemble de la population, l'âge moyen à l'inclusion des étudiants était de 22,91 ans. L'écart-type était de 2,88 ans.

L'âge des étudiants variait de 20 ans pour les 2 plus jeunes à 33 ans pour le plus âgé. Cependant, seuls 4 étudiants sur les 43 avaient plus de 30 ans et seulement 5 avaient plus de 25 ans, soit moins de 12%.

1.2.1. Faculté de Montpellier

L'âge moyen à l'inclusion était de 22,86 ans avec un écart-type de 2,61 ans. Les 2 plus âgés avaient 30 ans et le plus jeune 20.

1.2.2. Faculté de Nîmes

L'âge moyen à l'inclusion était de 23 ans, avec un écart-type de 3,19 ans. Le plus âgé avait 33 ans et le plus jeune 20.

1.3. Formation à la communication

Parmi les 43 étudiants inclus dans l'étude, 14 (32,6%) avaient déjà suivi une formation à la communication :

- 7 à Montpellier (31,8% des Montpelliérains) ;
- 7 à Nîmes (33,3% des Nîmois).

Parmi ceux-là, les formations déjà reçues étaient :

- Atelier théâtre (jeux de rôle d'annonce d'une maladie grave) ;
- Tutorat en première année de médecine ;
- Cours magistraux de psychologie et de communication ;
- Formation reçue à titre individuel (lors d'un stage particulier, un séminaire ou une FMC d'inscription sur volontariat, ou encore au cours d'études antérieures aux études médicales).

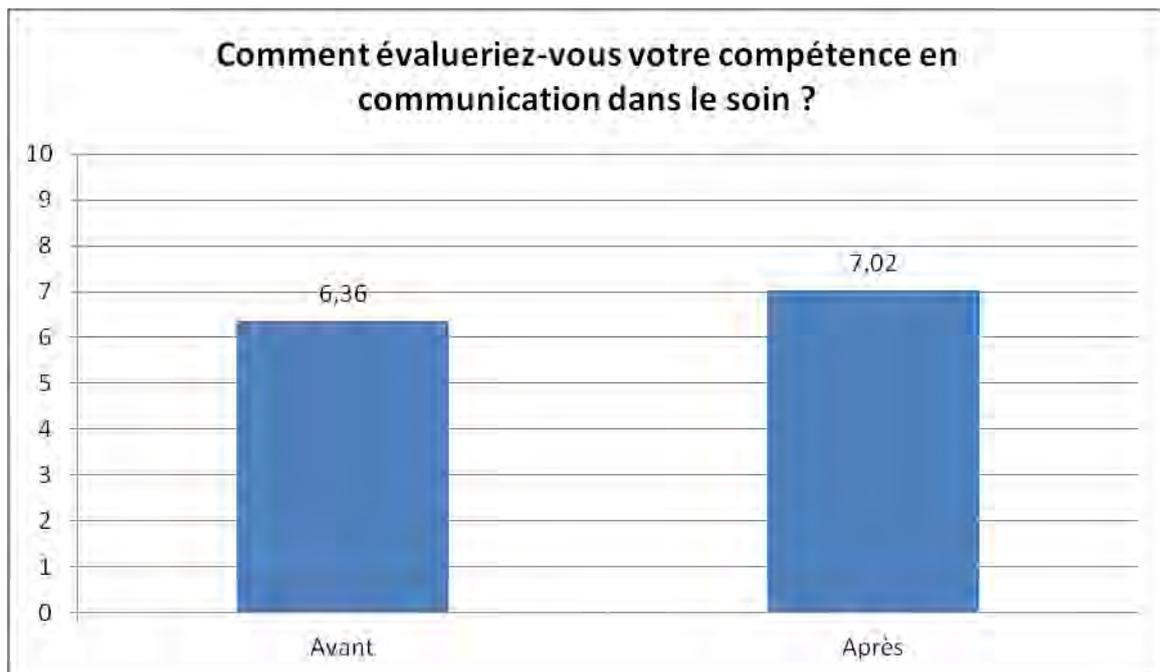
2. ANALYSE DES CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAUX

2.1. Analyse sur l'ensemble de la population

2.1.1. Auto-évaluation de la compétence en communication

La comparaison de l'auto-évaluation avant/après la formation est représentée dans la Figure 7.

Figure 7. Evolution de l'auto-évaluation, en moyenne, de la compétence en communication



L'écart-type de l'auto-évaluation avant formation était de 1,09. Celui après formation était de 1,02.

La médiane avant formation se situait à 6 (le premier quartile étant à 6 et le 3ème à 7). Après la formation la médiane était de 7 (premier quartile Q1 à 6,5, 3ème quartile Q3 à 8)

Il y a donc eu une **amélioration de 0,66/10** de l'auto-évaluation.

2.1.2. Modification du ressenti en fonction de la situation clinique

Les Tableaux 3 et 4 présentent le récapitulatif du ressenti dans les situations cliniques proposées avant et après l'enseignement.

Tableau 3. Vécu en situation relationnelle en fonction du patient avant la formation (en valeur absolue sur une population de 43 étudiants)

	Pas du tout à l'aise	Plutôt pas à l'aise	Plutôt à l'aise	Tout à fait à l'aise	N'a jamais rencontré la situation
Annonce d'une maladie grave/d'un décès	10	11	3	0	19
Patient non communicant (langue étrangère, mutisme...)	1	16	23	3	0
Aspect physique altéré	0	6	23	11	3
Patient non compliant aux soins	3	23	15	1	1
Patient vivant une forte émotion (colère, pleurs...)	5	21	14	3	0
Patient « tout venant »	0	0	18	24	1

Tableau 4. Vécu en situation relationnelle en fonction du patient après la formation (en valeur absolue sur une population de 43 étudiants)

	Pas du tout à l'aise	Plutôt pas à l'aise	Plutôt à l'aise	Tout à fait à l'aise	N'a jamais rencontré la situation
Annonce d'une maladie grave/d'un décès	3	17	9	0	14
Patient non communicant (langue étrangère, mutisme...)	0	14	21	3	5
Aspect physique altéré	1	6	18	14	4
Patient non compliant aux soins	0	17	19	2	5
Patient vivant une forte émotion (colère, pleurs...)	1	16	21	4	1
Patient « tout venant »	2	0	17	23	1

2.1.2.1. Principales évolutions

Pour comparer les résultats, les étudiants ont été regroupés en 3 catégories : étudiants à l'aise dans la situation (regroupant les étudiants « plutôt à l'aise » et « tout à fait à l'aise »), étudiants mal à l'aise (regroupant les étudiants « plutôt mal à l'aise » et « pas à l'aise du tout ») et, enfin, étudiants non concernés car « n'ayant jamais rencontré la situation ».

Parmi les situations cliniques proposées aux étudiants, 3 situations ont été **mieux vécues** après la formation :

- **Annonce d'une maladie grave/d'un décès** : le nombre d'étudiants « à l'aise » est passé de 3 (7%) à 9 (20,9%), et moins d'étudiants « mal à l'aise » – 21 (48,8%) avant contre 20 (46,5%) après –. Par ailleurs, après la formation, plus d'étudiants ont été confrontés à la situation : 19 étudiants (44,2%) « n'ayant jamais rencontré la situation » avant contre 14 (32,6%) après.
- Confrontation à un **patient non compliant aux soins** : moins d'étudiants « mal à l'aise » – 26 (60,5%) avant contre 17 (39,5%) après –, et plus d'étudiants « à l'aise » – 16 (37,2%) avant contre 21 (48,8%) après –. Il est à noter que plus d'étudiants se sont jugés non concernés par la situation après la formation – 1 étudiant (2,3%) « n'ayant pas rencontré la situation » avant contre 5 (11,6%) après –.
- Confrontation à un **patient vivant une forte émotion** : 25 étudiants (58,1%) « mal à l'aise » avant formation contre 17 (39,5%) après, et plus d'étudiants « à l'aise » – 17 (39,5%) avant contre 25 (58,1%) après –.

2 situations cliniques ne semblent pas avoir été modifiées de manière positive :

- Confrontation à un **patient à l'aspect physique altéré** : 1 étudiant supplémentaire était « mal à l'aise » – 6 (14%) avant contre 7 (16,3%) après –, et moins d'étudiants étaient « à l'aise » – 34 (79,1%) avant contre 32 (74,4%) après–. Il est à noter qu'1 étudiant de plus s'est jugé non concerné par la situation après la formation – 3 étudiants (7%) « n'ayant pas rencontré la situation » avant contre 4 (9,3%) après –.
- Contact avec un **patient « tout venant »** : 0 étudiant « mal à l'aise » avant la formation contre 2 (4,7%) après, et 42 étudiants (97,7%) « à l'aise » avant contre 40 (93%) après.

Enfin, la confrontation avec un patient non communicant était à part avec moins d'étudiants « à l'aise » – 26 (60,5%) avant contre 24 (55,8%) après –, moins d'étudiants « mal à l'aise » – 17 (39,5%) avant contre 14 (32,6%) après – et plus d'étudiants « n'ayant pas rencontré la situation » après la formation – 0 avant contre 5 (11,6%) après –.

2.1.2.2. Situations relationnelles difficiles

Les 3 situations cliniques qui ressortent comme **vécues le plus difficilement** par les étudiants avant comme après la formation sont :

- la prise en charge d'un **patient non compliant aux soins** ;
- **l'annonce d'une maladie grave/d'un décès** ;
- la gestion d'un **patient vivant une forte émotion**.

Il s'agit également des 3 seules situations cliniques ayant **évolué de manière positive** après la formation.

2.1.3. Modification de comportement avec le patient

La Figure 8 présente les principaux comportements relationnels des étudiants avant et après la formation.

Figure 8. Evolution comportementale dans la relation avec le patient



Les résultats ont d'abord été analysés en répartissant les étudiants en 2 catégories : ceux n'appliquant pas le comportement (incluant ceux ayant répondu « non » et « plutôt non »), et ceux le mettant en pratique (ayant répondu « plutôt oui » ou « oui »). Ensuite la répartition entre « oui » et « plutôt oui » ou entre « non » et « plutôt non » a été analysée.

5 comportements ont essentiellement été **modifiés de manière positive** (les éléments en gras sont ceux ayant été modifiés de la manière la plus significative) :

- faire preuve d'empathie : 1 étudiant (2,3%) avant la formation ne se sentait pas concerné contre 0 après (modification au profit des « plutôt oui ») ;
- rassurer le patient : 1 étudiant (2,3%) estimait ne pas avoir ce comportement contre 0 après. Il est également à noter que la proportion d'étudiants ayant répondu « oui » était plus importante après la formation – 9 (20,9%) avant contre 15 (34,9%) après – et le nombre d'étudiant ayant répondu « plutôt oui » était plus faible – 33 (76,7%) avant contre 28 (65,1%) après –, soit une réponse qualitativement meilleure ;
- l'attention portée au vocabulaire employé : 2 étudiants (4,7%) n'y faisaient pas attention avant la formation contre 0 à la fin de la formation. Il y avait également une proportion plus importante de « oui » après la formation – 21 (48,8%) avant contre 24 (55,8%) après – ainsi qu'un nombre de « plutôt oui » plus faible – 20 (46,5%) avant contre 19 (44,2%) après –, réponse également qualitativement meilleure ;
- respecter les opinions du patient : 1 étudiant (2,3%) n'adoptait pas ce comportement avant la formation, contre 0 après (amélioration au profit des « oui ») ;
- l'attention portée au comportement non verbal : 13 étudiants (30,2%) n'y faisaient pas attention avant contre 6 (14%) après, avec une amélioration du nombre de « plutôt oui » – 23 (53,5%) avant et 28 (65,1%) après – et du nombre de « oui » – 7 (16,3%) avant contre 9 (20,9%) après –.

Tous les étudiants adoptaient les autres comportements. Parmi ceux-ci, 2 ont vu le rapport du nombre de réponses « oui » sur le nombre de réponses « plutôt oui » s'améliorer :

- être à l'aise dans la consultation ;
- s'assurer de la bonne compréhension du patient.

Le fait d'être à l'écoute est resté strictement inchangé.

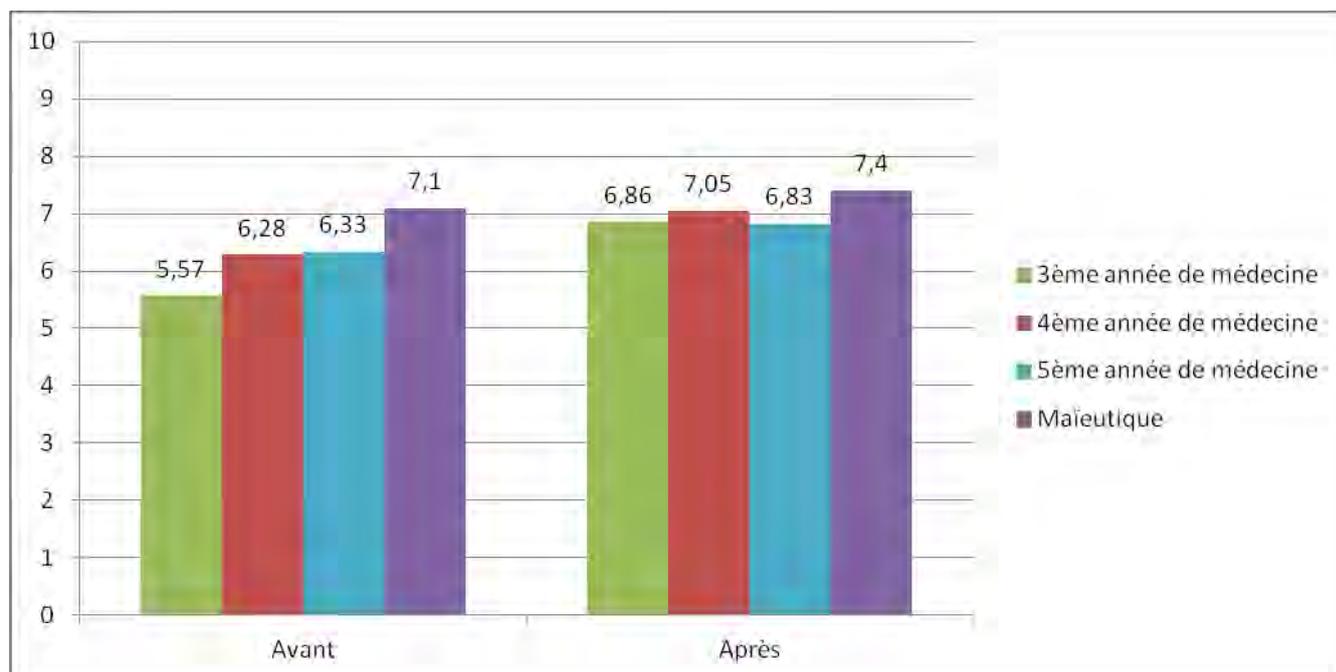
Les 3 derniers comportements ont eu tendance à se modifier de manière négative, avec une dégradation qualitative des réponses (dégradation du rapport « oui »/« plutôt oui ») :

- prendre son temps ;
- se présenter systématiquement ;
- respecter le temps de parole.

2.2. Analyse en sous-groupes : selon le niveau et le type d'études

2.2.1. Evolution de l'auto-évaluation de la compétence en communication

Figure 9. Evolution de l'auto-évaluation, en moyennes, de la compétence en communication en fonction du niveau et du type d'études



. Concernant les étudiants en 3ème année des études médicales (n=7 étudiants) :

Ils s'auto-évaluaient en moyenne à 5,57/10 (écart-type de 1,27) avant la formation, contre 6,86/10 (écart-type de 0,9) après.

La médiane était à 6 avant la formation (Q1=5,5 ; Q3=6), contre 7 après (Q1=6 ; Q3=7,5).

. Concernant les étudiants en 4ème année des études médicales (n=20 étudiants) :

Auto-évalués en moyenne à 6,28/10 (écart-type de 0,72) avant la formation, les étudiants s'évaluaient à 7,05/10 (écart-type de 1,28) après.

La médiane était à 6 avant la formation (Q1=6 ; Q3=7), contre 7 après (Q1=7 ; Q3=8).

. Concernant les étudiants en 5ème année des études médicales (n=6 étudiants) :

Les étudiants s'auto-évaluaient en moyenne à 6,33/10 (écart-type de 1,03) avant la formation, contre 6,83/10 (écart-type de 0,75) après.

La médiane était à 6 avant la formation (avec un Q1 à 6 et un Q3 à 6,75), contre 7 après (Q1=6,25 ; Q3=7).

. Concernant les étudiants en maïeutique (n=10 étudiants) :

L'auto-évaluation était en moyenne de 7,1/10 (écart-type de 1,29) avant la formation, contre 7,4/10 (écart-type de 1,26) après.

La médiane était à 7 avant la formation (Q1=6,25 ; Q3=7,75), contre 7,5 après (Q1=7 ; Q3=8).

2.2.2. Modification du ressenti en situation clinique

Les 3 situations dans lesquelles les étudiants se sont sentis **le moins à l'aise** avant comme après la formation, quel que soit le niveau d'études, étaient :

- **annonce d'une maladie grave/d'un décès** ;
- confrontation avec un **patient non compliant aux soins** ;
- contact avec un **patient vivant une forte émotion**.

. Concernant les étudiants en 3ème année des études médicales (n=7 étudiants) :

2 situations ont été **mieux vécues** après la formation :

- **l'annonce d'une maladie grave/d'un décès** : 5 étudiants (71,4%) « mal à l'aise » avant contre 3 (42,9%) après, et 0 « à l'aise » avant contre 2 après. 2 (28,6%) étudiants « n'avaient jamais rencontré la situation » avant comme après ;
- celle d'un **patient vivant une forte émotion** : 5 étudiants (71,4%) « mal à l'aise » avant contre 3 (42,9%) après, et 2 (28,6%) « à l'aise » avant contre 3 (42,9%) après. Notons qu'1 (14,3%) étudiant a précisé « n'avoir jamais rencontré la situation » après la formation contre 0 avant.

Dans 2 situations, on note une diminution du nombre d'étudiants « mal à l'aise » parce que plus d'étudiants ont noté n'avoir jamais été confrontés à la situation après la formation :

- contact avec un **patient à l'aspect physique altéré** : 2 étudiants (28,6%) « mal à l'aise » avant contre 1 (14,3%) après, 5 (71,4%) « à l'aise » avant comme après, et 0 « n'ayant pas rencontré la situation » avant contre 1 (14,3%) après ;
- confrontation à un **patient non compliant aux soins** : 5 étudiants (71,4%) « mal à l'aise » avant contre 4 (57,1%) après, 2 (28,6%) « à l'aise » avant comme après, et 0 « n'ayant pas rencontré la situation » avant contre 1 (14,3%) après.

De la même manière, le nombre d'étudiants « à l'aise » dans la prise en charge d'un **patient « tout venant »** passe de 7 (100%) avant la formation à 6 (85,7%) après car 1 étudiant (14,3%) a noté « n'avoir jamais rencontré la situation » après la formation contre 0 avant.

Il en va de même pour la confrontation à un patient non communicant, où le nombre d'étudiants « mal à l'aise » diminue de 3 (42,9%) avant la formation à 2 (28,6%) après, le nombre d'étudiants « à l'aise » diminue de 4 (57,1%) à 3 (42,9%), et le nombre d'étudiants « n'ayant pas rencontré la situation » augmente de 0 à 2 (28,6%).

. Concernant les étudiants en 4ème année des études médicales (n=20 étudiants) :

2 situations ont été ressenties comme **mieux vécues** après la formation qu'avant :

- la prise en charge d'un **patient à l'aspect physique altéré** : 3 étudiants (15%) « mal à l'aise » avant contre 2 (10%) après, et 16 (80%) « à l'aise » avant contre 17 (85%) après. Par ailleurs, 1 (5%) étudiant a précisé « n'avoir jamais rencontré la situation » avant comme après la formation ;
- la confrontation à un **patient non compliant aux soins** : 13 (65%) « mal à l'aise » avant contre 7 (35%) après, et 7 (35%) « à l'aise » avant contre 10 (50%) après. Il faut également noter que 100% des étudiants avaient déjà été confrontés à la situation avant la formation et que 3 (15%) ont dit ne l'avoir jamais rencontrée après.

1 situation est restée inchangée : la confrontation à un patient vivant une forte émotion. 12 étudiants (60%) se sont jugés « mal à l'aise » avant comme après – avec cependant 2 (10%) « pas à l'aise du tout » avant contre 0 après, et 10 (50%) « plutôt pas à l'aise » avant contre 12 (60%) après –, et 8 (40%) « à l'aise » – dont 1 (5%) « tout à fait » à l'aise avant contre 2 (10%) après, et 7 (35%) « plutôt à l'aise » avant contre 6 (30%) après –.

2 situations ont été ressenties comme moins bien vécues :

- la prise en charge d'un patient non communicant : 8 (40%) « mal à l'aise » avant contre 9 (45%) après, et 12 (60%) « à l'aise » avant contre 8 (40%) après. Notons que plus d'étudiants ont précisé « n'avoir jamais rencontré la situation » après la formation – 0 avant contre 3 (15%) après – ;
- celle d'un patient « tout venant » : 0 « mal à l'aise avant » contre 1 (5%) après, et 19 (95%) « à l'aise » avant comme après – avec cependant 4 (20%) « plutôt à l'aise » avant contre 6 (30%) après, et 15 (75%) « tout à fait à l'aise » avant contre 13 (65%) après –.

Enfin, l'annonce d'une maladie grave/d'un décès est à part avec plus d'étudiants « mal à l'aise » – 9 (45%) avant contre 11 (55%) après – et plus d'étudiants « à l'aise » – 2 (10%) avant contre 4 (20%) après –. Cette situation s'explique par le fait que plus d'étudiants ont été confrontés à cette situation après la formation – 9 (45%) ne l'avaient pas rencontrée avant contre 5 (25%) après –.

Concernant les étudiants en 5ème année des études médicales (n=6 étudiants) :

Le ressenti s'est principalement **amélioré** dans 4 situations cliniques :

- **l'annonce d'une maladie grave/d'un décès** : 3 (50%) étudiants « mal à l'aise » – dont 1 (16,7%) « pas du tout à l'aise – avant la formation contre 3 (50%) « plutôt mal à l'aise » après, et 0 « à l'aise » contre 2 (33,3%) « plutôt à l'aise » après. Notons que le nombre d'étudiants ayant été confrontés à la situation a diminué de 3 (50%) à 1 (16,7%) ;
- la prise en charge d'un **patient non communicant** : 2 (33,3%) « mal à l'aise » avant contre 1 (16,7%) après, et 4 (66,7%) « à l'aise » avant contre 5 (83,3%) après ;
- la confrontation à un **patient vivant une forte émotion** : 3 (50%) « mal à l'aise » avant contre 1 (16,7%) après, et 3 (50%) « à l'aise » avant contre 5 (83,3%) après.

Le ressenti dans la prise en charge d'un patient « tout venant » est resté inchangé après la formation : 6 (100%) étudiants « à l'aise » dont 2 (33,3%) « plutôt à l'aise » et 4 (66,7%) « tout à fait à l'aise ».

2 situations ont été moins bien vécues :

- le contact avec un patient à l'aspect physique altéré : 0 étudiant « mal à l'aise » avant la formation contre 3 (50%) après, et 6 (100%) « à l'aise » avant contre 3 (50%) après ;
- la prise en charge d'un patient non compliant aux soins : 3 (50%) étudiants « mal à l'aise » avant la formation contre 4 (66,7%) après, et 3 (50%) « à l'aise » avant contre 2 (33,3%) après.

. Concernant les étudiants en maïeutique (n=10 étudiants) :

Le ressenti a été **meilleur** dans 4 situations cliniques :

- la prise en charge d'un patient non communicant : 4 étudiants (40%) « mal à l'aise » avant la formation contre 2 (20%) après, et 6 (60%) « à l'aise » avant contre 8 (80%) après ;
- la confrontation à un patient non compliant aux soins : 5 (50%) « mal à l'aise » avant contre 2 (20%) après, et 4 (40%) « à l'aise » avant contre 7 (70%) après. 1 étudiant (10%) « n'a jamais rencontré la situation » avant comme après la formation ;
- le contact avec un patient vivant une forte émotion : 6 (60%) « mal à l'aise » avant contre 1 (10%) après, et 4 (40%) « à l'aise » avant contre 9 (90%) après ;
- la prise en charge d'un patient « tout venant » : 1 (10%) « mal à l'aise » avant contre 0 après, et 9 (90%) « à l'aise » avant contre 10 (100%) après.

L'avis des étudiants concernant la prise en charge d'un patient à l'aspect physique altéré est resté inchangé après la formation par rapport à avant : 1 étudiant (10%) « mal à l'aise », 7 (70%) « à l'aise » et 2 (20%) « n'ayant jamais rencontré la situation ».

Enfin, l'annonce d'une maladie grave/d'un décès est à part avec un nombre d'étudiants « mal à l'aise » moins important après la formation – 4 (40%) avant contre 3 (30%) après – du fait d'une augmentation du nombre d'étudiants « n'ayant jamais rencontré la situation » – 5 (50%) avant contre 6 (60%) après –. Dans cette situation, 1 étudiant s'est senti « à l'aise » avant comme après la formation.

2.2.3. Modification de comportement avec le patient

Les 3 comportements dont l'application a été **le plus améliorée** après la formation, quel que soit le niveau d'études, ont été :

- **être rassurant** ;
- **adapter son vocabulaire** ;
- **faire attention à son comportement non verbal.**

. Concernant les étudiants en 3ème année des études médicales (n=7 étudiants) :

Le fait de se présenter systématiquement a été un comportement déclaré globalement comme plus adopté par les étudiants après la formation, avec cependant une proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui » plus faible après la formation : 1 étudiant (14,3%) a répondu « plutôt non » avant contre 0 après, 1 (14,3%) « plutôt oui » avant contre 3 (42,9%) après, et 5 (71,4%) « oui » avant contre 4 (57,1%) après.

2 autres comportements ont été jugés comme **améliorés** de manière plus franche (amélioration de la proportion « oui »/« plutôt oui »), avec dans les 2 cas 1 (14,3%) « plutôt non » avant contre 0 après, 1 (14,3%) « plutôt oui » avant contre 2 (28,6%) après, et 5 (71,4%) « oui » avant comme après :

- **adapter son vocabulaire** ;
- **respecter les opinions/croyances du patient.**

Concernant les 5 comportements suivants, la proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui » a également été **améliorée** :

- **être empathique** : 4 (57,1%) « plutôt oui » avant contre 3 (42,9%) après, et 3 (42,9%) « oui » avant contre 4 (57,1%) après ;
- **être rassurant** : 7 (100%) « plutôt oui » avant contre 5 (71,4%) après, et 0 « oui » avant contre 2 (28,6%) après ;
- **prendre son temps** : 4 (57,1%) « plutôt oui » avant contre 3 (42,9%) après, et 3 (42,9%) « oui » avant contre 4 (57,1%) après ;
- **être à l'écoute** : 4 (57,1%) « plutôt oui » avant contre 2 (28,6%) après, et 3 (42,9%) « oui » avant contre 5 (71,4%) après ;
- **laisser le temps au patient de s'exprimer** : 4 (57,1%) « plutôt oui » avant contre 2 (28,6%) après, et 3 (42,9%) « oui » avant contre 5 (71,4%) après.

Le nombre d'étudiants **s'assurant la bonne compréhension du patient** est resté inchangé après la formation par rapport à avant : 2 (28,6%) ont répondu « plutôt oui » et 5 (71,4%) « oui ».

Autant d'étudiants jugeaient **faire attention à leur comportement non verbal** avant qu'après la formation, avec cependant une proportion plus faible de « oui » par rapport aux « plutôt oui » : 1 (14,3%) « plutôt non » avant comme après la formation, 3 (42,9%) « plutôt oui » avant contre 4 (57,1%) après, et 3 (42,9%) « oui » avant contre 2 (28,6%) après.

Enfin, 1 étudiant de plus a répondu « plutôt non » au fait de se sentir à l'aise dans l'entretien médical : 0 « plutôt non » avant contre 1 (14,3%) après, 4 (57,1%) « plutôt oui » avant contre 2 (28,6%) après, et 3 (42,9%) « oui » avant contre 4 (57,1%) après.

. Concernant les étudiants en 4ème année des études médicales (n=20 étudiants) :

5 comportements ont été déclarés comme **améliorés** (les éléments en gras sont ceux qui ont également eu une amélioration de la proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui ») :

- **être à l'aise au cours de l'entretien avec le patient** : 1 étudiant (5%) a répondu « plutôt non » avant la formation contre 0 après, 10 (50%) « plutôt oui » avant contre 9 (45%) après, et 9 (45%) « oui » avant contre 11 (55%) après ;
- **être empathique** : 1 (5%) « plutôt non » avant contre 0 après, 6 (30%) « plutôt oui » avant contre 10 (50%) après, et 13 (65%) « oui » avant contre 10 (50%) après ;
- **être rassurant** : 1 (5%) « plutôt non » avant contre 0 après, 13 (65%) « plutôt oui » avant comme après, et 6 (30%) « oui » avant contre 7 (35%) après ;
- **adapter son vocabulaire** : 1 (5%) « plutôt non » avant contre 0 après, 9 (45%) « plutôt oui » avant contre 11 (55%) après, et 10 (50%) « oui » avant contre 9 (45%) après ;
- **faire attention à son comportement non verbal** : 1 (5%) « non » avant contre 0 après, 6 (30%) « plutôt non » avant contre 4 (20%) après, 12 (60%) « plutôt oui » avant contre 13 (65%) après, et 1 (5%) « oui » avant contre 3 (15%) après.

Le fait de respecter les opinions/croyances du patient était un comportement décrit comme adopté par autant d'étudiants avant qu'après la formation, avec une même proportion de « oui » et « plutôt oui » : 6 (30%) « plutôt oui » et 14 (70%) « oui ».

En revanche, 1 étudiant de plus a répondu « plutôt non » au fait de se présenter systématiquement, avec de plus une proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui » plus faible : 0 « plutôt non » avant contre 1 (5%) après, 5 (25%) « plutôt oui » avant contre 6 (30%) après, et 15 (75%) « oui » avant contre 13 (65%) après.

Enfin, la proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui » a été également plus faible aux questions concernant les comportements suivants :

- prendre son temps : 6 (30%) « plutôt oui » avant la formation contre 10 (50%) après, et 14 (70%) « oui » avant contre 10 (50%) après ;
- être à l'écoute : 7 (35%) « plutôt oui » avant contre 8 (60%) après, et 13 (65%) « oui » avant contre 12 (60%) après ;
- s'assurer la bonne compréhension du patient : 1 « plutôt non » avant comme après, 11 (55%) « plutôt oui » avant la formation contre 12 (60%) après, et 8 (40%) « oui » avant contre 7 (35%) après ;
- laisser le temps au patient de s'exprimer : 7 (35%) « plutôt oui » avant la formation contre 11 (55%) après, et 13 (65%) « oui » avant contre 11 (55%) après.

. Concernant les étudiants en 5ème année des études médicales (n=6 étudiants) :

Le fait de faire attention au comportement non verbal a été le seul comportement de ce sous-groupe ressortant comme **amélioré** franchement : 2 étudiants (33,3%) avaient répondu « plutôt non » avant la formation contre 1 (16,7%) après, et 4 étudiants (66,7%) ont répondu « plutôt oui » ou « oui » avant contre 5 (83,3%) après.

6 autres comportements ont été déclarés comme **améliorés** avec une augmentation de la proportion d'étudiants ayant répondu « oui » plutôt que « plutôt oui » (100% des étudiants ayant répondu « oui » ou « plutôt oui ») :

- être à l'aise au cours de l'entretien avec le patient : 3 étudiants (50%) ont répondu « plutôt oui » avant contre 2 (33,3%) après, et 3 (50%) « oui » avant contre 4 (66,7%) après ;
- être rassurant : 5 (83,3%) « plutôt oui » avant contre 4 (66,7%) après, et 1 (16,7%) « oui » avant contre 2 (33,3%) après ;
- prendre son temps : 3 (50%) « plutôt oui » avant contre 1 (16,7%) après, et 3 (50%) « oui » avant contre 5 (83,3%) après ;
- adapter son vocabulaire : 5 (83,3%) « plutôt oui » avant contre 4 (66,7%) après, et 1 (16,7%) « oui » avant contre 2 (33,3%) après ;
- respecter les croyances/opinions du patient : 2 (33,3%) « plutôt oui » avant contre 1 (16,7%) après, et 4 (66,7%) « oui » avant contre 5 (83,3%) après ;
- s'assurer de sa bonne compréhension : 6 (100%) « plutôt oui » avant contre 3 (50%) après, et 0 « oui » avant contre 3 (50%) après.

Autant d'étudiants disaient se présenter systématiquement avant et après la formation, avec 3 étudiants (50%) ayant répondu « oui » avant comme après et 3 (50%) « plutôt oui ».

Enfin, 3 comportements ont été jugés par les étudiants comme moins fréquemment mis en pratique après la formation (plus faible proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui » avec 0 « non » ou « plutôt non » dans tous les cas):

- être empathique : 6 (100%) « oui » avant contre 5 (83,3%) après, et 0 « plutôt oui » avant contre 1 (16,7%) après ;
- être à l'écoute : 5 (83,3%) « oui » avant contre 4 (66,7%) après, et 1 (16,7%) « plutôt oui » avant contre 2 (33,3%) après ;
- laisser le temps au patient de s'exprimer : 3 (50%) « oui » avant contre 1 (16,7 %) après, et 3 (50%) « plutôt oui » avant contre 5 (83,3%) après.

. Concernant les étudiants en maïeutique (n=10 étudiants) :

Seul le fait de **faire attention à son comportement non verbal** a été jugé comme franchement **amélioré** après la formation : 3 (30%) « plutôt non » avant contre 0 après, 4 (40%) « plutôt oui » avant contre 7 (70%) après, et 3 (30%) « oui » avant comme après.

D'autre part, la proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui » a été **meilleure** concernant 5 comportements :

- se sentir à l'aise dans l'entretien médical : 6 (60%) « plutôt oui » avant contre 4 (40%) après, et 4 (40%) « oui » avant contre 6 (60%) après ;
- être empathique : 5 (50%) « plutôt oui » avant contre 4 (40%) après, et 5 (50%) « oui » avant contre 6 (60%) après ;
- être rassurant : 8 (80%) « plutôt oui » avant contre 6 (60%) après, et 2 (20%) « oui » avant contre 4 (40%) après ;
- adapter son vocabulaire : 5 (50%) « plutôt oui » avant contre 2 (20%) après, et 5 (50%) « oui » avant contre 8 (80%) après ;
- s'assurer de la bonne compréhension du patient : 7 (70%) « plutôt oui » avant contre 6 (60%) après, et 3 (30%) « oui » avant contre 4 (40%) après.

Concernant les 4 comportements suivants, les réponses sont restées inchangées entre avant et après la formation :

- être à l'écoute : 4 (40%) « plutôt oui » et 6 (60%) « oui » ;
- se présenter systématiquement : 3 (30%) « plutôt oui » et 7 (70%) « oui » ;
- respecter les opinions/croyances du patient : 4 (40%) « plutôt oui » et 6 (60%) « oui » ;
- laisser le temps au patient de s'exprimer : 4 (40%) « plutôt oui » et 6 (60%) « oui ».

Enfin, la proportion de « oui » par rapport aux « plutôt oui » était moins bonne après la formation concernant le fait de prendre son temps : 4 (40%) « plutôt oui » avant contre 6 (60%) après, et 6 (60%) « oui » avant contre 4 (40%) après.

3. ANALYSE DES CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRE

Après la formation, 26 étudiants sur les 43 (soit 60,5%) ont pu mettre en pratique les outils enseignés.

4 outils proposés ont été utilisés par plus de la moitié des étudiants ayant pu pratiquer :

- Métaphore (17 étudiants, soit 65,4% des 26) ;
- Suggestion (20 étudiants, soit 76,9%) ;
- Emploi de l'affirmatif plutôt que du négatif (18 étudiants, soit 69,2%) ;
- Reformulation (16 étudiants, soit 61,5%).

Les autres outils n'ont été utilisés que par une minorité des étudiants :

- « *Mirroring* » : employé par 6 étudiants (23,1%) ;
- Mots mobilisateurs : utilisés par 11 étudiants (42,3%) ;
- Communication hypno-analgésique : essayée par 8 étudiants (30,8%).

Concernant la facilité de mise en place des outils, parmi les 26 étudiants ayant pu les utiliser, 2 (7,7%) ont trouvé cela très difficile, 10 (38,5%) ont trouvé cela difficile, 12 (46,2%) ont trouvé cela facile et enfin les 2 derniers (7,7%) ont trouvé cela très facile.

Les raisons justifiant la difficulté de mise en place étaient le manque d'expérience/de pratique, la difficulté de lâcher-prise, le manque de confiance en soi et la difficulté de capter l'attention du sujet dans un contexte de douleur intense. 1 étudiant (3,8%) a répondu ne pas s'être senti légitime pour pratiquer l'hypnose médicale.

Ceux ayant trouvé cela facile avaient déjà eu une expérience de l'hypnose (personnelle ou par un collègue de travail), s'étaient exercés avec un sujet facilement accessible (patient proche ou membre de la famille) ou facilement réceptif/curieux, ont pu être aidés par une personne ayant plus d'expérience, ou ont pu pratiquer dans un contexte calme et rassurant.

Une partie des étudiants n'ayant pas mis en pratique les outils proposés ont invoqué le fait de n'avoir pas eu l'occasion (par manque de temps ou alors du fait d'un contexte peu propice, notamment en fonction du lieu d'exercice professionnel).

Concernant les réponses à la question « pensez-vous que la communication du médecin a un impact significatif sur les soins prodigués ? », les réponses étaient positives pour 100% des étudiants avant la formation, en revanche, après, 1 étudiant (2,3%) a répondu « non » à cette question pour 41 (95,3%) « oui » et 1 étudiant (2,3%) n'a pas répondu.

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1. Forces de l'étude

L'étude a porté sur l'ensemble de la population concernée par la formation. Les différences relevées peuvent donc être interprétées comme réelles dans ce cas.

D'autre part, aucune étude n'a été retrouvée sur l'évaluation de l'amélioration de la communication dans le soin par une sensibilisation à l'hypnose médicale. Une autre formation de type sensibilisation à l'hypnose médicale a été retrouvée mais n'a fait l'objet d'aucune évaluation ^[42].

D'une manière générale, peu d'études évaluent l'amélioration des compétences en communication après une formation.

Enfin, le questionnaire a été validé par quelques étudiants ayant reçu la formation l'année précédente, puis modifié en fonction de leurs remarques. Nous pouvons donc penser que les questions posées étaient adaptées à la formation.

1.2. Biais de l'étude

1.2.1. Biais de sélection

Le premier biais identifié était celui du recrutement des étudiants. Ils ont fait le choix de participer à l'UEL « Sensibilisation à l'Hypnose » parmi une liste d'enseignements proposée par la faculté. Ceux s'étant inscrits avaient donc au préalable choisi de s'intéresser à l'hypnose (biais de volontariat).

1.2.2. Biais de mesure

Les étudiants de Montpellier ont répondu au premier questionnaire lors du second séminaire (biais de mémoire). Cependant lors du premier séminaire, aucune information relative à la communication n'était abordée.

Un autre biais a été identifié, celui de la présence aux cours. Tous les étudiants n'étaient pas systématiquement présents. Des fiches de présence étaient signées en début de chaque séminaire. Ces documents n'ont pas pu être récupérés, la faculté n'ayant pas souhaité remettre de copie. D'autre part la véracité de ces fiches est discutable. Lors des séminaires de Nîmes, certains étudiants signaient la fiche en début de cours et s'en allaient à la pause, voire signaient pour les absents. Notre étude n'a pas pris cette information en compte et les résultats ont pu en être modifiés. En effet, dans une étude sur l'impact d'une formation à la communication, l'assiduité a été prise en compte et les résultats ont montré que les cours étaient d'autant plus bénéfiques que l'assiduité était bonne ^[41].

Malgré l'absence de fiches de présence, le nombre d'absents lors de certains des séminaires de Nîmes a été relevé. 2 étudiants étaient absents au premier séminaire, 4 au second. Lors du quatrième séminaire, la faculté avait organisé simultanément l'atelier théâtre « annonce d'une maladie grave », les étudiants de 4ème année étaient donc absents.

Le fait que les réponses des étudiants aient nécessité des relances a également pu entraîner un biais. En effet, les réponses données par les étudiants ont été plus ou moins éloignées du dernier cours reçu, la mise en pratique a donc été plus ou moins approfondie et les souvenirs de la formation étaient plus ou moins frais.

Un biais de « désirabilité sociale » peut être relevé. En effet, s'agissant d'une auto-évaluation, certains étudiants ont pu chercher à améliorer la qualité des réponses données pour correspondre de manière plus proche à l'idéal qu'ils se représentent.

Un dernier biais de mesure se trouve dans la façon dont le questionnaire a été développé. Aucune bibliographie n'ayant été retrouvée dans ce domaine, le questionnaire a été élaboré sans méthodologie particulière, en ne se basant sur aucun référentiel. Nous avons cherché à limiter ce biais en le faisant valider à deux reprises : par l'enseignant de la formation dans un premier temps, puis par les étudiants de la promotion précédente par la suite.

1.2.3. Biais de confusion

Les résultats obtenus ont pu être influencés par d'autres formations reçues au cours de l'étude. C'est le cas pour une partie des étudiants de Nîmes qui recevaient, en parallèle de cette UEL, une formation « jeux de rôle », sous forme de pièce de théâtre, sur l'annonce d'une maladie grave.

Les résultats ont pu également être modifiés par l'évolution naturelle des performances au fur et à mesure des différents stages. En effet, les étudiants de Nîmes ont reçu la formation en fin d'année scolaire alors qu'à Montpellier elle a été dispensée en début d'année universitaire. Cette différence correspond environ à 2, voire 3 stages, de différence en fonction du niveau d'études.

1.3. Limites de l'étude

L'échantillon étudié était en nombre restreint du fait du faible recrutement de la formation. Il en découle une puissance moindre et une faible représentativité de la population. Nous n'avons d'ailleurs pas comparé cette représentativité par rapport à la population estudiantine complète.

La formation donnée aux étudiants n'était pas à proprement parler une formation à la communication. Il s'agissait en effet d'une sensibilisation à l'hypnose médicale, incluant une information sur les techniques de communication utilisées dans cette pratique. Les résultats auraient été probablement meilleurs avec une formation à l'hypnose plus approfondie et plus axée sur son versant conversationnel.

Une méthodologie plus pertinente pour l'évaluation avant/après d'une formation aurait pu être utilisée, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) ^[115]. D'autre part, pour l'évaluation des compétences en communication, une étude sur le terrain avec grille d'évaluation des compétences aurait été idéale. La mise en place d'un troisième groupe « témoin » aurait été également une force, en incluant pour comparaison des étudiants ne suivant pas la formation.

Enfin, les résultats retrouvés ne sont pas spectaculaires, les modifications sont assez minimales. Peut-être ces résultats seraient-ils meilleurs avec la mise en place de moyens supérieurs : plus d'heures de cours, formation étalée sur plusieurs années avec rappels dans les années supérieures, une évaluation des acquis avec pré-test et post-test (ces 3 éléments rejoignent en effet les conseils apportés par le groupe de travail canadien ^[18]), un investissement plus important de la faculté (en évitant le chevauchement des formations), ou véritable formation à l'hypnose médicale.

2. A PROPOS DES RESULTATS

Les résultats semblaient montrer un impact plus marqué de la formation à Nîmes avec, notamment, une auto-évaluation pré-formation et une évolution de celle-ci plus importantes. Ces résultats pourraient s'expliquer par les biais retrouvés à Montpellier, absents à Nîmes, et peut-être par la différence de sex-ratio entre les 2 facultés. Le reste de la discussion n'aborde pas ces différences.

2.1. Auto-évaluation des compétences en communication

2.1.1. Concernant la totalité de l'échantillon

Le niveau d'évaluation des étudiants est étonnant (**6,36/10** avant la formation en moyenne) et nous nous attendions à le retrouver plus faible. Ils semblaient se sentir en effet assez sûrs d'eux. Une thèse s'est intéressée au ressenti d'internes en médecine générale dans la relation médecin-patient ^[116]. Dans ce travail, il ressort que 76,5% des internes interrogés présentent des difficultés relationnelles, ce qui est très discordant avec les résultats que nous retrouvons. La comparaison de ces données reste cependant sujette à caution du fait de la différence du type d'évaluation et de la population étudiée. De plus, l'existence d'un biais de désirabilité social fait se poser la question de savoir s'il s'agit d'une vraie compétence de leur part ou d'un désir de l'avoir. Il serait intéressant d'évaluer le ressenti des patients, d'autant qu'il a été montré que ces derniers ressentaient l'impact d'une formation à la communication ^[8, 14-16, 30, 34, 43, 58].

L'étude montre une **amélioration de l'auto-évaluation** de la compétence en communication. Elle a été augmentée de **0,66 point/10** concernant l'ensemble de la population.

Des nombreuses études qualitatives ont été réalisées évaluant le ressenti d'étudiants sur l'impact d'une formation à la communication ^[30, 40, 41, 43-45, 62, 64, 88, 116]. Cependant les formations évaluées par ces travaux concernaient une formation à la communication indépendante de l'hypnose médicale, et les résultats n'ont pas permis de quantifier cette amélioration.

D'autres études se sont intéressées à l'impact d'une formation à l'hypnose sur le ressenti des patients ou celui des médecins sur leur relation avec le patient ^[87, 109-113]. Les résultats de ces travaux n'ont pas pris en compte l'aspect communication de la relation.

Ce bénéfice se retrouve dans tous les sous-groupes. Au vu de la puissance de l'étude, liée au nombre restreint d'étudiants, nous ne nous attendions pas à retrouver une amélioration aussi nette et présente quel que soit le sous-groupe.

2.1.2. Selon le niveau et le type d'études

L'auto-évaluation était initialement **meilleure au fur et à mesure** que les étudiants étaient plus avancés dans le cursus. Par ailleurs il était meilleur pour les étudiantes en maïeutique que pour les étudiants médecins :

- en 3^{ème} année : **5,57/10** ;
- en 4^{ème} année : **6,28/10** ;
- en 5^{ème} année : **6,33/10** ;
- en maïeutique : **7,1/10**.

Ce résultat semble logique, mais aucun résultat similaire n'a été retrouvé dans la littérature. Les études retrouvées s'attardaient à montrer seulement l'amélioration au sein d'un niveau d'études particulier ^[40, 41, 64, 88, 116], ou bien sans s'intéresser à la différence selon le niveau ^[30, 43-45].

Il est licite d'interpréter ce résultat en fonction de l'évolution naturelle de l'expérience au cours du cursus médical. Concernant les étudiants en maïeutique, peut-être ce résultat peut-il s'expliquer par la différence concernant les études, ciblées sur un seul type de patients. Aucun article n'a été recherché concernant ce domaine et on ne peut donc pas comparer ce résultat à la littérature.

L'**amélioration a été d'autant plus importante** que le niveau d'études était faible, et plus importante pour les médecins que pour les sages-femmes :

- en 3^{ème} année : amélioration de **1,29/10** ;
- en 4^{ème} année : amélioration de **0,77/10** ;
- en 5^{ème} année : amélioration de **0,5/10** ;
- en maïeutique : amélioration de **0,3/10**.

De la même manière que précédemment, ce résultat semble logique. Les étudiants se sentant le moins performants ont ressenti le plus d'impact de la formation. Aucune étude ayant évalué ce type d'évolution n'a été retrouvée. Il n'a pas été non plus retrouvé d'informations concernant l'impact d'une formation à l'hypnose médicale sur la compétence en communication de manière chiffrée. En revanche, des évaluations qualitatives du ressenti ont été retrouvées allant dans le sens de notre étude ^[109, 111-113]. Ces études concernent soit des médecins déjà en activité, soit des internes, ce qui fait que notre travail reste unique.

Ces éléments semblent importants à noter étant donné qu'ils permettent d'argumenter la nécessité de **débuter au plus tôt** au cours du cursus initial ce type de formation. Cela corrobore donc ce qui est recommandé par le groupe de travail de la SIFEM ^[18].

2.2. Modification du ressenti en situation clinique

2.2.1. Concernant la totalité de l'échantillon

Les étudiants semblaient **se sentir plus à l'aise** dans certaines situations cliniques après avoir suivi la formation :

- **annonce d'une maladie grave/d'un décès** : 13,9% de plus d'étudiants « à l'aise » et 2,3% de moins d'étudiants « mal à l'aise » ;
- prise en charge d'un **patient non compliant aux soins** : 11,6% de plus d'étudiants « à l'aise » et 21% de moins d'étudiants « mal à l'aise » ;
- prise en charge d'un **patient vivant une forte émotion** : 18,6% de plus d'étudiants « à l'aise » et 18,6% de moins d'étudiants « mal à l'aise ».

Ces 3 situations étaient également celles **vécues comme les plus difficiles** parmi les 6 proposées.

Il faut également noter une dégradation du sentiment d'aisance dans la prise en charge d'un patient à l'aspect physique altéré, et dans celle d'un patient « tout venant ». Cependant cette dégradation ne concernait à chaque fois qu'1 à 2 étudiants (soit 2,3% à 4,7%). On ne peut interpréter ce résultat « négatif » du fait du faible échantillonnage de l'étude. En revanche les améliorations l'étaient de manière plus importante et donc significatives.

Le fait qu'une formation améliore le vécu de l'annonce d'une maladie grave/d'un décès semble acquis, au vu du nombre de formations qu'il existe spécifiquement dédiées à ce thème (séminaires, ateliers théâtre, groupes d'inspiration Balint, etc.). De plus, cet aspect a déjà été étudié ^[65] et a même fait l'objet d'une recommandation par la HAS en 2008 ^[117]. En revanche, aucune évaluation de l'efficacité d'une formation à l'hypnose médicale n'a été retrouvée sur ce domaine particulier, de même pour une formation à la communication de manière générale.

Ce que notre étude soulève de nouveau sont les 2 autres situations **vécues comme difficiles** : prise en charge d'un **patient vivant une forte émotion** et d'un **patient non compliant aux soins**. Aucune étude n'a été retrouvée sur les types de situations ressenties comme difficiles ou sur les améliorations que peuvent apporter une formation à la communication. Cependant, les étudiants en médecine semblent souhaiter être formés à la relation dans certaines de ces situations : annonce d'une mauvaise nouvelle, prise en charge d'un patient vivant une forte émotion ou d'un patient non communicant ^[43]. De plus, un article, ayant pour objectif de proposer un canevas servant de base à une formation à la communication, cite ces situations parmi celles sur lesquelles il faut axer les informations délivrées ^[118].

Des études qualitatives sur ce sujet semblaient montrer soit qu'il n'y avait pas d'évolution statistiquement significative après une formation à la communication ^[119], soit qu'il est important de maîtriser un répertoire complet de relations différentes en se formant à plusieurs modèles de communication ^[118, 120].

Quelle que soit l'origine facultaire ou le niveau d'études, les situations **vécues difficilement** restaient globalement les mêmes : **annonce d'une maladie grave/d'un décès**, prise en charge d'un **patient vivant une forte émotion**, prise en charge d'un **patient non compliant aux soins**.

Par ailleurs, on remarque que, parmi les situations cliniques dans lesquelles l'aisance a été améliorée après la formation, quelle que soit la faculté d'origine, le niveau ou le type d'études, se trouvaient au moins 1, voire 2 situations, faisant partie des situations vécues comme le plus difficile. Ceci montre donc l'intérêt de la formation sur le ressenti en situation clinique, en accord avec les recommandations ^[118].

2.2.2. Selon le niveau et le type d'études

En 3^{ème} année, l'**annonce d'une maladie grave/d'un décès** (+28,6% d'étudiants « à l'aise » et -28,5% d'étudiants « mal à l'aise ») et la prise en charge d'un **patient vivant une forte émotion** (+14,3% d'étudiants « à l'aise » et -28,5% d'étudiants « mal à l'aise ») ont été les 2 seules situations **améliorées**. Il n'y a pas eu de dégradation du ressenti dans les autres situations. Enfin, ces 2 situations, avec la prise en charge d'un **patient non compliant aux soins**, étaient les plus **difficilement vécues** par les étudiants.

En 4^{ème} année, ce sont la prise en charge d'un **patient non compliant aux soins** (+15% d'étudiants « à l'aise » et -30% d'étudiants « mal à l'aise ») et celle d'un **patient à l'aspect physique altéré** (+5% d'étudiants « à l'aise » et -5% d'étudiants « mal à l'aise ») qui étaient **améliorées** après la formation. Avec la prise en charge d'un **patient vivant une forte émotion**, celle d'un **patient non communicant** et l'**annonce d'une maladie grave/d'un décès**, la prise en charge d'un **patient non compliant aux soins** faisait partie des situations cliniques dans lesquelles les étudiants se sentaient **le moins à l'aise**.

Pour ces étudiants, 2 situations ont été moins bien vécues après la formation. Cependant l'interprétation de cette dégradation est sujette à caution : la prise en charge d'un **patient non communicant** a vu le nombre d'étudiants s'estimant « n'avoir jamais rencontré la situation » augmenter (ce qui rend l'interprétation impossible), et la modification du ressenti dans la prise en charge d'un **patient « tout venant »** ne concernait qu'1 étudiant (soit 5%), ce qui comme précédemment peut être attribué aux biais de l'étude et à la faible population de ce sous-groupe.

En 5^{ème} année, 3 situations ont été **mieux vécues** après la formation : l'**annonce d'une maladie grave/d'un décès** (+33,3% d'étudiants « à l'aise »), la prise en charge d'un **patient non communicant** (+16,6% d'étudiants « à l'aise » et -16,6% d'étudiants « mal à l'aise »), et celle d'un **patient vivant une forte émotion** (+33,3% d'étudiants « à l'aise » et -33,3% d'étudiants « mal à l'aise »). Avec la prise en charge d'un **patient non compliant** aux soins, l'**annonce d'une maladie grave/d'un décès** et la prise en charge d'un **patient vivant une forte émotion** étaient les 3 situations dans lesquelles les étudiants se sentaient **le moins à l'aise**. La prise en charge d'un **patient à l'aspect physique altéré** a été vécue comme plus difficile après la formation (+50% d'étudiants « mal à l'aise » et -50% d'étudiants « à l'aise »). Il s'agit de la seule situation, tous sous-groupes confondus, à avoir montré une vraie dégradation du ressenti. Cependant elle peut être expliquée par le faible nombre d'étudiants dans ce sous-groupe (n=6). D'autre part la prise en charge d'un **patient non compliant aux soins** a également montré une dégradation, mais celle-ci ne concernait qu'1 étudiant (16,7%) et peut être expliquée par les biais de l'étude et le faible nombre du sous-groupe.

En maïeutique, on retrouve une **amélioration du ressenti** dans les situations suivantes : la prise en charge d'un **patient non communicant** (+20% d'étudiants « à l'aise » et -20% d'étudiants « mal à l'aise »), celle d'un **patient non compliant aux soins** (+30% d'étudiants « à l'aise » et -30% d'étudiants « mal à l'aise »), celle d'un **patient vivant une forte émotion** (+50% d'étudiants « à l'aise » et -50% d'étudiants « mal à l'aise »), et celle d'un **patient « tout venant »** (+10% d'étudiants « à l'aise » et -10% d'étudiants « mal à l'aise »). Parmi celles-ci, les situations de prise en charge d'un **patient vivant une forte émotion** et celle d'un **patient non compliant aux soins** étaient les 2 situations dans lesquelles les étudiants se sentaient **le moins à l'aise**. Il n'y a pas eu de dégradation de ressenti dans ce sous-groupe.

Concernant l'impact d'un enseignement à la communication en fonction du niveau d'études, quelques études ont été retrouvées allant dans ce sens [30, 40, 41, 43-45, 64, 88, 116]. Cependant, ces études ne s'intéressaient qu'au ressenti global des formations sans faire de différence selon les situations cliniques. Certaines n'ont étudié qu'un niveau d'études particulier [40, 41, 64, 88, 116], et les autres n'ont pas fait de différence selon le niveau [30, 43-45]. L'extrapolation reste donc limitée.

2.3. Modification des comportements

2.3.1. Concernant l'ensemble de la population

5 comportements ont été **améliorés** après la formation : **rassurer le patient**, **faire attention au vocabulaire employé**, **faire attention à son comportement non verbal**, **faire preuve d'empathie** et **respecter les opinions/croyances du patient**.

Aucun comportement ne s'est dégradé après la formation.

Les étudiants ont modifié une partie de leurs comportements avec le patient, notamment sur la prise de conscience du comportement verbal (vocabulaire employé) et non-verbal.

Cette différence relevée est cohérente avec des études menées sur le ressenti des médecins pratiquant l'hypnose et les patients ayant essayé cette pratique [42, 109-113]. L'hypnose entraînerait un changement de comportement du médecin vis-à-vis de son patient et permettrait donc d'améliorer la communication entre eux, et la compréhension par les soignants du problème du soigné.

Il s'agit cependant à nouveau d'un résultat innovant car aucun des articles lus n'évaluait les comportements adoptés ou non par des externes, internes, ou médecins, formés à la communication, ou à l'hypnose médicale. Les seuls documents abordant vaguement ce sujet se consacraient simplement à rappeler les compétences importantes à prendre en compte en terme de communication [34, 43, 77-79, 81, 118, 120, 121]. Les comportements cités sont proches de ceux qui ont été ressentis comme améliorés par l'UEL : comportement verbal et non verbal du patient et du médecin, adaptation du vocabulaire, vérifier la bonne compréhension du patient, respect, écoute, attitude et langage en miroir, empathie, réassurance, respect des silences, humour et bienveillance.

Parmi ces travaux, certains relevant les souhaits des patients soulèvent des comportements qui n'ont pas été analysés par notre étude : humour, bienveillance, usage réfléchi des interruptions, emploi de questions ouvertes et renforcement positif [78, 118, 120, 121]. Cependant ces comportements sont peu utilisés en hypnose.

2.3.2. Selon le niveau et le type d'études

En 3^{ème} année, les comportements que les étudiants ont déclaré avoir **plus mis en pratique** étaient le fait de **faire attention au vocabulaire employé**, de **respecter les opinions/croyances du patient** et de **se présenter systématiquement**. En revanche, ils déclaraient moins avoir **fait attention à leur comportement non verbal**. Ils se jugeaient également moins **à l'aise dans l'entretien avec le patient**, mais cette modification concernait 1 seul étudiant (soit 14,3%) et peut donc être attribuée aux biais de l'étude et au faible nombre d'étudiants dans l'échantillon (n=7).

En 4^{ème} année, les étudiants se déclaraient **davantage à l'aise dans l'entretien avec le patient**, plus **empathiques**, plus **rassurants**, faire plus **attention à leur vocabulaire** et à leur **comportement non verbal**. Le fait de **se présenter systématiquement** a semblé être moins mis en pratique, mais comme précédemment cette différence est due à 1 seul étudiant (soit 5%) et peut être attribuée aux biais de l'étude.

En 5^{ème} année, seule l'**attention portée au comportement non verbal** a été déclarée comme **améliorée**. Tous les autres comportements étaient déclarés comme adoptés par tous.

En maïeutique, il n'y a eu d'**amélioration** également que pour l'**attention portée au comportement non verbal**, et tous les autres comportements étaient adoptés par tous.

Les modifications ont été **plus importantes** pour les étudiants de niveau d'études les plus faibles, et de moins en moins de modification ont été notées au fur et à mesure que le niveau d'études avançait. Cela va dans le même sens que les recommandations prononcées par le groupe de travail de la SIFEM de débiter la formation **au plus tôt dans le cursus** ^[18].

Les modifications ont été majoritairement en faveur des **comportements verbaux** pour les plus jeunes (en termes de niveau d'études), et se sont progressivement dirigées vers les **comportements de type non verbaux** pour les plus âgés, qui par ailleurs semblaient considérer mettre en pratique correctement les comportements de type verbaux. Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans la littérature.

Aucune recherche concernant spécifiquement les études de maïeutique n'a été effectuée. Cependant l'évolution retrouvée semble similaire aux étudiants en médecine, bien qu'en moindre proportion. Il semble donc approprié de penser que les résultats sont proches et interprétables au même titre que les étudiants en médecine.

2.4. Emploi des outils hypnotiques et impact de la communication sur les soins

La majorité des étudiants (60,5%) a pu mettre en pratique les outils appris lors de la formation, avec une prédominance pour les techniques verbales (métaphore, suggestions, langage affirmatif et reformulation). Ce qui va dans le sens des modifications comportementales retrouvées. D'autre part, l'emploi de ces outils après la sensibilisation à l'hypnose médicale rejoint ce que la littérature décrit ^[112, 113] : apprendre l'hypnose permet une utilisation quotidienne des techniques de communication qu'elle apporte.

La mise en pratique de ces outils a été difficile pour 46,2% de ces étudiants et facile pour 53,8%.

Il est surprenant de constater que beaucoup d'étudiants ont pratiqué facilement. Ce sentiment est en accord avec celui dont m'a fait part le Dr Nicklès, enseignant de l'UCL, concernant les mémoires de fin d'année. Nous avons choisi de ne pas intégrer ces mémoires à l'étude. En effet de nombreux travaux qualitatifs ont déjà été effectués sur l'impact d'une formation à l'hypnose sur la pratique des médecins ^[109, 111-113]. Cependant il serait intéressant d'en effectuer une analyse qualitative, au vu des résultats de notre étude, et de la comparer à la littérature qui concerne exclusivement des formations complètes à l'hypnose, adressées à des médecins déjà en activité ou en cours d'internat. Cela permettrait d'apporter plus de précision aux résultats de notre étude et de vérifier la concordance entre nos résultats et ce qu'ont compris les étudiants.

Enfin, la grande majorité (100% avant la formation et 95,3% après) était d'accord avec le fait que la communication a un impact significatif sur les soins prodigués. Ce résultat montre que les étudiants inscrits à l'UCL ont bien conscience de l'importance de la communication dans le soin, ce qui est démontré dans la littérature ^[8-32]. La réponse à cette question était attendue. En effet, sa formulation (« Pensez-vous que la communication du médecin a un impact significatif sur les soins prodigués? ») laissait peu de place à une autre réponse. La significativité de ce résultat est donc tout à fait discutable bien qu'il ait été montré par d'autres études qu'effectivement la communication a un réel impact sur l'efficacité des soins ^[8-32].

3. FIN DE LA DISCUSSION

Notre étude a cherché à évaluer si l'UEL « Sensibilisation à l'Hypnose » permettrait aux étudiants de se sentir mieux en termes de compétence en communication, d'aisance dans les différentes situations cliniques et de comportement avec le patient. En effet, quelle que soit la faculté d'origine ou le niveau, voire le type d'étude, **ce résultat a été positif**, dans des proportions plus ou moins nettes.

Les étudiants se jugeaient **bons communicants**, surtout à Nîmes et lorsqu'ils étaient plus avancés dans la formation (meilleurs en 5^{ème} année et en maïeutique). Après la formation, tous les étudiants ont noté se sentir **meilleurs** en terme de communication, de manière d'autant plus importante à Nîmes qu'à Montpellier, et que les étudiants étaient plus jeunes (en terme de niveau d'études).

Parmi les situations cliniques dans lesquelles les étudiants se sentaient le moins à l'aise, **l'annonce d'une maladie grave/d'un décès** était déjà connue. De nombreuses facultés ont inclus, dans le cursus des études médicales, des formations à cette prise en charge spécifique. Cependant, notre étude a permis de révéler 2 autres situations vécues difficilement : **patient non compliant aux soins** et **patient vivant une forte émotion**.

L'étude nous révèle que l'UEL permettait d'une part d'**améliorer le ressenti** dans l'annonce d'une maladie grave/d'un décès, au même titre que les autres formations à la prise en charge de cette situation ; d'autre part, cette sensibilisation à l'hypnose médicale a permis aux étudiants de se sentir plus à l'aise dans les 2 autres interactions avec le patient vécues comme difficiles.

Avant la formation, les étudiants déclaraient adopter majoritairement la quasi-totalité des comportements proposés. Après la formation, tous les étudiants (quelle que soit la faculté d'origine, le niveau ou le type d'études) ont déclaré avoir **amélioré leurs comportements** avec le patient. Il faut remarquer que cette modification était d'autant plus importante que le niveau d'études était faible, et l'amélioration portait sur les comportements de type **verbal** chez les plus jeunes et **non verbal** chez les plus âgés.

La majorité des étudiants (60,5%) a su mettre en pratique les outils appris (essentiellement les techniques verbales de métaphore, suggestion, syntaxe affirmative plutôt que négative, et reformulation), répartis quasiment équitablement entre ceux qui ont trouvé cela difficile et ceux ayant trouvé cela facile.

Enfin, tous étaient d'accord pour affirmer que la communication a un impact significatif sur les soins.

Ces résultats soulèvent 2 points d'intérêt essentiels.

Il était déjà connu que les formations à la communication étaient d'autant plus efficaces qu'introduites tôt dans le cursus, ce qui était recommandé. Ce que nos résultats suggèrent est que ces formations semblent plus efficaces sur les éléments de **communication verbale** chez les plus jeunes et **non verbale** chez les plus âgés.

Par ailleurs, nous savions que l'hypnose médicale permettait une meilleure communication des médecins, voire des internes, mais nous l'ignorions chez les externes. Nous avons donc pu montrer que cela semble également être le cas **dès le cursus initial** des études médicales.

Les idées soulevées par notre étude sont importantes et innovantes. C'est la première étape d'un travail plus profond nécessaire pour confirmer ces nouveautés. Une étude sur plusieurs promotions serait nécessaire pour affirmer ou infirmer les résultats retrouvés. D'autre part, un suivi sur le long terme pourrait être intéressant afin d'évaluer dans le temps si les modifications relevées persistent. Il faudrait également évaluer d'une autre manière l'impact de cette formation : par évaluation externe en situation clinique plutôt qu'auto-évaluation, comparaison à un bras « témoin », ou encore comparaison à un autre type de formation. Enfin un travail en parallèle par analyse qualitative des mémoires de fin d'année permettrait d'apporter des données complémentaires, voire nouvelles, et de confronter nos résultats à ce qu'ont compris les étudiants. Il serait également utile de s'intéresser au ressenti des patients à la suite de cette formation.

Notre étude permet de proposer des éléments que l'on pourrait apporter afin d'améliorer l'efficacité de la formation : **enseignement sur plusieurs années** en débutant **dès les premiers contacts** avec les patients, axer la formation sur les éléments de **communication verbale aux plus jeunes** et **communication non verbale aux plus âgés**, davantage de **pratique de la communication** pendant les séminaires, et pourquoi pas offrir une **formation complète à la pratique de l'hypnose médicale**.

Ce travail pourra être par la suite présenté aux directeurs de la faculté de Montpellier-Nîmes en vue d'investir plus de moyens dans cette formation. Il pourra également servir de base à une amélioration de la formation dispensée. Enfin, peut-être que notre étude permettra d'étendre la portée de cet enseignement qui nous a démontré son intérêt ?

CONCLUSIONS

L'hypnose médicale, qui prend ses sources dans les techniques ancestrales de soin par le verbe et qui emploie des outils de communication, est une pratique de plus en plus étendue en France. Elle est le sujet de nombreuses études, aussi bien sur son fonctionnement que sur son impact ; sa popularité et sa médiatisation ne font que s'accroître depuis quelques années.

Nous nous sommes donc intéressés à l'Unité d'Enseignement Libre (UEL) proposée par la faculté de Montpellier-Nîmes : « Sensibilisation à l'Hypnose » : 20 heures de cours théoriques ponctuées de quelques exercices pratiques, et réparties sur 4 séminaires à Montpellier et 5 à Nîmes. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer si les étudiants formés se sentaient mieux en termes de compétence en communication, d'aisance dans les différentes situations cliniques et de comportement avec le patient. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les outils qu'avaient pu mettre en pratique les étudiants à l'issue de la formation, avec quelle facilité, et d'évaluer leur opinion sur l'impact de la communication sur l'efficacité des soins.

Notre étude était quantitative, descriptive, par questionnaires avant-après formation. Les questionnaires ont été élaborés avec la responsable de l'enseignement puis testés par des étudiants de la promotion précédente. Les critères de jugement principaux étaient l'évolution de l'auto-évaluation de la compétence en communication (sur une échelle de 0 à 10), celle du ressenti en situations cliniques (situations les plus difficiles et les plus modifiées) et celle des modifications comportementales avec le patient. Les critères de jugement secondaires étaient les principaux outils utilisés après la formation, la facilité ressentie quant à l'utilisation de ces outils et la modification de l'opinion sur l'impact de la communication du médecin sur l'efficacité des soins.

Les 43 étudiants inscrits à la formation étaient inclus : 22 à Montpellier, 21 à Nîmes ; d'âge moyen 22,91 ans ; 11 hommes, 32 femmes ; 33 étudiants médecins, 10 maïeuticiens. Les niveaux d'études allaient de la 3ème à la 5ème année. Tous les étudiants ont répondu aux 2 questionnaires, l'étude a donc été menée sur l'ensemble de la population.

Au niveau des résultats, l'auto-évaluation de la compétence en communication a évolué de 6,36 à 7,02/10. Elle était meilleure pour les étudiants en 5ème année et les maïeuticiens. L'évolution positive s'est retrouvée dans tous les sous-groupes, et de manière d'autant plus importante que le niveau d'études était faible.

Les situations cliniques vécues le plus difficilement sont les mêmes que les situations qui ont été améliorées après la formation : annonce d'une maladie grave/d'un décès, prise en charge d'un patient non compliant aux soins, et gestion d'une forte émotion vécue par un patient. Ces résultats étaient globalement les mêmes quels que soient les sous-groupes étudiés. 3 comportements ont été essentiellement renforcés : rassurer le patient, faire attention au comportement non-verbal, et faire attention au vocabulaire employé. Ces améliorations se retrouvent dans tous les sous-groupes. Selon le niveau d'études, les comportements verbaux ont été principalement améliorés pour les plus jeunes contrairement aux plus anciens qui ont surtout amélioré leur non-verbal.

Plus de la moitié des étudiants (60,5%) a pu mettre en pratique les outils appris, essentiellement des techniques de communication verbale pour le plus grand nombre : métaphore, suggestion, emploi de l'affirmatif plutôt que du négatif, et reformulation. L'utilisation des outils appris a été jugée comme facile pour 53,8% de ces étudiants, et difficile pour les 46,2% restant. Enfin, 100% des étudiants pensait que la communication du médecin a un impact sur l'efficacité des soins avant la formation contre 95,3% après (1 étudiant, soit 2,3%, n'ayant pas répondu).

Les forces de l'étude étaient d'avoir été menée sur la population totale, d'être la première évaluant l'impact d'une sensibilisation à l'hypnose et d'être la première évaluant l'impact de l'hypnose médicale chez des externes.

Les principales faiblesses de notre étude étaient les biais suivants : biais de sélection liés à l'inscription à l'UEL par choix et à la faible population qui en découle, biais de mesure liés à la présence non systématique des étudiants aux cours (bien qu'obligatoires) et à un nombre important de relances pour récupérer les réponses au second questionnaire, et biais de confusion lié à la présence d'une formation sous forme de jeux de rôle à l'annonce d'une mauvaise nouvelle déjà existante à la faculté de Montpellier-Nîmes.

Les résultats révèlent une progression du même ordre que celle retrouvée dans la littérature. De plus, nous avons soulevé des nouveaux points d'intérêt. La formation a été plus efficace sur la partie verbale de la communication pour les plus jeunes et sur le versant non-verbal pour les plus anciens. D'autre part, nous avons pu montrer qu'une formation à l'hypnose améliorerait la communication des externes (ce que l'on savait pour les médecins thésés et les internes).

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)

MOREAU Alain



Vu et Permis d'imprimer

Lyon, le 28 10 15

Vu, Le Doyen de la Faculté de
Médecine et de Maïeutique Lyon-Sud
Charles Mérieux



Carole BURILLON

Vu, le Président de l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des Etudes
Médicales



Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Grand Robert de la langue française. Version d'essai 10 jours.
<https://www.lerobert.com/decouvrez-gratuitement-nos-dictionnaires.html>
(Consulté le 16/03/2015)
2. Faculté de médecine Lyon Sud. SERMENT MÉDICAL D 'HIPPOCRATE.
http://lyon-est.univ-lyon1.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1320402908705 (Consulté le 03/01/2015)
3. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1966. In: Société Française de Médecine Générale. Fiche 15 Compagnie d'investissement Mutuel.
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/817/fichier_fiche15_compagnie_investissement_muteld6b4b.pdf (Consulté le 03/01/2015)
4. Légifrance. Article R4127-35 du code de la santé publique.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210> (Consulté le 04/02/2015)
5. Société Française de Médecine Générale. Fiche 15 Compagnie d'investissement Mutuel.
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/817/fichier_fiche15_compagnie_investissement_muteld6b4b.pdf (Consulté le 03/01/2015)
6. Bernard F, Musellec H. La communication dans le soin. Rueil-Malmaison: Wolters Kluwer France; 2013.
7. Werber B. Nouvelle encyclopédie du savoir relatif et absolu. Paris: LGF/Livre de poche; 2011.

8. World Health Organization. Doctor-patient interaction and communication. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf (Consulté le 20/02/2015)
9. Egbert LD, Battit BE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med*. 1964 apr 16;270:825-7. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ*. 1990 jun 1;83(2):54-6.
10. Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication: Patients' response to medical advice. *N Engl J Med*. 1969 mar 6;280(10):535-40.
11. Gordis L, Markowitz M, Lilienfeld AM. Why patients don't follow medical advice: A study of children on long-term antistreptococcal prophylaxis. *J Paediatr*. 1969 dec;75(6):957-68. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ*. 1990 jun 1;83(2):54-6.
12. Fisher AW. Patients' evaluation of out-patient medical care. *J Med Educ*. 1971 mar;46(3):238-44. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ*. 1990 jun 1;83(2):54-6.
13. Smith CH, Armstrong D. Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioner services. *BMJ*. 1989 aug 9;299(6697):494-6.
14. Roter DL. Patient participation in patient provider interaction: the effects of patient question-asking on the quality of interaction, satisfaction, and compliance. *Health Educ Monogr*. 1977;5(4):281-315. In: Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 nov 30;303(6814):1385-7.

15. DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press; 1982. In: Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 nov 30;303(6814):1385-7.
16. Bartlett EE, Gravson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communication skills on patient satisfaction: recall, and adherence. *J Chronic Dis*. 1984;37(9-10):755-64.
17. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 mai 1;152(9):1423-33.
18. Lussier MT, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. *Pédagogie Médicale*. 2007 may;8(2):121-5.
19. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 mar;74(3):295-301.
20. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*. 2003 sept;57(5):791-806 In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 mar;74(3):295-301.
21. Epstein RM, Street RL Jr. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda: National Cancer Institute, NIH; 2007. In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 mar;74(3):295-301.
22. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989 mar;27 Suppl 3:S110-27.

23. Jackson JL. Communication about symptoms in primary care: impact on patient outcomes. *J Altern Complement Med.* 2005;11 Suppl 1:S51-6. In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009 mar;74(3):295-301.
24. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000 sep;49(9):796-804. In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009 mar;74(3):295-301.
25. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Henrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol.* 1987;6(1):29-42. In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009 mar;74(3):295-301.
26. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol.* 1999 jan;17(1):371-9. In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009 mar;74(3):295-301.
27. Ward MM, Sundaramurthy S, Lotstein D, Bush TM, Neuwelt CM, Street RL Jr. Participatory patient-physician communication and morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2003 dec 15;49(6):810-8. In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009 mar;74(3):295-301.

28. Street RL Jr, Voigt B. Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Med Decis Making*. 1997 jul-sep;17(3):298-306. In: Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 mar;74(3):295-301.
29. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. 1999 feb;3(1):25-30.
30. Sanson-Fisher R, Maguire P. Should skills in communicating with patients be taught in medical schools? *Lancet*. 1980 sep 6;2(8193):523-6.
31. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003 sep;87(5):1115-45.
32. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I- Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ*. 1986 jun 14;292:1573-6. In: Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002 sep 28;325(7366):697-700.
33. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*. 2002 jun;29 Suppl 2:S23-9.
34. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med*. 2006 jun;35(6):967-73.
35. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998. In: Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002 sep 28;325(7366):697-700.
36. Moorhead RG. Communication skills training for general practice. Thèse d'exercice: Médecine: University of Adelaide; 2000. <https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/38376/1/09mdm825.pdf> (Consulté le 20/02/2014)

37. Société Française de Médecine Générale. Fiche 41 Remède médecin, effet médecin.
http://www.sfmng.org/data/actualite/actualite_fiche/341/fichier_manuel_extrait6889d.pdf (Consulté le 20/10/2015)
38. Faculté de médecine Lyon Sud. Programme de l'UE7 de la PACES. http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/medias/fichier/programme-2014-2015-ue7-affichage_1411374470518-pdf (Consulté le 18/03/2015)
39. Site internet Remède. Programme de l'UE1 de l'ECN. <http://www.remede.org/documents/ue1-apprentissage-de-l-exercice.html> (Consulté le 27/01/2015)
40. Guigot M, Menard JF, Weber J, Colin R. Mesure de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale d'étudiants en médecine de 2^e année. *Pédagogie Médicale*. 2002 feb;3(1):8-13.
41. Guigot M, Menard JF, Lechevallier J, Weber J. Confirmation de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à communiquer d'étudiants en médecine de deuxième et troisième années. *Pédagogie Médicale*. 2004 nov;5(4):200-3.
42. Site de l'Institut Français d'Hypnose. La communication hypnotique: interview d'Antoine Bioy. <http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/article-la-communication-hypnotique/> (Consulté le 07/07/2015)
43. Lussier MT, Richard C. Time flies. *Can Fam Physician*. 2007 jan;53:46-7.
44. Querbes V. Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication: enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan. Thèse d'exercice: Médecine: Université Européenne de Bretagne Rennes 1; 2015
45. Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ*. 1990 jun 1;83(2):54-6.

46. Pilowski I. The interrupted interview: a method for facilitating the development of clinical observational skills. *Med Educ.* 1978 sep;12(5):357-9. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
47. Carroll JG, Monroe J. Teaching medical interviewing: a critique of educational research and practice. *J Med Educ.* 1979 jun;54(6):498-500. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
48. Barsky AJ, Kazis LE, Freiden RB, Goroll AH, Hatem CJ, Lawrence RS. Evaluating the interview in primary care medicine. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol.* 1980 dec;14A(6):653-8. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
49. Carroll JG, Monroe J. Teaching clinical interviewing in the health professions: a review of empirical research. *Eval Health Prof.* 1980 mar;3(1):21-45. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 juin 1;83(2):54-6.
50. Betchart NS, Anderson DG, Thompson TL 2nd, Mumford E. A tutorial approach to improving medical students' interviewing skills. *J Med Educ.* 1984 may;59(5):431-3. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
51. Monahan DJ, Grover PL, Kavey RE, Greenwald JL, Jacobsen EC, Weinberger HL. Evaluation of a communication skills course for second-year medical student. *J Med Educ.* 1988 may;63(5):372-8. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 juin 1;83(2):54-6.

52. Mason JL, Barkley SE, Kappelman MM, Carter DE, Beachy WV. Evaluation of self-instructional method for improving doctor-patient communication. *J Med Educ*. 1988 aug;63(8):629-35. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ*. 1990 jun 1;83(2):54-6.
53. Irwin WG, Bamber JH. An evaluation of medical student behaviours in communication. *Med Educ*. 1984 mar;18(2):90-5. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ*. 1990 jun 1;83(2):54-6.
54. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 1998. In: Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*. 2004 may;5(2):110-26.
55. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003 aug;78(8):802-9. In: Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*. 2004 may;5(2):110-26.
56. Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2006.
57. Bally K, Berchtold-Ledergerber V, Hofer G, Karger A, Kiss A, Kressig RW, et al. La communication dans la médecine quotidienne: un guide pratique. Bâle: Académie Suisse des Sciences Médicales; 2013.
58. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002 sep 28;325(7366):697-700.

59. Sanson-Fischer RW, Redman S, Walsh R, Mitchell K, Reid AL, Perkins JJ. Training medical practitioners in information transfer skills: the new challenge. *Med Educ.* 1991 jul;25(4):322-33. In: World Health Organization. Doctor-patient interaction and communication. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf (Consulté le 20/02/2015)
60. Kahn GS, Cohen B, Jason H. The teaching of interpersonal skills in U.S. medical schools. *J Med Educ.* 1979 jan;54(1):29-35. In: World Health Organization. Doctor-patient interaction and communication. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf (Consulté le 20/02/2015)
61. Bird J, Hall A, Maguire P, Heavy A. Workshops for consultants on the teaching of clinical communication skills. *Med Educ.* 1993 mar;27(2):181-5. In: World Health Organization. Doctor-patient interaction and communication. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf (Consulté le 20/02/2015)
62. Chan CS, Wun YT, Cheung A, Dickinson JA, Chan KW, Lee HC, et al. Communication skill of general practitioners: any room for improvement? How much can it be improved? *Med Educ.* 2003 jun;37(6):514-26.
63. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991 nov 30;303(6814):1385-7.
64. Gochon M. Evaluation du colloque « enseigner à tous les médecins la communication professionnelle avec les patients: un enjeu fondamental pour la qualité des soins ». Thèse d'exercice: Médecine: Université Paris-Est-Créteil; 2015. <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0663697.pdf> (Consulté le 31/08/2015)
65. Dufouleur C, Vincens ME, Doré M, Vallée JP. L'annonce de la mauvaise nouvelle en médecine générale: peut-on, et comment, s'y préparer? *JLE.* 2011 mar;7(3):131-5.

66. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*. 2004 may;5(2):110-26.
67. Collège National des Généralistes Enseignants. *Médecine générale concepts et pratiques: à l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 1996.
68. General Medical Council. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London: General Medical Council; 1993. In: Lussier MT, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. *Pédagogie Médicale*. 2007 may;8(2):121-5.
69. Ambroise-Thomas P, Loisançe D. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour la formation clinique initiale des étudiants en médecine. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2005;189(7):1561-4. In: Lussier MT, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. *Pédagogie Médicale*. 2007 may;8(2):121-5.
70. Péjot P. *La compétence en communication dans la relation d'aide: ressenti et pratiques déclarées de médecins généralistes*. Thèse d'exercice: Médecine: Université de Nantes; 2012. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=cd588222-b893-40f4-966f-3510f79d0040>
(Consulté le 20/02/2014)
71. Fallowfield L. The ideal consultation. *Br J Hosp Med*. 1992 mar;47(5):364-7.
72. Fondation MACSF/Harris Interactive. *La relation de communication patient-soignant*. <https://www.macsf.fr/file/docficsite/pj/7a/8b/a5/ed/dossier-presse-etude-fondation-macsf-harris-interactive8631928471774576797.pdf> (Consulté le 21/01/2015)

73. Reeder LG. The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *J Health Soc Behav.* 1972 dec;13(4):406-12. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
74. Engel GL. The education of the physician for clinical observation: the role of the psychosomatic (liaison) teacher. *J of Nerv & Ment Dis.* 1972 apr;154(3):159-64. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
75. Aday LA, Andersen R. Development of indices of access to medical care. Ann Arbor: Health Administration Press; 1975. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
76. DiMatteo MR. A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of medicine. *J Soc Iss.* 1979;35(1):12-33. In: Doherty E, O'Boyle C, Shannon W, McGee H, Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *IMJ.* 1990 jun 1;83(2):54-6.
77. Inchauspe A. Rôles du médecin en soins primaires en 2012: l'avis des patients. Thèse d'exercice: Médecine: Université Paul Sabatier Toulouse; 2012.
78. Raowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction: a study of doctor-patient interviews. *Eval Health Prof.* 1990 jun;13(2):168-85.
79. Moreau A, Dedienne MC, Sarrassat L, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients: étude qualitative par la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen.* 2004 dec 20;18(674/675):1495-8.

80. Matthews DA, Sledge WH, Lieberman PB. Evaluation of intern performance by medical inpatients. *Am J Med.* 1987 nov;83(5):938-44. In: Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991 nov 30;303(6814):1385-7.
81. Carmoi T. Le médecin idéal: le point de vue des patients. Mémoire: DIU de Pédagogie Médicale: Université Pierre et Marie Curie-Paris VI; 2010. <http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/MEMOIRES%202010/36.pdf> (Consulté le 20/02/2014)
82. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir. Thèse d'exercice: Médecine: Université François-Rabelais Tours; 2013. http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_FeuilletAnais.pdf (Consulté le 20/02/2014)
83. Boivin JM, Aubrège A, Muller-Collé F, De Korwin JD. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *Rev Prat Med Gen.* 2003 mar 3;17(604):293-7. In: Moreau A, Bousageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med.* 2006 jun;35(6):967-73.
84. Queneau P, Mascret D. Le malade n'est pas un numéro! Sauver la médecine. Paris: Odile Jacob; 2004. In: Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2006.
85. Wolton D. Sauver la communication. Paris: Flammarion; 2005. In: Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2006.
86. Richard S, Pardoën D, Piquard D, Fostier P, Thomas JM, Vervier JF, et al. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. *Rev Med Brux.* 2012 nov-dec;33(6):525-30.

87. Galy M. Hypnose médicale: une association d'étudiants fait souffler un vent nouveau. <http://www.egora.fr/> (Consulté le 21/07/2014)
88. Canneva AC. La relation médecin-patient, représentations chez les étudiants en médecine: étude en PCEM2 à la faculté de médecine de Rennes. Thèse d'exercice: Médecine: Université Européenne de Bretagne Rennes 1; 2013.
89. Araoz D, Auclair S, Benhaiem JM, et al. L'hypnose médicale. 2ème éd. Paris: MED-LINE Editions; 2012.
90. Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose. 5ème éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
91. Chertok L. Hypnose et suggestion. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
92. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins. Académie nationale de médecine. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf> (Consulté le 05/01/2015)
93. Chevret A. La politesse émotionnelle. In: S3Odéon, pour tout savoir sur la médecine de demain, 12 septembre 2015, Paris. <http://www.s3odeon.fr/videos/> (Consulté le 20/09/2015)
94. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose? Paris: Ed. Minuit; 1994.
95. Faymonville ME, Joris J, Lamy M, Maquet P, Laureys S. Hypnose: des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. *Biol Psychiatry*. 1999;45:327-33.
96. Maquet P, Faymonville ME, Dequeldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 199 feb 1;45(3):327-33.
97. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*. 2002 aug 15;14(6):887-901.

98. Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage*. 2004 sep;23(1):392-401.
99. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatry*. 2000 aug;157(8):1279-84.
100. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*. 1997 aug 15;277(5328):968-71.
101. Mehrabian A, Ferris SR. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *J Cons Psychol*. 1967 jun;31(3):248-52.
102. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolati G. Action recognition in the premotor cortex. *Brain*. 1996 apr 1;119(2):593-609.
103. Auclair S. Les principes de base de l'hypnose éricksonienne. In: Araoz D, Auclair S, Benhaïem JM, Bonvin E, Bouhassira D, Dubos B, et al. *L'hypnose médicale*. 2ème éd. Paris: MED-LINE Editions; 2012. p.67-103.
104. Thibodeau PH, Boroditsky L. Natural language metaphors covertly influence reasoning. *PLoS One*. 2013 jan 2;8(1):e52961.
105. Zwaan RA, van der Stoep N, Guadalupe T, Bouwmeester S. Language comprehension in the balance: the robustness of the Action-Compatibility Effect (ACE). *PLoS One*. 2012 feb 21;7(2):e31204.
106. Richter M, Eck J, Straube T, Miltner WHR, Weiss T. Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words. *Pain*. 2010 feb;148(2):198-205.
107. Lang EV, Hasiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*. 2005 mar;114(1-2):303-9.

108. Benedetti F, Thoen W, Blanchard C, Vighetti S, Arduino C. Pain as a reward: changing the meaning of pain from negative to positive co-activates opioid and cannabinoid systems. *Pain*. 2013 mar;154(3):361-7.
109. Desmars C. Intérêts de la pratique de l'hypnose éricksonienne en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose éricksonienne. Thèse d'exercice: Médecine: Université Européenne de Bretagne Rennes 1; 2011.
110. Guichard-Bouju J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose. Thèse d'exercice: Médecine: Université Européenne de Bretagne Rennes 1; 2013.
111. Brel M. Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés. Thèse d'exercice: Médecine: Université Bordeaux 2; 2013.
112. Gallet E. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale: enquête de pratique chez des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale. Thèse d'exercice: Médecine: Université François-Rabelais Tours; 2011.
113. Bigotte PE. Apport de l'hypnose médicale dans la relation médecin-patient en médecine générale. Thèse d'exercice: Médecine: Université Européenne de Bretagne Rennes 1; 2015.
114. Devos P. Biostatistiques: petits effectifs. <http://193.51.50.30/master/coursMaster2012-PDevos.pdf> (Consulté le 20/02/2014)
115. Haute Autorité de Santé. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf (Consulté le 06/03/2015)

116. Bonel S. La formation à la relation médecin-patient: enquête auprès de 123 internes en DES de médecine générale à l'Université de Toulouse interrogés en janvier 2008. Thèse d'exercice: Médecine: Université de Toulouse; 2009.
117. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf (Consulté le 20/09/2015)
118. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010 nov;11(4):255-72.
119. Joesbury HE, Bax NDS, Hannay DR. Communication skills and clinical methods: a new introductory course. *Med Educ*. 1990 sep;24(5):433-7.
120. Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle Répertoire des relations médecin-patient. *Can Fam Physician*. 2008 aug;54(8):1096-9.
121. Beck RS, Daughtbridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002 jan-feb;15(1):25-38.

ANNEXE I – QUESTIONNAIRE AVANT FORMATION

Hypnose et communication thérapeutique Questionnaire avant formation

Dans le cadre de ma thèse, je cherche à évaluer vos compétences en communication thérapeutique et à savoir si les outils apportés par l'hypnose médicale permettent de les améliorer.

Dans cette optique, je vous propose un questionnaire dont l'analyse restera anonyme. Ce dernier me permettra de faire le point sur vos aptitudes avant et après la formation "Sensibilisation à l'hypnose médicale".

Je vous remercie par avance pour l'aide que vous voudrez bien m'apporter.

Antoine Solignac

Prénom et initiale de nom de famille (ne seront utilisés que dans un but de comparaison avant/après formation)

...../.....

Date de naissance (MM/AA)

...../.....

Sexe

- Féminin
 Masculin

Année d'étude lors de l'inscription à la formation

- 3^{ème} année
 4^{ème} année
 5^{ème} année
 6^{ème} année

Faculté de rattachement

- Montpellier
 Nîmes

Avez-vous déjà une idée de spécialisation future ?

- Oui
 Non

Si oui, laquelle ?

Q

- Formation « Sensibilisation à l'hypnose médicale »

Comment avez-vous connu cette formation ?

- Recommandation par un tiers
- Choix parmi la liste proposée par la faculté
- Autre, précisez :

Qu'attendez-vous de cette formation ?

(3 idées importantes)

-

-

-

Selon vous, quel(s) item(s) se rapporte(nt) le mieux à l'hypnose médicale ?

- Médecine alternative
- Médecine complémentaire
- Outil d'usage quotidien
- Technique de manipulation
- Technique de communication
- Pratique non scientifiquement prouvée
- Un état de sommeil
- Un état de conscience modifiée

- Relation avec le patient

Comment vous sentez-vous dans les situations suivantes dans la relation avec le patient ?

	Pas du tout à l'aise	Plutôt pas à l'aise	Plutôt à l'aise	Tout à fait à l'aise	Je n'ai jamais rencontré cette situation
- Annonce d'une maladie grave/d'un décès	<input type="checkbox"/>				
- Patient non communicant (langue étrangère, mutisme...)	<input type="checkbox"/>				
- Aspect physique altéré	<input type="checkbox"/>				
- Patient non compliant aux soins	<input type="checkbox"/>				
- Patient vivant une forte émotion (colère, pleurs...)	<input type="checkbox"/>				
- Patient « tout venant »	<input type="checkbox"/>				

R

Avec le patient :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Vous sentez-vous à l'aise au cours de l'entretien médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous empathique (capable de comprendre ses ressentis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous rassurant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous votre temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous à l'écoute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous présentez-vous systématiquement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptez-vous votre vocabulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respectez-vous ses opinions/croyances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous attention à votre comportement non-verbal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous assurez-vous de sa bonne compréhension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lui laissez-vous le temps de s'exprimer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Communication thérapeutique

Pensez-vous que la communication du médecin a un impact significatif sur les soins prodigués ?

- Oui
 Non

Comment évalueriez-vous votre compétence en communication dans le soin ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous déjà suivi une formation à la communication ?

- Oui
 Non

Si oui, précisez quel type de formation :

Selon vous, la communication thérapeutique est-elle suffisamment enseignée à la faculté ?

- Oui
 Non

ANNEXE II – QUESTIONNAIRE APRES FORMATION

Hypnose et communication thérapeutique Questionnaire après formation

Dans le cadre de ma thèse, je cherche à évaluer vos compétences en communication thérapeutique et à savoir si les outils apportés par l'hypnose médicale permettent de les améliorer.

Dans cette optique, je vous propose un questionnaire dont l'analyse restera anonyme. Ce dernier me permettra de faire le point sur vos aptitudes avant et après la formation "Sensibilisation à l'hypnose médicale".

Je vous remercie par avance pour l'aide que vous voudrez bien m'apporter.

Antoine Solignac

Prénom et initiale de nom de famille (ne seront utilisés que dans un but de comparaison avant/après formation)

.....

Date de naissance (MM/AA)

...../.....

Sexe

- Féminin
 Masculin

- Formation « Sensibilisation à l'hypnose médicale »

Selon vous, quel(s) item(s) se rapporte(nt) le mieux à l'hypnose médicale ?

- Médecine alternative
 Médecine complémentaire
 Outil d'usage quotidien
 Technique de manipulation
 Technique de communication
 Pratique non scientifiquement prouvée
 Un état de sommeil
 Un état de conscience modifiée

T

Que vous a apporté cette formation ?

(3 idées importantes)

-

-

-

Avez-vous déjà pu mettre en pratique ce que vous avez appris lors de la formation ?

Oui

Non

Si oui, était-ce :

Très facile

Facile

Difficile

Très difficile

Pourquoi ?

.....

Quel(s) outil(s) de communication hypnotique avez-vous utilisé ?

	Oui	Non
- Métaphore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suggestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Emploi de l'affirmatif plutôt que du négatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reformulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mirroring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mots mobilisateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Communication hypno-analgésique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Relation avec le patient

Comment vous sentez-vous, après la formation, dans les situations suivantes dans la relation avec le patient ?

	Pas du tout à l'aise	Plutôt pas à l'aise	Plutôt à l'aise	Tout à fait à l'aise	Je n'ai jamais rencontré cette situation
- Annonce d'une maladie grave/d'un décès	<input type="checkbox"/>				
- Patient non communicant (langue étrangère, mutisme...)	<input type="checkbox"/>				
- Aspect physique altéré	<input type="checkbox"/>				
- Patient non compliant aux soins	<input type="checkbox"/>				
- Patient vivant une forte émotion (colère, pleurs...)	<input type="checkbox"/>				
- Patient « tout venant »	<input type="checkbox"/>				

Avec le patient :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Vous sentez-vous à l'aise au cours de l'entretien médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous empathique (capable de comprendre ses ressentis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous rassurant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous votre temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous à l'écoute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous présentez-vous systématiquement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptez-vous votre vocabulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respectez-vous ses opinions/croyances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous attention à votre comportement non-verbal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous assurez-vous de sa bonne compréhension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lui laissez-vous le temps de s'exprimer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V

- Communication thérapeutique

Pensez-vous, maintenant, que la communication du médecin a un impact significatif sur les soins prodigués ?

- Oui
 Non

Maintenant, comment évalueriez-vous votre compétence en communication dans le soin ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

Selon vous, y a-t-il un intérêt à généraliser la formation que vous venez de recevoir à tous les étudiants en médecine ?

- Oui
 Non

Pourquoi ? (max 3 idées)

.....

ANNEXE III – DIAPORAMA UTILISE POUR LA FORMATION



UEL sensibilisation Hypnose

Dr Isabelle Nickles Responsable UEL et DIU Montpellier-Nîmes

1

Les objectifs pédagogiques :

- Comprendre scientifiquement le phénomène physiologique hypnotique, ses indications et ses limites médicales.
- Se familiariser avec la conversation thérapeutique hypnotique dans la relation médecin-patient pour l'utiliser dans sa pratique clinique.
- Apprendre 3 techniques hypnotiques simples d'utilisation pratique(bon souvenir-métaphore- modification sensorielle - SPH)
- Sensibiliser et orienter le patient dans la technique de l'auto-hypnose facile à utiliser dans sa vie personnelle et professionnelle (Intérêt de l'hypnose dans la prévention et la gestion des états de stress et dans la vie en général)

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

2

Programme

Histoire de l'hypnose en médecine, approche psycho-sociale dans la relation de pouvoir et de savoir
Mécanismes neurophysiologiques de l'hypnose et apport des neurosciences

Relation thérapeutique hypnotique et notions d'éthique en hypnose
Notion de Suggestibilité et hypnotisabilité
Indications cliniques et les contre-indications

Les outils de communication hypnotique
Manifestations cliniques de l'état hypnotique
Séance d'hypnose type

Pratique 1
Initiation à l'auto-hypnose: techniques d'inductions sensorielle par focalisation externe ou interne
hypnose conversationnelle et méthodologie de la safe place et du bon souvenir

Pratique 3
Pratique d'une séance d' hypnoalgésie et/ou de gestion du stress
Techniques: métaphore, modifications sensorielles unimodales et multimodales

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

3



Qu'est ce que
l'hypnose ?

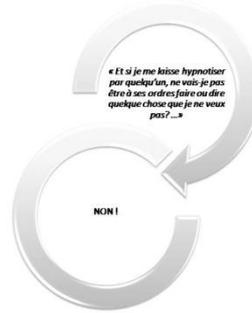
4

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

5

X

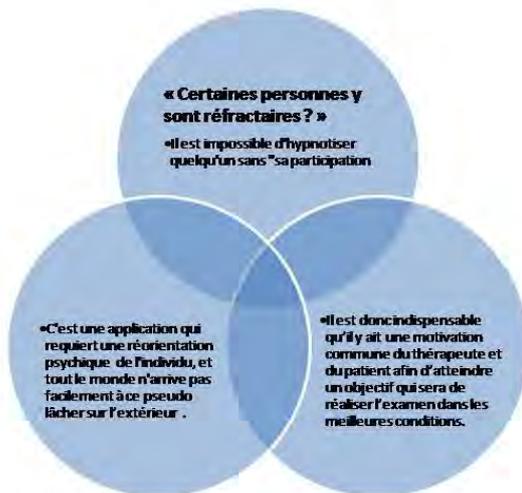
- Ni sommeil
- Ni rêverie
- Ni magie
- Ni soumission à quelqu'un



- L'hypnose médicale n'est pas une hypnose de spectacle, où une foule de personnes obéit au doigt et à l'oeil à son interlocuteur.
- L'hypnose moderne est bel et bien un moyen thérapeutique efficace, faisant appel aux ressources intérieures du patient.
- l'usage éclairé et réaliste de cette méthode s'impose.



Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique
UE1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes



- « Quand on est hypnotisé, on est endormi »
- Contrairement à certaines idées reçues, le sujet hypnotisé n'est pas dans un état de sommeil.
- « Il est éveillé mais il focalise son attention et amplifie la relation avec son monde intérieur ce qui entraîne une diminution de la perception périphérique.
- « Il parvient à faire abstraction de la réalité environnante.

Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique
UE1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

En hypnose médicale (Ericksonienne) ou hypnose thérapeutique, la communication entre le praticien et le patient est très respectueuse et permissive .

Elle tient compte de la manière d'être et de penser de chaque interlocuteur.

Contrairement à l'hypnose de spectacle (utilise en fait la suggestionnabilité et la contamination psychique), l'hypnose médicale(ericksonienne) est très permissive et favorise l'autonomisation de chaque individu.

Ainsi, les gens sont beaucoup moins résistants et rentrent plus facilement en hypnose .

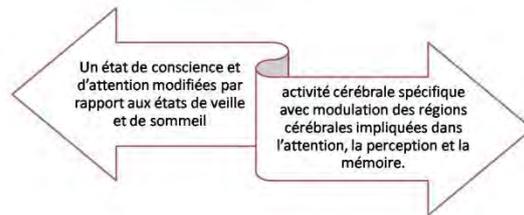
Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes

- Un partenariat consenti et éclairé avec le patient qui s'inscrit dans une relation thérapeutique basée sur la confiance, l'empathie, la coopération et la connaissance professionnelle des maladies et de leurs prises en charge.
- Le patient va modifier la perception que son cerveau a de la réalité qu'il vit
- Pour mobiliser ses ressources physiologiques (production endogène de substances biochimiques)
- Et stimuler les processus de guérison, ou accompagner dans un confort de vie en cas de handicap irréversible.

Le processus hypnotique est



Comporte toujours



Dr Isabelle Nickles responsable Pédagogique Montpellier

Place de l' Hypnose à travers l'Histoire

L'hypnotisme et les techniques d'hypnose, quels que soient les noms qu'on leur donne, sont connus depuis l'antiquité où ils sont intégrés au monde mystique et religieux

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes

Hypnos

- Fils de Nyx :la nuit
- Frère jumeau de Thanatos: la mort
- Père de Morphée
- Hypnos personnifie le Sommeil dans la mythologie grecque.



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes



- Il y a déjà plus de 6000 ans, en Mésopotamie, les sumériens pratiquaient déjà l'accompagnement en parole, avec des guérisons obtenues grâce aux états modifiés de la conscience.
- Bien plus tard, au III^{ème} siècle, en Egypte, existaient des « temples du sommeil où les gens sont mystérieusement soignés... Les prêtres de ces temples parlaient à l'oreille de leurs patients assoupis, leur offrant de douces paroles guérissantes ».
- Sous Ramsès II, les prêtres égyptiens utilisent des rituels hypnotiques pour soulager les soldats et leur permettre de repartir au combat. Ils prononcent des paroles sacrées et agissent par imposition des mains.
- Le papyrus d'Ebers : plus ancien traité médical connu, rédigé en Egypte au XV^{ème} siècle avant notre ère, l'on peut lire : « La parole m'a été donnée par le maître de l'univers afin d'expulser la souffrance » .
- Puis en Grèce avec Socrate qui se décrit lui même comme « accoucheur d'âmes ». Son contemporain, Antiphon d'Athènes, avait le pouvoir de guérir avec des mots.
- L'art de guérir par la suggestion était également utilisé à l'ère du bouddhisme en Chine et du brahmanisme en Inde, ainsi que par les Aztèques précolombiens
- Partout dans le monde, en Europe, Amérique, Afrique, Australie, des sorciers, chamans, druides, prêtres utilisaient des éléments de l'hypnose.

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique UJEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

17

XI^{ème} siècle, les rois de France et d'Angleterre, les « rois guérisseurs », utilisent les mêmes principes pour guérir leurs contemporains.



Henri IV touchant les écrouelles, gravure de Pierre Fiens extraite de l'ouvrage d'André du Lourens, *De struvis eorum causis et cura*, 1609

- Un des plus connus fut Saint Louis qui prodigua ses soins sous son chêne à Vincennes.
- Le rituel comprend un double geste : le toucher direct du malade et le signe de la croix
- On décrit Saint Louis comme prononçant des paroles (inconnues) lors du toucher, probablement une prière
- la formule « le roi te touche, Dieu te guérit » n'est attestée qu'à partir du XVI^{ème} siècle.
- Devant le manque de succès de la guérison, la formule s'est progressivement transformée en « le roi te touche, que Dieu te guérise »
- Les philosophes des Lumières s'en sont évidemment moqués. Voltaire rappelle que la princesse de Soubise, maîtresse de Louis XIV, ne fut pas guérie « quoiqu'elle eût été très bien touchée ».
- La lente laïcisation des esprits, la Réforme aussi mettent le caractère sacré du roi à mal et le pouvoir thaumaturge en prend un coup.
- Au XVIII^{ème} siècle, Louis XV n'est pas très assidu : à cause de ses maîtresses, il refuse de communier et ne peut toucher les écrouelles. Charles X, lors de son sacre, en 1825, tentera de ressusciter le rite. Il sera le dernier

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique UJEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

18

AA



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

19



L'alchimiste suisse
Paracelse en 1529.

Paracelse et Mesmer le magnétisme animal LA THÉORIE FLUIDIQUE

- C'est en 1766, avec le docteur Franz Anton Mesmer (1734-1815), inspiré des idées et concepts de Paracelse (1493-1541, célèbre médecin et alchimiste suisse, précurseur du concept du magnétisme animal), que l'hypnose commence réellement à se développer.
- Mesmer expose sa théorie fluidique et développe l'idée du magnétisme animal. Selon Mesmer « l'influence des planètes s'exerce sur le corps humain au moyen d'un fluide universel dans lequel tous les corps sont plongés ». La maladie serait due à une mauvaise répartition de ce fluide dans le corps : grâce au magnétisme, véritable don du magnétiseur, il est possible de rétablir une harmonie dans ce fluide via une influence réciproque passant par le regard, l'ouïe ou le toucher.



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

20

BB

Puységur LA THÉORIE PSYCHO- FLUIDISTE



- En 1784, **Chastenet de Puységur (1727-1807)**, disciple de Mesmer, propose une conception différente du magnétisme dans sa théorie psycho-fluidiste. Alors que Mesmer avait une vision de l'hypnose plutôt « matérialiste », Puységur propose une vision plutôt « spiritualiste », l'hypnose étant vue comme un état plutôt que résultant d'une action extérieure.
- Cette conception est celle des psycho-fluidistes: le magnétiseur mobilise sa volonté, envoie un fluide au somnambule pour provoquer un état psychique particulier.
- C'est avec Puységur qu'apparaît le terme de "somnambulisme magnétique".
- Une quarantaine d'année plus tard, **Deleuze (1753-1835)**, naturaliste botanique, qui a énormément étudié le magnétisme de Mesmer, fit effacer ce discrédit et permit au mesmérisme de retrouver ses lettres de noblesse

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

21

L'Abbé Faria (1755-1819) la théorie Imaginationiste

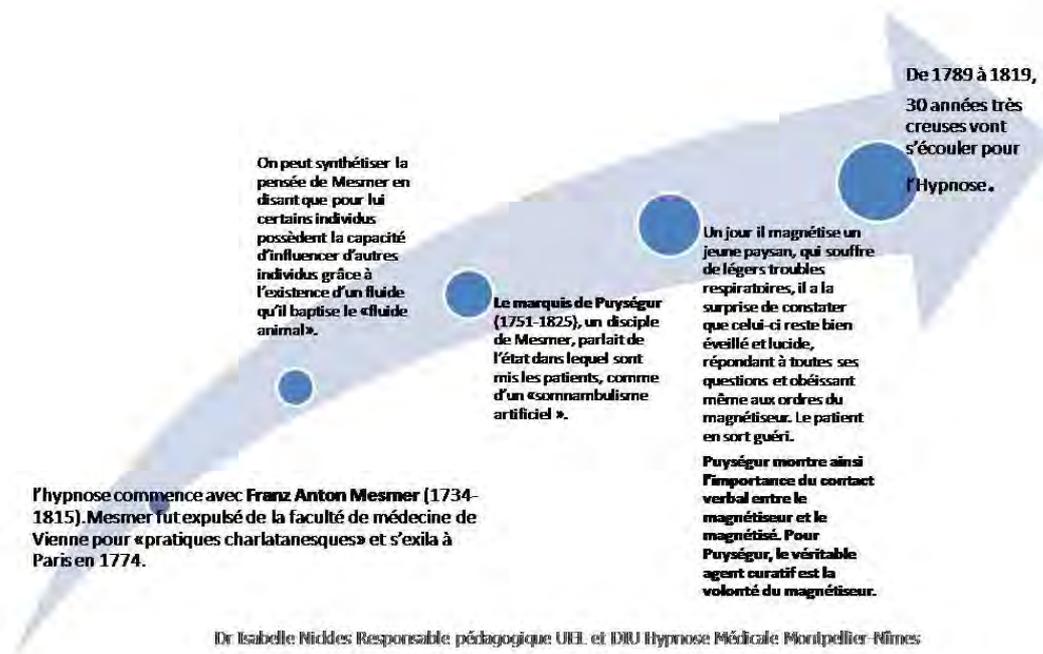


- Prêtre portugais conteste la réalité du fluide magnétique et rapproche le somnambulisme magnétique du sommeil naturel
- Il pose les bases de ce qui deviendra l'École de Nancy en insistant sur l'importance de la suggestion; Il est le premier à employer le terme de **sommeil lucide** pour désigner l'état hypnotique.
- Il démontre que **les passes magnétiques ne sont pas indispensables** pour induire un état hypnotique et que d'autres méthodes, comme la fixation du regard sur un objet brillant, sur la main de l'hypnotiste ou sur ses yeux, permettent d'aboutir aux mêmes résultats.
- Cette autre voie du magnétisme proposé par l'Abbé Faria insiste sur l'importance du rôle tenu par le magnétiseur dans la production des phénomènes observés et il s'oppose à toute interprétation fluidique et à l'intervention de la volonté dans les phénomènes produits par le magnétiseur: **c'est par la parole, par la représentation mentale que le magnétiseur provoque chez ses sujets les principaux phénomènes physiques, sensoriels, etc.**
- La technique de l'Abbé de Faria utilise la fascination et les injonctions, ainsi que la soumission du sujet au magnétiseur: le magnétiseur présente au sujet une main ouverte (ou un crucifix) en recommandant de la regarder fixement. Dans un premier cas, il suffit qu'il intime l'ordre de dormir -« dormez ! »- pour qu'il soit suivi d'effet. Si les yeux ne clignotent pas, il rapproche sa main des yeux. En cas d'échec, il touche le sujet légèrement au sommet de la tête, aux deux coins du front, au nez, au diaphragme.
- Précurseur de l'induction hypnotique par fascination, il utilise un principe important en hypnotisme et qui est toujours utilisé par l'hypnotiseur de spectacle: avant « d'endormir » de nouveaux sujets, il prend soin de commencer par des sujets déjà aguerris à la technique. Ce principe s'appelle la « **loi de la contagion** ».
- Mais le rapport de commission d'enquête sur le magnétisme animal ordonné par Louis XVI à la même époque, négatif car rapportant un risque de « dérive sexuelle », portera atteinte aux Mesmériens.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

22

CC



23

1841 JAMES BRAID
CHIRURGIEN DE MANCHESTER POSE LES BASES SCIENTIFIQUES DE CE QUI VA S'APPELER L'HYPNOSE



THÉORIE PSYCHO-NEUROPHYSIOLOGIQUE DE L'HYPNOTISME

- Il va pratiquer une forme de magnétisme qui fut, après l'échec de la reconnaissance scientifique de la théorie fluidique, plus facilement acceptée par les milieux médicaux, **l'hypnotisme**, accédant au statut d'une véritable méthode expérimentale, reconnue par l'institution, permettant d'explorer le psychisme. Il va formuler une théorie, quelque peu originale pour l'époque, mais dont l'influence existe toujours.
- Braid décrit l'hypnose comme une exaltation ou un endormissement sensoriel associé à une modification du tonus musculaire. Il pense que les passes sont caduques et prend conscience de l'importance des suggestions verbales dans l'induction des phénomènes hypnotiques mais la suggestion verbale qui aurait pu renvoyer à une conception psychologique de l'hypnose est alors conçue de façon purement mécanique et neurophysiologique. « *c'est une idée conçue par l'opérateur, saisie par l'hypnotisé et acceptée par son cerveau* » dira Bernheim en 1886.
- Il montre aussi la possibilité de s'hypnotiser soi-même attestant d'une absence de facteur relationnel fluidique. Dès lors toute la dynamique relationnelle thérapeute/patient, bien perçue par les magnétiseurs, est reléguée au second plan. En considérant l'hypnose comme un état neurologique particulier, Braid remet en cause la conception unique de l'hypnose proposée par Puységur et décrit trois niveaux distincts l'état cataleptique, l'état léthargique et l'état de somnambulisme. Il est en réalité le précurseur des théories de Janet et Charcot.
- Ainsi, il propose une **théorie psycho-neurophysiologique** où l'hypnose est un **sommeil spécial secondaire à une stimulation rétinienne**.
- A cette époque, l'emploi d'anesthésiques comme le chloroforme n'est pas encore répandu et les possibilités de l'anesthésie hypnotique sont sérieusement étudiées. L'anesthésie devient le principal phénomène hypnotique.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et IDRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

24

DD

Pour James Braid (1795-1860), l'hypnose est donc un état spécial du système nerveux provoqué par des moyens artificiels permettant de plonger le patient dans un état de sommeil artificiel, mais surtout de l'influencer à des fins curatives par la suggestion. Il hypnotise ses patients en leur faisant fixer son doigt ou un objet brillant. Son mérite est d'avoir compris qu'hypnotiser relevait plus d'un **Savoir** que d'un **Pouvoir** et d'avoir montré toute l'importance de la suggestion verbale. C'est James Braid qui a introduit la technique de fixation visuelle d'objets comme méthode d'induction hypnotique et qui a créé le terme d'«hypnotisme». Il utilisa l'hypnose à Londres comme thérapeutique de suggestion et pratiqua même quelques interventions chirurgicales sous analgésie hypnotique.

En 1829, Jules Cloquet (1790-1883) effectue une mammectomie avec curage ganglionnaire chez une patiente auparavant hypnotisée; la patiente ne ressent aucune douleur .

James Esdaile (1808-1859), médecin écossais, a pratiqué sa première intervention sous hypnose à Calcutta le 4 avril 1845. Il pratiqua ainsi 70 interventions avec succès dans l'année qui suivit et en novembre 1846 un «hôpital mesmerique» est ouvert, puisque 10 lits du Calcutta Native Hôpital lui sont attribués. Cet hôpital fermera en 1849 après l'apparition de l'anesthésie à l'éther, alors qu'il avait réalisé 261 interventions majeures sans douleur.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UE3 et
DUU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

25

Charcot



Charcot présente deux types d'états hypnotiques : **le grand hypnotisme** et **le petit hypnotisme**

La théorie psychopathologique du phénomène hypnotique

L'école de la Pitié-Salpêtrière à Paris avec son chef de file le Professeur Jean-Martin Charcot (1825-1893) fondateur de la neurologie moderne, occulte totalement le rapport hypnotique dans ses expériences. Avec lui l'hypnose est étudiée comme un objet scientifique où **l'opérateur est complètement séparé de son sujet**.

Charcot considère l'hypnose comme un phénomène pathologique, imputable à un état nerveux spécifique et non un simple état de simulation.

Il décrit l'hypnose sur le modèle de l'hystérie, avec le souci du détail des signes neurologiques observés. Les séances de Charcot attirent les observateurs du monde entier. Charcot ne réalise que très rarement les inductions hypnotiques, les sujets sont entraînés par ses disciples.

Charcot réalisera le tour de force de réhabiliter l'hypnose.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UE3 et DUU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

26

EE

L'École de Nancy Dr Liébault, Pr Bernheim



LA THÉORIE IDÉODYNAMIQUE

Le phénomène de suggestion suscite progressivement de l'intérêt et prend une place de plus en plus prépondérante dès la fin du XIX^{ème} siècle.

Le rôle de la suggestion est mis en relief par Braid puis Liébault.

- Dès 1882, Bernheim, professeur de clinique à l'école de Nancy, s'intéresse à l'hypnose. Liébault qui travaille avec Bernheim considère la suggestion comme facteur facilitant de l'hypnose.
- Bernheim quant à lui, considère que la suggestion est l'aliment dont se nourrit la suggestibilité des sujets. Pour lui, la suggestibilité est une aptitude essentielle qui permet d'obtenir toutes les manifestations hypnotiques et c'est une caractéristique normale du fonctionnement psychique, c'est « l'aptitude du cerveau à recevoir ou évoquer des idées et sa tendance à les réaliser, à les transformer en acte ».
- La théorie d'Hippolyte Bernheim s'oppose à celle de Charcot: l'état hypnotique est analogue au sommeil naturel, c'est un état **physiologique** qui n'est pas spécifique aux hystériques. Le sommeil hypnotique est provoqué par la suggestion et Bernheim considère que les signes cliniques proposés par Charcot ne sont d'aucun intérêt car ils sont suggérés par le thérapeute. Il démontre aussi par l'expérimentation, l'inutilité des différentes manœuvres physiques: compression des points hystérogènes, passes, ouverture ou fermeture des yeux.

De l'étude de la suggestion débouche la loi de l'idéodynamisme. L'hypnose est une mise en sommeil de la volonté et des instances supérieures du psychisme et libère un automatisme psychologique ou idéodynamique. La suggestibilité, favorisée par l'état hypnotique, s'explique par la propriété des idées à se transformer de manière réflexe en sensation (réflexe idéo sensoriel), en acte (réflexe idéomoteur), ou en émotion (réflexe idéo émotionnel). Ainsi, l'idée de guérison produit celle-ci de même que l'idée d'un bon repas provoque la faim. L'idée suit un cheminement psychique calqué sur l'arc réflexe neuronal: la suggestion présente une idée au cerveau. La suggestibilité est la faculté du cerveau d'accepter cette idée et la réalisation de l'idée est la conséquence réflexe de l'acceptation.

Bernheim invente le terme "psychothérapie", pour désigner sa méthode thérapeutique basée sur l'hypnose et la suggestion.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

27

Freud



la théorie psychanalytique

Sigmund Freud (1856-1939) [13] a suivi les cours de Charcot puis de Bernheim avec beaucoup d'assiduité mais très rapidement il abandonne l'hypnose qu'il considère peu précise, difficile parfois à reproduire. Il y voit en outre le danger d'un attachement excessif du sujet à l'opérateur, et propose sa théorie psychanalytique. La psychanalyse eu un retentissement en France puis dans l'Europe entière, freinant le développement de l'hypnose. Freud développe son opinion sur l'hypnose en 1921 dans sa « Psychologie collective et Analyse du Moi ».

Par l'introduction du concept de transfert, la théorie psychanalytique a permis de mieux se représenter la relation hypnotique mais sans en donner une véritable explication. En effet, le transfert existe dans toute relation psychothérapeutique et ne rend pas compte de la spécificité de la relation hypnotique.

A l'origine, la théorie psychanalytique de l'hypnose est centrée sur le problème de la gratification des désirs instinctifs du sujet. Dans cette perspective la situation hypnotique est constituée par un certain mode de transfert: l'hypnotiseur prend la place de l'Idéal du Moi du sujet et joue le rôle du père tout-puissant. Dans cette relation hypnotique, le sujet est soumis.

Dans le but de s'absoudre de la relation « thérapeute/sujet », qui ne permet pas de répondre aux exigences expérimentales, il créa sa théorie psychanalytique, en développant l'idée d'inconscient et le concept de transfert entre patient et thérapeute. Toutefois il n'abandonna pas complètement l'hypnose et continua à envoyer certain de ses patients à ses confrères hypno-thérapeutes

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

28

- En Russie, fin 1800, **Ivan Petrovitch Pavlov** (1849-1936), prix Nobel célèbre va réhabiliter l'hypnose via ses travaux sur le système nerveux et l'étude des réflexes conditionnés
- Grâce à sa théorie neurophysiologique de l'hypnose, il va définitivement sortir l'hypnose de l'esotérisme et de la magie.
- En France, dans les années 1900, **Émile Coué** (1857-1926), pharmacien à Nancy, après avoir reçu des enseignements par Liébault sur l'hypnose, développera sa célèbre "Méthode Coué", basé sur l'importance de la suggestion verbale.
- Au même moment, **Bernheim** invente le terme "psychothérapie" : pour désigner sa méthode thérapeutique basée sur l'hypnose et la suggestion.

HYPNOSE MODERNE

Pierre JANET (1859-1947) - La théorie de L'Automatisme psychologique

- Ce courant de pensée émet l'hypothèse que les phénomènes hypnotiques seraient le résultat d'une conscience secondaire dissociée, ou double conscience. Ce sont deux niveaux de comportements qui sont distingués : celui de la volonté, de l'effort, et celui de l'**activité réflexe**.
- **Pierre JANET** participant de cette théorie, considère l'hypnose comme une forme d'automatisme où serait aboli le premier niveau et où s'installerait un comportement réflexe complètement dissocié du conscient. L'hypnose est supposée abolir la volonté d'où l'apparence automatique d'un type de comportement ressemblant à l'action réflexe et qui est dissociée du conscient.
- Il propose quatre états : la léthargie, la catalepsie, la suggestion, le somnambulisme
- Il donne sa définition de la suggestion : c'est « l'influence d'un homme sur un autre qui s'exerce sans l'intermédiaire du consentement volontaire »; cette influence s'exerce verbalement.
- Janet, dans l'automatisme psychologique, explique que l'individu est placé à la convergence d'une multitude d'informations sensorielles diverses (kinesthésiques, sensations visuelles et olfactives, etc.), placé au centre de toutes ces sensations, il va tenter par un effort actif de synthèse mentale de réunir le plus grand nombre d'informations sensorielles, dans le cadre de ce qui peut s'appeler une **perception**. Cette perception se définit comme un ensemble organisé, réunissant des images mentales et du sens qui leurs sont donnés, qui se rattache à une personnalité (celle de celui qui justement peut dire qu'il perçoit).
- Certaines sensations, faute d'une capacité de synthèse suffisante, vont rester isolées, connues seulement sur un mode impersonnel, n'accédant pas au statut de « perceptions » et donc ne pouvant accéder à la conscience.
- L'hypnotiseur peut contribuer soit à affaiblir la synthèse mentale et particulièrement à en écarter les sensations qui ne doivent plus être intégrées et notamment la sensation douloureuse et ainsi provoquer une analgésie, soit au contraire à la renforcer (hyperalgésie) en permettant la remémoration sous hypnose de souvenirs traumatiques (catharsis).
- Pour Janet, il n'y a non seulement une perception secondaire mais aussi une personnalité secondaire, nommée « secondary self ».
- L'inconscient jouerait selon lui un rôle important dans le mécanisme de dissociation du psychisme. Il aida également Freud à développer le principe d'association libre.
- « Les immenses fleuves que sont la psychanalyse et la méthode psychosomatique, ont pris leur source dans l'hypnose, et après s'être détachés d'elle, ils y reviennent de façon souvent détournée, mais de plus en plus accusée. » Pierre Janet

Un siècle plus tard, à Stanford, Ernest Hilgard (1904- 2001)

- à l'identique de Janet va prendre appui sur la notion de dissociation pour rendre compte de l'hypnose.
- La terminologie utilisée est différente de celle de Janet mais la conception reste assez proche.
- On passe d'automatismes mentaux à des « **sous structures de contrôle organisées** ».
- Selon lui, l'hypnose est caractérisée par l'apparition de dissociations partielles. Ce sont ces dissociations qui rendent possibles l'apparition de comportements automatiques, telle que l'amnésie, la régression d'âge, etc...ou encore des modifications de la sensibilité telle que l'analgésie.
- l'état hypnotique et la réponse involontaire aux suggestions correspondent à une série de modifications du moi central qui sont généralement provoquées par des activités automatiques, gestes machinaux et régulation posturale.
- Selon lui, sous l'état d'hypnose, la fonction critique d'estimation de la réalité ne s'exerce plus et la mémoire est altérée.
- Son équipe essaye de trouver des moyens de mesures d'évaluation de la susceptibilité hypnotique en raison de l'absence de mesure spécifique physiologique de l'état hypnotique.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

32

- **Vers la fin des années 1950, Ernest Hilgard et André Weitzenhoffer** mettent au point des échelles « d'hypnotisabilité » standardisées, permettant ainsi le développement de la recherche scientifique de l'hypnose sur des bases objectives, bien que quelques difficultés subsistent quant au fait que l'hypnose soit un phénomène subjectif difficile à reproduire à l'identique et à soumettre aux normes rigoureuses de la méthode scientifique.
- *Etudes sur la Suggestionabilité des fonctions biologiques+++*
- **Au même moment en 1957 en Russie, K.I. Platonov** montre qu'il est possible d'accélérer la coagulation du sang et la cicatrisation d'une plaie ouverte, chez un sujet en état de transe hypnotique, au son d'un métronome.+++

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

33

HH

TED BARBER : LA THÉORIE SOCIOCOGNITIVE DE L'ANALGÉSIE SOUS HYPNOSE

- **Theodore Barber**, psychiatre enseignant à Boston et **Nicholas Spanos** psychologue, son collaborateur démontrent que l'état d'hypnose n'existe pas et que les phénomènes observés dans la situation hypnotique résultent de la dynamisation de facteurs psychologiques.
- Dans leur expérimentation, ils font varier, selon le désir du sujet, les variables non spécifiques : d'attente, d'attitudes et de motivation, permettant de potentialiser l'imagination dans la réalisation des phénomènes suggérés. Ainsi, ils pensent pouvoir expliquer l'hypnose et l'analgésie dite « hypnotique » par l'effet de différentes variables non spécifiques.
- Pour Barber, les modifications qui sont observées en réponse à une induction hypnotique viennent du **désir du sujet de ressentir et de réagir conformément aux suggestions**. L'augmentation du niveau de motivation des sujets est rendue possible par la **manipulation des attentes, des attitudes et des motivations** qui résultent de la mise en place de la situation dite « hypnotique ».



FIGURE 3 : la théorie socio-cognitive de l'analgésie sous hypnose selon Barber

Dr Isabelle Nédès Responsable pédagogique UER et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Mîmes

34

- **Theodore Xénophon Barber (1927–2005)** et **Nicholas P. Spanos (1942–1994)** psychologues américains
- *Nicholas Spanos, Theodore Barber et John F. Chaves : Hypnosis, Imagination, and Human Potentialities, New-York, Pergamon, 1974*

L'hypnose qui retrouve aujourd'hui sa place dans l'arsenal thérapeutique est très différente de l'hypnose traditionnelle française du XIXe siècle.

Elle est aujourd'hui appelée «Hypnose Ericksonienne» en référence à Milton H. Erickson (1901-1981), psychiatre américain qui développa de nouvelles techniques d'induction et d'accompagnement permettant l'apparition et la persistance de transe hypnotique chez la plupart des patients qui le souhaitent: l'hypnose n'est plus réservée à quelques patients particuliers, mais peut aider chacun.

Ces techniques sont aujourd'hui fiables, reproductibles et prédictibles; critères nécessaires pour en faire un outil thérapeutique.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

36

Milton Hyland Erickson (1901-1980) la théorie de la communication



Il est à l'origine d'un profond changement de théorie de la pratique hypnotique. **Il est convaincu que les gens sont déjà en possession de ressources qui leur sont nécessaires pour changer.**

Il a élaboré un grand nombre de méthodes et techniques d'approches interpersonnelles dont l'objectif est de libérer chez un patient, en hypnose ou en veille, les potentialités qui lui permettront d'améliorer son état.

Il abandonne les suggestions directes de l'hypnose traditionnelle au profit d'une méthode beaucoup plus vaste utilisant les suggestions indirectes.

Il développe des outils et des techniques générales à adapter en fonction de chaque personne

La communication devient un puissant outil thérapeutique.



L'hypnose est recadrée comme un **phénomène naturel**, corollaire du **pouvoir d'imaginer**, qui implique le choix volontaire d'un certain **lâcher prise** qui permet de s'immerger dans une **activité mentale interne**. Cette modification de l'expérience perceptuelle correspond à un mode particulier du cerveau humain aisément identifiable dans de nombreuses situations du quotidien et peut être utilisée de ce fait tout aussi efficacement sans procédure d'induction de transe. Le développement, à des fins thérapeutiques de cette capacité de la transe est facilité par un apprentissage dont l'hypnothérapeute est le guide.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

37

JJ

- Son approche est naturaliste et humaniste: « c'est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication avec une compréhension et des idées, afin de lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage.»
- **Définition d'Erickson de l'hypnose** : « un état de conscience modifié caractérisé habituellement par certaines réactions physiologiques, par une réceptivité élevée aux suggestions et par un accès plus facile aux émotions, aux idées et aux souvenirs inconscients » J. EDGETTE »
- Erickson va inspirer de nombreux autres noms de l'hypnose, comme Bateson, Haley, Watzlawick ou encore Weakland (tous membres de la fameuse École de Palo Alto: Mental Research Institutes de Palo Alto, qui le considèrent comme le « père de la communication moderne ».
- Il donnera des illustres élèves tels que Jay Haley, Jeffrey Zeig ou Ernest Lawrence Rossi qui ont contribué au développement de l'hypnose ericksonienne actuelle.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DU Hypnose Médicale Montpellier-Pfimes

38

Les travaux d' Erickson sont également à l'origine :

- **La sophrologie**: Marque déposée développée en 1960 par Alfonso Caycedo.
- **La Programmation neurolinguistique** dans les années 1970, Marque déposée ; développée par Ri Bandler et John Grinder, considérée comme une branche de l'hypnose Ericksonienne.
- **EMDR Marque déposée, officialisé en 1990: eye movement desensitization and reprocessing** ou « désensibilisation et retraitement (de l'information) par les mouvements oculaires ». **thérapie fondée sur le mouvement oculaire** orientée vers le traitement du psychotraumatisme (en français : ESPT) .Découverte fortuitement en 1987 par l'Américaine Francine Shapiro, constitue une révolution dans le champ des psychothérapies. il n'est pas forcément nécessaire, pour guérir, de passer par la parole et la prise de conscience. Joseph Wolpe, psychiatre sud-africain, professeur de psychiatrie à la Temple University Medical School de Philadelphie et pionnier du comportementisme (thérapies comportementales) qui à partir, entre autres, de son expérience de l'hypnose, a développé le concept d'inhibition réciproque et mis au point la désensibilisation systématique. Cette technique était considérée comme la méthode la plus efficace dans le Stress Post Traumatique. Il apprend au patient à se détendre puis l'amène à approcher progressivement les situations ou les objets qui l'effraient.
 - Plusieurs éminents spécialistes des thérapies dont Rosen critiquent l'EMDR et estiment que : « Pour sentir ses yeux bouger, cela nécessite un mouvement volontaire ». L'efficacité de la méthode est comparée soit à un placebo habilement emballé, soit à une variante de thérapie traditionnelle d'exposition ou les deux (Lilienfeld, 1996).
 - La promotion et la diffusion de sa méthode sont contestées (DeBell et Jones, 1997). L'article de Richard McNally de 1999 montre bien ces aspects dans une comparaison sociologique avec Mesmer : « EMDR and Mesmerism ».



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Pfimes

39

KK

La naissance de la Sophrologie:

- Le mot « **sophrologie** » est créé en 1960 par Alfonso Caycedo, neuropsychiatre espagnol d'origine colombienne.
- A l'origine, ce terme désignait les techniques d'hypnose utilisées en milieu hospitalier par les psychiatres.
- Cette méthode permettait aux patients de prendre conscience de leurs états et de les rendre acteurs dans leur traitement.
- Le terme **SOPHROLOGIE**, inspiré du grec ancien, signifie étude de l'harmonisation de la conscience. Cette méthode peut être utilisée comme technique thérapeutique ou vécue comme une philosophie de vie. Elle permet d'acquérir une meilleure connaissance de soi et d'affronter les défis du quotidien avec sérénité.

De 1960 à 1970 : la sophrologie se structure

- C'est à partir de 1967 que naît véritablement la sophrologie comme méthode originale.
- D'autres techniques comme la « **méthode Coué** » (pensée positive), la « **relaxation progressive de Jacobson** » (relâchement des tensions musculaire), le « **training autogène de Schultz** » (autorelaxation par la suggestion), la **phénoménologie** (apprentissage du non jugement), le **yoga** (stimulation de la respiration et relâchement musculaire) et le **zen (pratique de la méditation)** viennent enrichir les bases hypnotiques de la sophrologie.

La sophrologie se structure alors en trois degrés composés d'exercices appelés « Relaxation Dynamique » :

- Le premier degré améliore la concentration et la perception de son corps.
- Le second degré renforce l'image de soi.
- Le troisième degré initie à la méditation.
- L'amalgame de toutes ces techniques en une seule méthode rend la sophrologie complète et efficace.

Source: www.chambre-syndicale-sophrologie

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

40

LÉON CHERTOK (1911-1991),

- Psychiatre et psychanalyste français, qui a longuement défendu l'idée de l'hypnose thérapeutique, inaugure en 1971 à Paris le Laboratoire d'Hypnose Expérimentale.
- Il considérait Erickson comme le plus grand hypnotiseur de tous les temps.
- Chertok introduit l'idée que l'hypnose est un « **quatrième état de l'organisme actuellement non objectivable dont les racines profondes vont jusqu'à l'hypnose animale. Cet état renverrait aux relations pré-langagières d'attachement de l'enfant** ».
- Ce état se manifesterait électivement dans toutes les situations de perturbation entre le sujet et son environnement.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU et DU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes

41

Daniel ARAOZ (1982)

- pour lequel il s'agit « d'un état dans lequel les facettes mentales critiques sont temporairement suspendues, et où la personne utilise principalement l'imagination ou les processus de pensées primaires »
- fait référence – semble-t-il – à une disposition d'esprit, à une capacité d'aller chercher ailleurs ou dans son intérieur ancien.
- En ajoutant « Le niveau d'hypnose, sa « profondeur » qui dépend du degré d'implication imaginaire », Daniel ARAOZ met l'accent sur l'importance du niveau des dispositions imaginaires.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UER et DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

42

Laurence et Perry (1988).

- Les auteurs s'inspirent de la définition de l'hypnose par Bernheim proposée un siècle auparavant : « Il y a exaltation de l'excitabilité réflexe idéo sensitive ou idéo sensorielle qui fait la transformation inconsciente de l'idée, en sensation ou image sensitive.
- Les images visuelles, acoustiques, gustatives, succèdent de même à l'idée suggérée. Le mécanisme de la suggestion, en général, peut donc se résumer dans la formule suivante: accroissement de l'excitabilité réflexe idéomotrice, idéo sensitive, idéo sensorielle ».
- Laurence et Perry pensent comme Bernheim que l'hypnose n'existe pas, ce qui existe, ce sont les interactions entre les sujets et l'aptitude de chacun des sujets à interagir dans ce contexte.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU et DU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes

43

Godin (1991):

- « C'est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur.
- Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain lâcher prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme un état.
- Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. »

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UER et DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

44

LL

British Médical Association, Définition de l'hypnose.

- **1995** « L'Hypnose est un état passager d'attention modifié chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés »
- **Encyclopaedia Britannica (1999)** Erickson en avait fait la première définition) : un état psychologique spécial avec certains attributs physiologiques, ressemblant superficiellement au sommeil et indiqué par un fonctionnement de l'individu à un niveau de conscience autre que l'état de conscience ordinaire. Cet état se caractérise par un degré de réceptivité et de réponse accrues dans lequel il est donné autant de signification aux perceptions empiriques intérieures qu'il en est généralement donné à la seule réalité externe .

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UJEL et IDRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

45

ROUSTANG (2003) :

- Propose une définition moderne de l'hypnose. L'hypnose est décrite comme un état de veille paradoxal (état de sommeil apparent et activité électrique cérébrale de veille), c'est un phénomène naturel et actif où il y a une augmentation du contrôle de soi et non une perte. L'hypnose est un état modifié de la conscience, différent de la veille et du sommeil.
- « *Un état de veille intense, à l'instar du sommeil profond à partir duquel nous rêvons. De même que ce sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, de même cette veille intense nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde* ».
- Cet état particulier de la conscience peut être induit grâce à l'intervention d'une autre personne, à l'aide de techniques spécifiques (les techniques d'inductions).

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UJEL et IDRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

46

MM

FAYMONVILLE Marie-Élisabeth , MARQUET Pierre et LAUREYS Steven.

Comment l'hypnose agit sur le cerveau, La Recherche 392 : 44-49. 2005.

- « L'hypnose n'est pas du sommeil, c'est un mode de fonctionnement particulier de l'éveil. Un processus actif nécessitant une motivation personnelle, une confiance, et une collaboration étroite avec le moniteur. Ce dernier invite le sujet à porter son attention de l'extérieur vers lui-même: c'est la phase d'induction durant laquelle le sujet entre en état d'hypnose. Ce processus difficile à caractériser s'accompagne d'une modification du champ attentionnel: le sujet sous hypnose est peu attentif à son environnement; il se concentre sur certaines représentations mentales propres, dont la nature dépend des instructions données. Il découvre alors un rapport à lui-même et à son environnement différent de celui de l'éveil: il agit et se voit agir. Son vécu comporte un ensemble de perceptions, de souvenirs, d'intentions et de pensées qu'il peut explicitement rapporter par la suite. C'est une expérience subjective par excellence... »

B.E. GORDON, Psychiatry, 23, 317, 1949.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UJEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

47

Depuis le 18^{ème} siècle il existe une pierre d'achoppement pour objectiver scientifiquement l'hypnose.

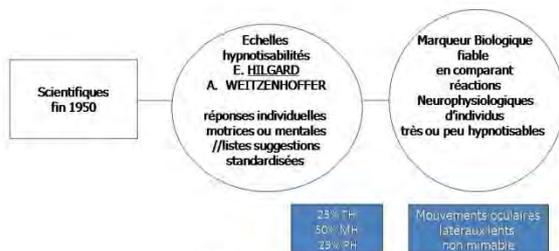
Les sujets sous hypnose sont-ils vraiment dans un état neurologique particulier?

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UJEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

48

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UJEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

49



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UJEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

50

De nos jours

Il n'y a pas UNE définition unique scientifiquement et universellement validée de l'hypnose

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UJEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

51

NN

Nombreuses sont les définitions et les théories de l'Hypnose : pour ne faire que les citer M.H Erickson, D. Araoz, L. Chertok, A. Weitzenhoffer, F.Roustang, M.E Faymonville

- L'hypnose ou processus hypnotique correspond à un état particulier de conscience modifiée qui fait intervenir l'attention, l'imagination et la mémoire du sujet.
- C'est un processus actif au cours duquel, par idéo-dynamisme, une suggestion ou idée est présentée par l'accompagnateur et déclenche une activité mentale intense, alors que le patient est en état d'absorption
- il est également à la fois acteur et observateur.
- C'est une expérience subjective par excellence qui nécessite motivation, attention et confiance mutuelle.
- Elle est rendue possible grâce à la neuroplasticité.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

52

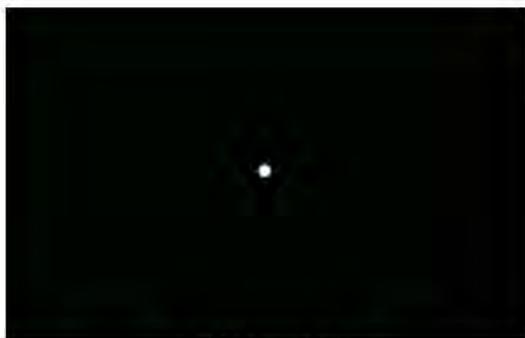
une définition personnelle métaphorique neuro-
phénoménologique du processus hypnotique :
« L'hypnose est à l'éveil ce que le rêve est au sommeil,
l'attention, la motivation et l'imagination en sont ses effecteurs
et la mémoire son vecteur. »

I.NICKLES Diplôme Universitaire d'Hypnose médicale. Faculté Médecine Montpellier.2009-
2010. (en paraphrasant et synthétisant les auteurs)

Et vous ?

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

53



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier- Nîmes

55

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

54



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier- Nîmes

56

00

200 ans plus tard l'Académie Nationale de Médecine

Reconnait l'hypnose médicale (rapport du 5/03/2013) comme thérapie complémentaire qui présente un réel intérêt thérapeutique et qui fait l'objet de tentative d'évaluation méthodologiquement acceptable. Nombreux essais cliniques sont en cours pour démontrer l'utilité de l'hypnose.

Définit comme une intervention thérapeutique non médicamenteuse en complément des thérapeutiques conventionnelles.

Recommandations à destination des patients, des soignants, des hôpitaux et des autorités de santé:

- **nécessite un diagnostic médical clairement établi par un médecin**
- **doit être proposée par les professionnels de santé dans le cadre d'un protocole de soins en complément des autres traitements.**

57

Les années 2012-2013 auront été placées sous le signe de la reconnaissance et de la médiatisation de cette discipline

12 000 publications scientifique sur l'hypnose dans la base de données en ligne Medline, alors qu'on n'en dénombrait qu'une cinquantaine il y a quinze ans;

De plus en plus d'équipes médicales se forment en France.

Elle est pratiquée dans plusieurs centres de soins. Des consultations d'hypnose médicale s'ouvrent.

La Faculté Médecine Montpellier crée une UEL de « sensibilisation à l'hypnose » pour ses étudiants dès cette rentrée 2013 pour sensibiliser ses étudiants aux enjeux de la relation thérapeutique et de la communication thérapeutique.

Attention aux pseudo thérapeutes de plus en plus nombreux qui exercent sans formation médicale ou paramédicale !

58

PP

Utilisées dans les centres antidouleurs, les blocs opératoires, en salle de réveil et dans les services de réanimation l'hypnose trouve de plus en plus sa place dans tous les services et les secteurs de la santé y compris en soins palliatifs ou le confort et l'accompagnement du patient reste une préoccupation par essence de tous les instants.

Elle répond ainsi aux recommandations de la Haute Autorité de Santé qui recommande le développement des thérapeutiques qui nécessitent une participation active du patient.

59

Economie de la sante

Les observations suivantes ont été décrites

- Diminution des médicaments prescrits, moins d'effets iatrogènes, moins d'hospitalisation et/ou diminution de la DMS (durée moyenne de séjour).
- Au niveau des actes d'intervention chirurgicale:
 - moins anesthésie générale, possibilité de pratiquer des anesthésies plus légères, risque hémorragique sera diminué (par vasoconstriction), moins de complications post opératoires, reprise du travail plus rapide.
 - Souhaitable de faire des études au niveau national pour valider et chiffrer ces économies réalisées.
- Etude publiée en 2002: intervention radiologique interventionnelle
- analyse comparée du cout entre une sédation par intraveineuse standard (n = 79 patients) et une + relaxation par autohypnose (n =82)
- montre que l'addition globale du cout (temps pour se mettre en condition d'hypnose, temps pour réaliser le geste invasif, heures d'observation après le geste invasif et prise en charge des complications après l'acte réalise) est de 638 \$ par patient pour la sédation classique et de 300 \$ en moyenne pour une sédation avec adjonction d'hypnose(338 \$ par patient), **soit un cout divisé par deux.**
- Remarque : l'hypnose réduit le temps de la réalisation effective de l'acte, mais nécessite un peu plus de temps pour mettre le patient en condition (induction hypnotique). Ce temps diminuant nettement avec l'expertise acquise de l'hypnose.

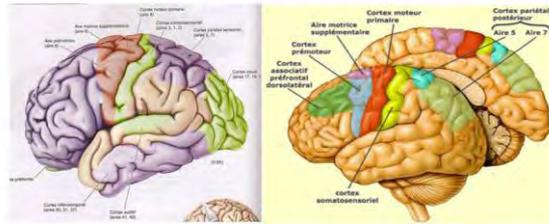
60

QQ



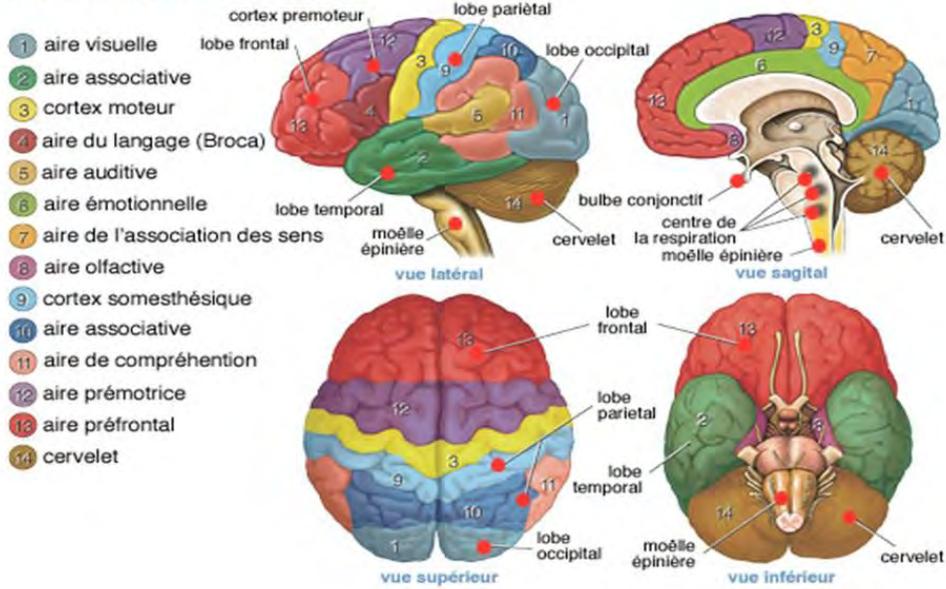
Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Pédiatrie Montpeller-
Nîmes.

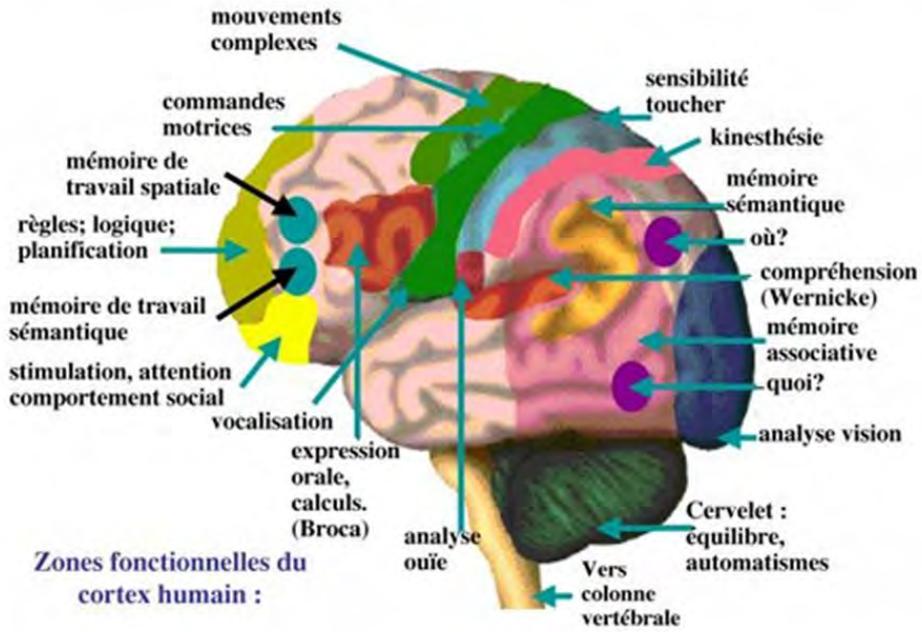
Les aires cérébrales corticales



Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Pédiatrie Montpeller-
Nîmes.

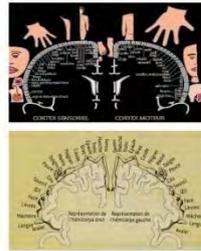
différentes parties du cerveau





Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

64

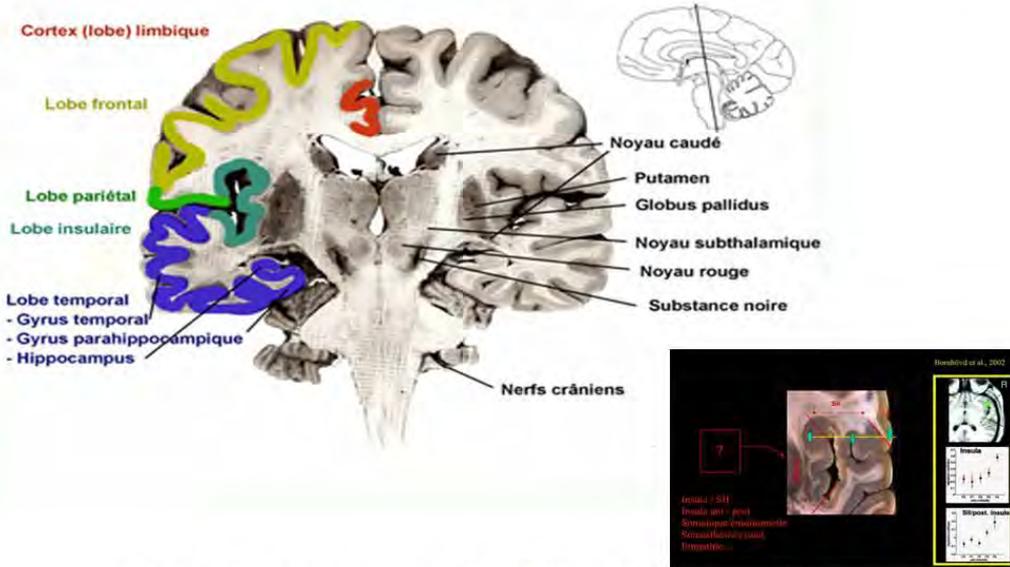


Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

65

SS

Un cerveau à l'intérieur du cerveau. « 5^{ème} lobe » du cerveau.
En cas de douleur : activation des 2 lobes de l'insula et des 2 aires somato-sensorielles S2



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

66

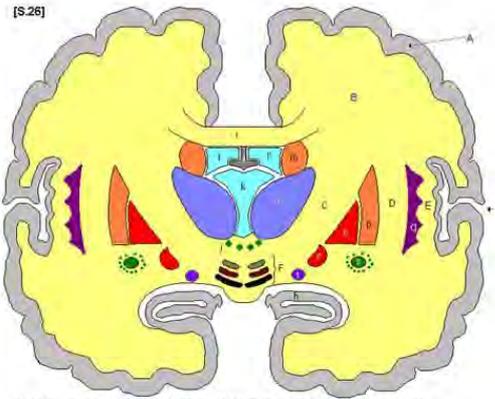
Noyaux gris centraux et Noyaux de la base du cerveau

Les corps striés ou striatum.

Centres sous-corticaux de la fonction motrice.
 Ils sont responsables de la motricité automatique, accompagnant l'exécution du mouvement volontaire.
 En connexion avec le cortex moteur au-dessus, et avec les noyaux sous-jacents.
 Avec le Thalamus, ils forment le Paléocéphale

Chaque corps strié est formé de 3 noyaux gris :
 -le noyau caudé,
 -le noyau lenticulaire
 -le claustrum ou avant-mur.

Le noyau lenticulaire est formé de deux parties :
 -partie externe : putamen. Forme avec le noyau caudé : le néo-striatum.
 -partie interne : pallidum, Forme le paléo - striatum.

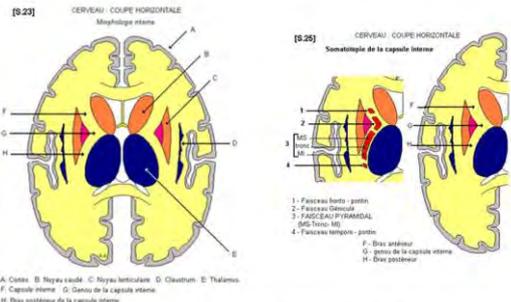


CERVEAU COUPE VERTICALE : Noyaux gris centraux et Noyaux de la base du cerveau
 A: Cortex. B: Centre ovale. C: Capsule interne. D: Capsule externe. E: Capsule extrême.
 F: Noyaux sous-opto-striés. G: Sillon latéral. h: Hippocampe. i: corps calleux
 j: hypothalamus. k: troisième ventricule. l et l' : ventricules latéraux. m: noyau caudé
 n: thalamus. o: pallidum. p: putamen. q: claustrum. r: noyau accubens
 s: noyau basal de Meynert et substance innominée. t: noyau amygdalien

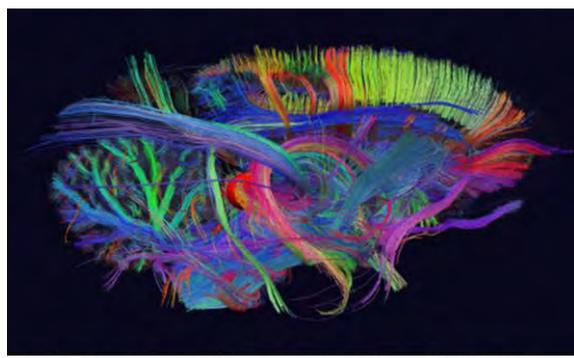
Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

67

TT



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

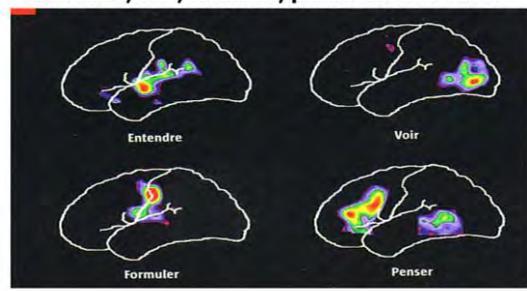


Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes **Van Weeden IRM de diffusion**

68

69

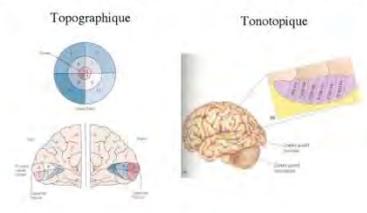
Entendre, voir, formuler, penser au PET-Scan.



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

70

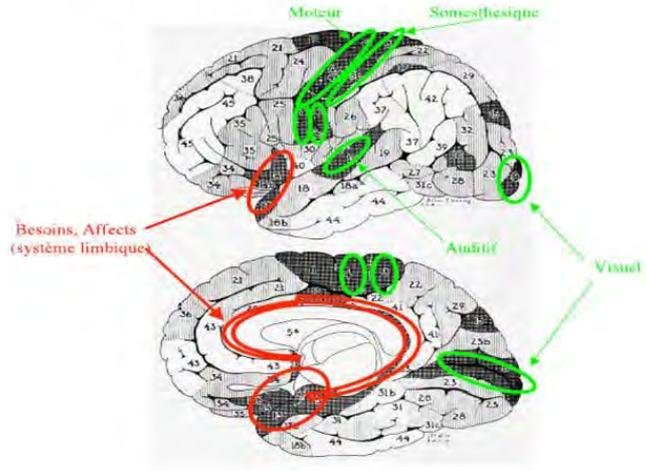
Cartes corticales des cortex visuel et auditif primaires



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

71

Aires corticales primaires

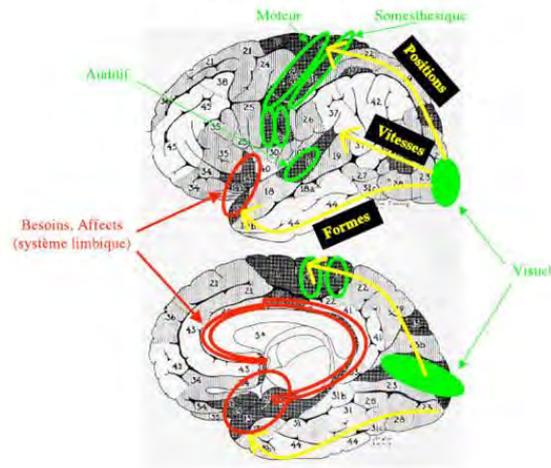


Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

72

UU

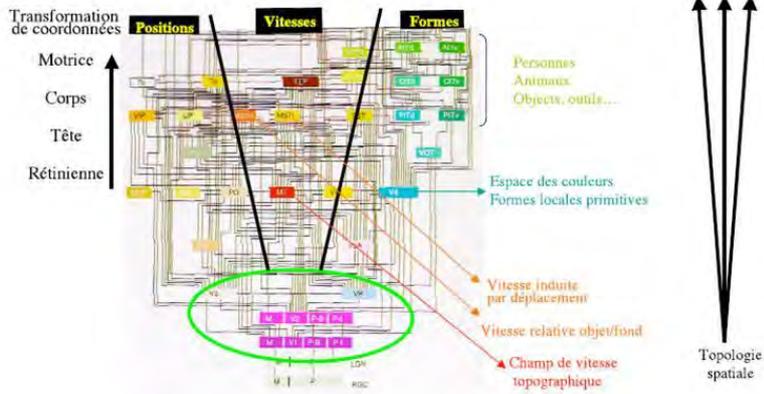
Voies visuelles



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

73

Système visuel

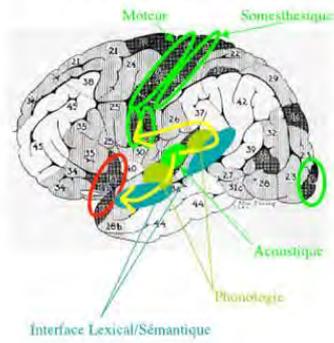


Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

74

VV

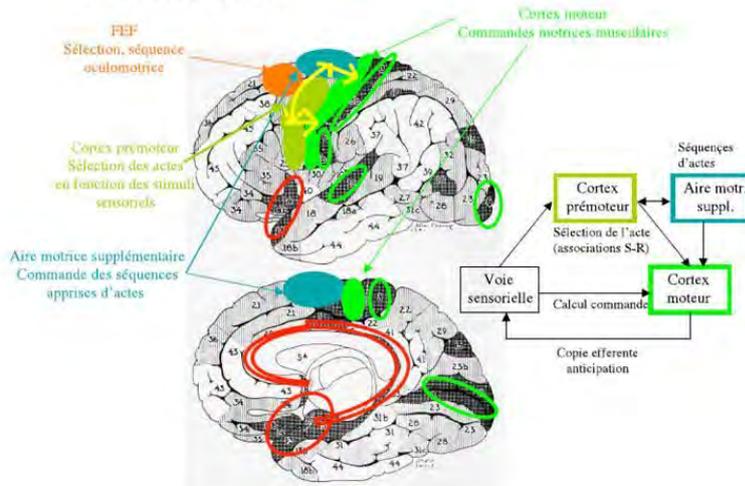
Voies auditives



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

75

Voies motrices

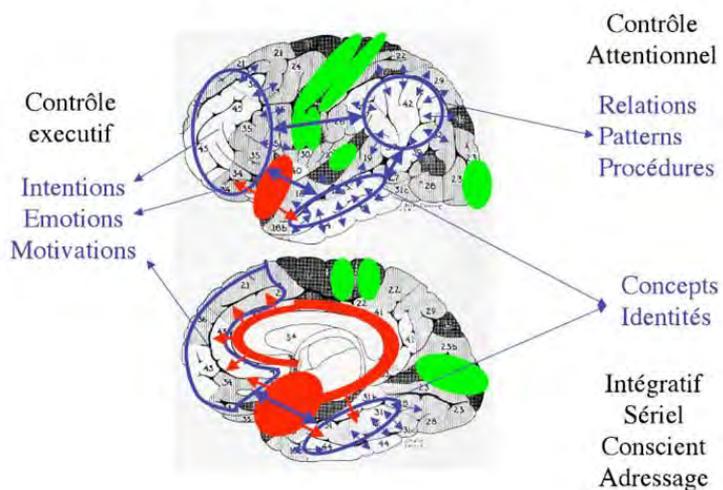


Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

76

WW

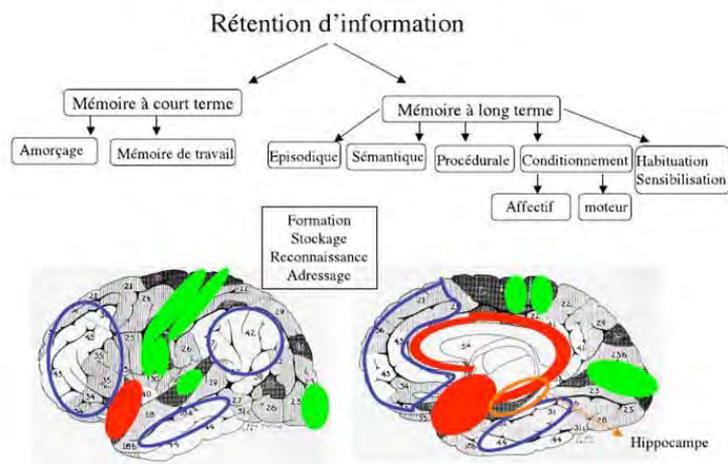
Centres associatifs polymodaux



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

77

Cerveau et mémoires



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

78

XX

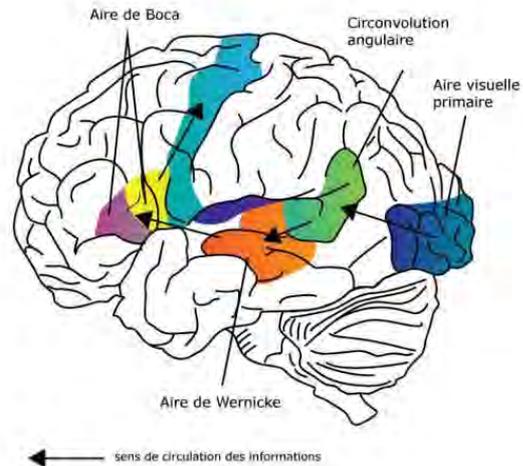
Aires cérébrales de la lecture

L'hémisphère cérébral **gauche** est prépondérant.

Chez la grande majorité des individus, les informations visuelles concernant la lecture arrivent au niveau des **aires visuelles primaires** et spécialisées de l'hémisphère gauche du cerveau, où elles sont interprétées afin de parvenir à l'identification précise des graphèmes. Les informations parviennent ensuite à la **circonvolution angulaire gauche** toute proche, puis aux aires du langage (Wernicke et Broca), où le lien entre les graphèmes, les phonèmes et leur sens est réalisé. Grâce à sa proximité avec les centres moteurs de la bouche et de la langue, l'aire de Broca permet ultérieurement la prononciation des mots lus.

Et l'hémisphère droit ?

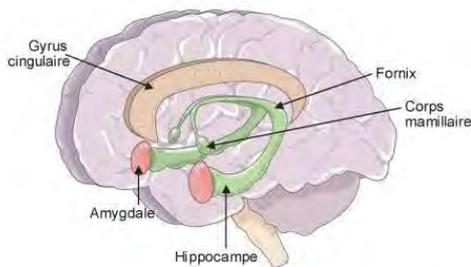
L'hémisphère **droit** participe aussi à la lecture en apportant par exemple la compréhension du rythme de la phrase, du contexte, des métaphores ou de l'humour.



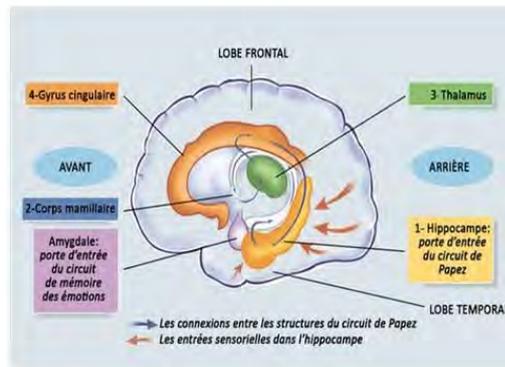
Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UE1 et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

79

Le système limbique



© Servier Medical Art

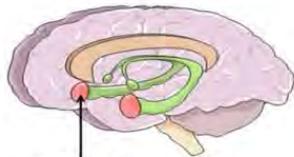


Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UE1 et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

80

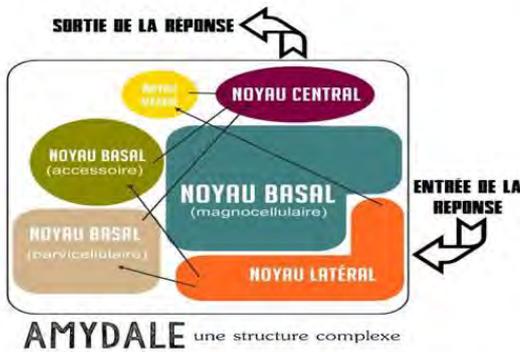
YY

Amygdale



- Amygdale**
- Gestion des émotions
 - Réactions de peur
 - Anxiété
 - Agressivité

-Centre des phobies innées et acquises : mémoire implicite, reconnaissance des émotions faciales, zone clé SSPT et dépression
 Vasopressine et Ocytocine régulent peur et anxiété : « yin et yang de l'émotion » Stoop, Veinante Science 2005; 308 : 245-248

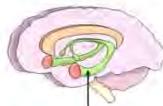


Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

81

Hippocampe

- Formation de la trace mnésique explicite
- (« Je me souviens »)
 La maturation hippocampique débute vers 8 ans jusqu'à 25 ans
 Indispensable pour le langage sous toutes ses formes (dessin, verbalisation)
- Zone clé SSPT et dépression.



- Hippocampe**
- Contrôle de l'émotion
 - Mémoire spatiale
 - Concentration
 - Acquisition des connaissances

© Science Medical 4/11

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

82

Le cerveau au repos est-il inactif ?

- Le cerveau d'un individu au repos consomme presque autant d'énergie que lorsqu'il est stimulé.
- Cette intense activité n'est pas abolie lors d'une anesthésie générale.
- A quoi sert cette mystérieuse énergie ?



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

83

Que fait le cerveau inactif ?



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

84

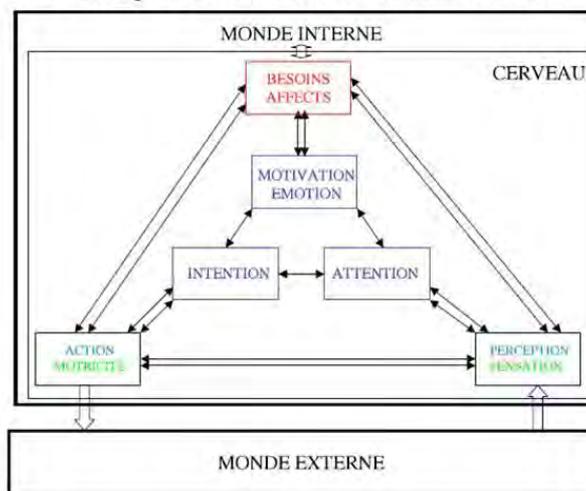
ZZ

- « Notre cerveau n'est jamais vraiment au repos, mais la science ne comprend pas bien comment l'activité spontanée et permanente de nos neurones influence notre perception du monde. Notre étude contribue à lever une partie du voile sur ces mécanismes », commentent les chercheurs.
- En utilisant les techniques de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et la stimulation par laser des structures nerveuses de la peau (stimulation d'un millième de seconde), les chercheurs ont mis au jour les régions plus spécifiquement concernées par cette activité spontanée du cerveau:
 - la conscience de soi et de notre monde intérieure est liée à l'activité cérébrale dans un réseau : précuneus +cortex cingulaire postérieur + jonction temporo-pariétale.
 - la conscience de notre monde extérieur est liée à l'activité mesurée dans le thalamus et les aires corticales fronto-pariétales latérales.
 - Quant au cortex cingulaire antérieur et au cortex insulaire, ils prédisent si la stimulation du laser sera perçue de manière plus ou moins douloureuse.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

85

Principes fonctionnels fondamentaux



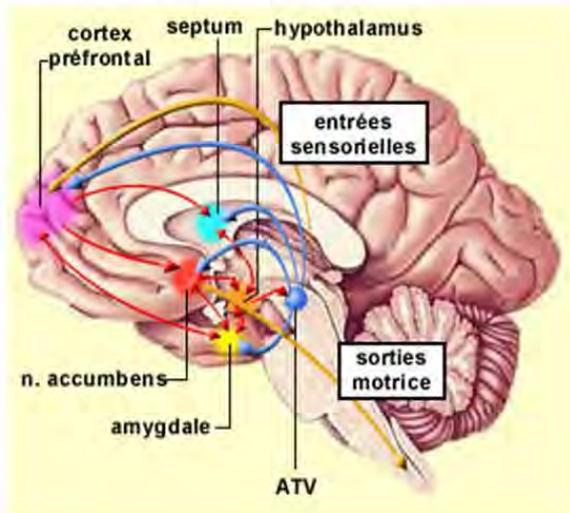
Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

86

AAA

LES CENTRES DU PLAISIR lecerveau.mcgill

- Les principaux centres du **circuit de la récompense** ont été localisés le long du MFB "medial forebrain bundle")
- L'aire tegmentale ventrale (ATV) et le noyau accumbens constituent les centres majeurs de ce circuit qui en comporte plusieurs autres comme le septum, l'amygdale, le cortex préfrontal ainsi que certaines régions du thalamus.
- Chacune de ces structures cérébrales participerait à sa façon à divers aspects de la réponse comportementale
- De plus, tous ces centres sont interconnectés et innervent l'hypothalamus (flèches rouges), l'informant de la présence d'une récompense.
- Le noyau latéral et le noyau ventromédian de l'hypothalamus sont particulièrement impliqués dans ce circuit de la récompense
- L'hypothalamus agit alors en retour non seulement sur l'aire tegmentale ventrale, mais aussi sur les fonctions végétatives et endocrines de tout le corps par l'entremise de l'hypophyse



Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

87

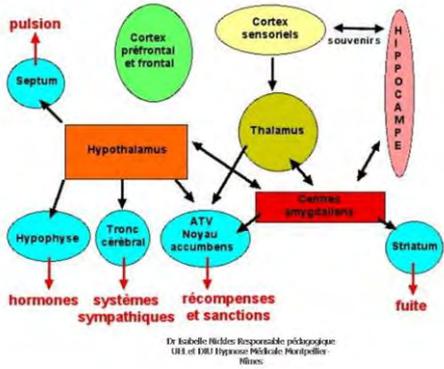
Le circuit de la punition et les stratégies de coping

- Les stimulations aversives provoquant la fuite ou la lutte activent quant à elles le **circuit de la punition** : "periventricular system" (PVS) qui nous permet de faire face aux situations déplaisantes.
- Mis en évidence par De Molina et Hunsperger en 1962, ce système implique différentes structures cérébrales dont l'hypothalamus, le thalamus et la substance grise centrale entourant l'aqueduc de Sylvius.
- Des centres secondaires se trouvent aussi dans l'amygdale et l'hippocampe.
- Ce circuit fonctionne dans le cerveau grâce à l'acétylcholine et stimule l'ACTH « adrenal cortico-trophic hormone », l'hormone qui stimule la glande surrénale à libérer de l'adrénaline pour préparer les organes à la fuite ou la lutte.
- Il est intéressant de noter que la stimulation du circuit de la punition peut inhiber le circuit de la récompense, appuyant ainsi l'observation courante que la peur et la punition peuvent chasser bien des plaisirs.
- Le **MFB** et le **PVS** sont donc **deux systèmes majeurs de motivation pour l'individu**. Ils incitent à l'action afin d'assouvir les pulsions instinctives et d'éviter les expériences douloureuses.
- Il en va tout autrement d'un troisième circuit, le **système inhibiteur de l'action (SIA)** ou « Behavioral Inhibitory System (BIS) » en anglais.
- La mise en évidence de ce système revient à Henri Laborit au début des années 1970.
- Il est associé au système septo-hippocampal, à l'amygdale et aux noyaux de la base.
- Il reçoit des inputs du cortex préfrontal et envoie ses outputs à travers les fibres noradrénergiques du locus coeruleus et par les fibres sérotoninergiques du raphé médian. Certains reconnaissent d'ailleurs un rôle majeur à la sérotonine dans ce système.
- Le SIA est activé lorsque la lutte et la fuite apparaissent impossibles et que le choix d'un comportement ne se résume plus qu'à subir passivement. Les conséquences pathologiques de cette inhibition de l'action ont permis de comprendre à quel point un stress chronique peut devenir destructeur pour l'être humain

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

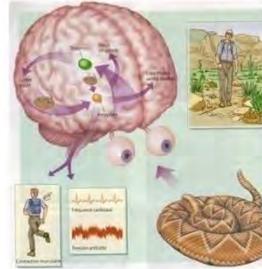
88

BBB



89

Traitement des émotions par l'amygdale



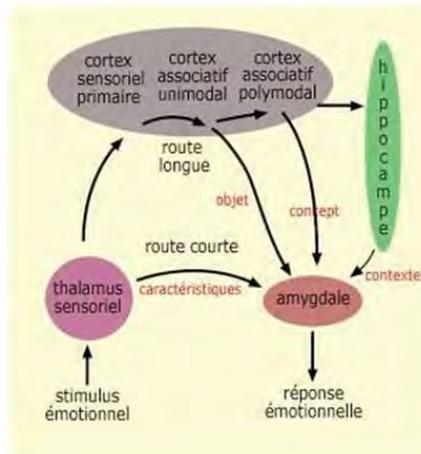
Mémorisation implicite, automatique de l'information à contenu émotionnel.

Amygdale puis cortex préfrontal ventro-médian puis cortex cingulaire antérieur.
Joseph LeDoux 1994



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

90



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

91

Les neurones miroirs

RÔLE DES NEURONES MIROIRS : DÉSIR MIMÉTIQUE ET EMPATHIE

La découverte des neurones miroirs est absolument renversante. C'est aussi la découverte la plus importante et elle est pratiquement négligée parce qu'elle est si monumentale que nul ne sait qu'en faire.

ROBERT SYLVESTER



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

92

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

93

CCC

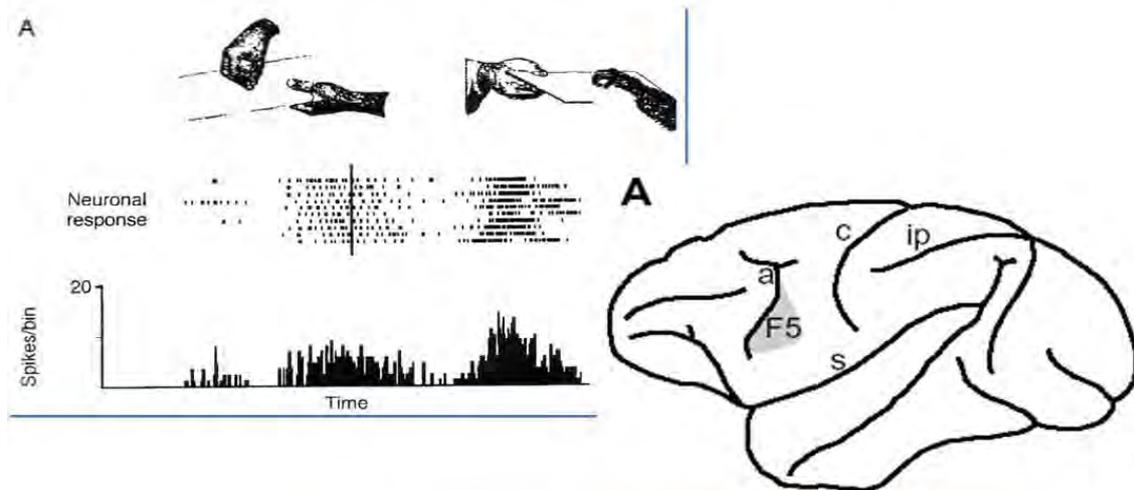
- Ces neurones sont appelés **neurones miroirs**.
 - Ils sont actifs pour un geste donné, que celui-ci soit effectué par l'animal ou qu'il observe son exécution faite par un tiers.
 - **Le singe imite le geste de l'autre « dans sa tête », sans passer à l'acte.**
 - Il ne s'agit rien de moins que la place de l'autre dans le cerveau du sujet.
- Les neurones miroirs pourraient constituer un système de communication fondé sur la reconnaissance gestuelle, pour les mouvements des doigts et des lèvres.
- Ce système aurait pu évoluer ensuite vers un système de reconnaissance du langage.

Gallese V, Rizzolati G. Action recognition in the premotor cortex. Brain 1996; 119

Dr Isabelle Nicles Responsable pédagogique
 UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

94

Les neurones miroirs Gallese V, Rizzolati G. Action recognition in the premotor cortex. Brain 1996; 119 : 593-609



Dr Isabelle Nicles Responsable pédagogique
 UEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

95

DDD

Les neurones miroirs éclairent sur ce qui connecte les cerveaux des hommes

- Aristote: « L'homme est un animal social qui diffère des autres animaux en ce qu'il est plus apte à l'imitation. »
- Sur quelle base scientifique commune repose cette « influence (...) de l'homme sur l'homme » qui explique en partie l'action des techniques de fascination, d'hypnose ou de certaines manipulations mentales (publicitaire, politique...)?
- L'identification de neurones miroirs au cours des années 1990 est due à l'équipe de Giacomo Rizzolatti, directeur du département de neurosciences de la faculté de médecine de Parme.
- Chez l'homme en 2010 il fut possible d'observer dans certaines régions du cortex cérébral (notamment autour de l'aire de Broca, homologue à l'aire F5 du singe, et au niveau du cortex pariétal inférieur) une activation à la fois quand l'individu produit une action et lorsqu'il observe un autre individu exécuter une action plus ou moins similaire
- Par précaution, on utilise parfois les termes « système miroir » ou « système de neurones miroirs » plutôt que « neurones miroirs » pour désigner ces aires fonctionnelles.
- Il existe donc dans le cerveau un lien direct entre *action, observation et Intention*.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UJEL et IDRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

96

Qqs réflexions d'auteurs

- « Le processus dynamique et intersubjectif nommé 'IMITATION' est vital pour le développement humain et pour la transmission de la culture durant toute notre vie.
- Selon les chercheurs nous ne commençons qu'à saisir l'importance de l'imitation et de l'interdépendance des êtres humains (même au niveau cérébral). » "in ways that we are just beginning to understand" (Hurley & Chater, 2002)
- « La découverte des neurones miroirs est la plus importante nouvelle non-transmise de la décennie. Je prédit que les neurones miroirs feront pour la psychologie ce que l'ADN a fait pour la biologie. Elle va fournir un cadre unifiant et aider à expliquer une quantité de dispositions mentales qui jusqu'à maintenant restaient mystérieuses et inaccessibles à l'empirisme ». (V.S. Ramachandran, 2000).
- Toutes ces données suggèrent que le système miroir des émotions permet de simuler l'état émotionnel d'autrui dans notre cerveau et donc de mieux identifier les émotions éprouvées par les individus de notre entourage.
- C'est pour certains scientifiques "le mécanisme neural potentiel pour l'empathie, par lequel nous comprenons les autres en reflétant leur activité cérébrale" (Miller, 2005).

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UJEL et IDRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

97

EEE

Ainsi pourrait être expliquée la base neuronale d'une partie des phénomènes hypnotiques.

« les neurones miroirs tant du médecin que du patient sont simultanément actifs dans une synchronicité empathique mutuelle (...)

La perspicacité créative (...), la guérison et la résolution de problèmes via les nouvelles expériences d'expression génique et de plasticité cérébrale sont obtenues par médiation de processus mutuels de développement et d'autonomie (ou d'attention à soi) avec et entre les systèmes des neurones miroirs du client et du médecin », (ils) « sont le média pour (...) la relation en hypnose thérapeutique ».

La Nouvelle approche neuroscientifique de la Psychothérapie, de l'Hypnose Thérapeutique et de la Réadaptation: Un Dialogue Créatif avec Nos Gènes- Ernest Lawrence Rossi

Dr Isabelle Michès Responsable pédagogique
UJEL et IDU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

98

Le système de l'attention
concentration et perception

99

FFF

Attention sélective.

- La fixation, la focalisation de l'attention sur un objet interne ou externe fait écho au concept de « parallel awarness » qui décrit ce phénomène de vigilance à plusieurs niveaux (Yapko, 1990) observé en état d'hypnose.
- Nous ne sommes conscients que d'une quantité limitée de stimuli présents dans notre environnement, 5% selon Fivaz (1999, cité par Edgette op. cit.). Ce phénomène est amplifié lors de l'état hypnotique. L'attention sélective est la capacité de focaliser l'attention sur une partie de l'expérience en occultant les autres aspects. Le focus attentionnel peut se déplacer sur les différents champs de l'expérience du sujet ou varier les niveaux de vigilance (hypovigile, hypervigile).
- La dissociation et l'attention sélective préparent la réactivité.
- L'expérience (Simons & Chabris, 1999) met en évidence un phénomène appelé "cécité cognitive" ou "cécité aux changements " *Inattentional blindness*", que l'on pourrait traduire par " *aveuglement par défaut d'attention* " ou cécité d'inattention.

Dr Isabelle Nicides Responsable, pédagogie
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

100

L'information sensorielle est modelée par l'expérience propre à chaque individu.

Le modelage des informations sensorielles est lié à la construction de notre système nerveux. Notre cerveau crée la réalité en posant un certain nombre d'hypothèses (cf. Marc JEANNEROD).

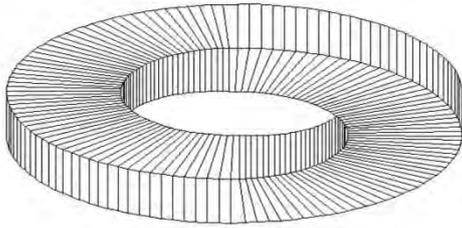
«La distinction entre le mental et le physique est fautive. Il s'agit d'une illusion créée par le cerveau. Tout ce que nous savons du monde physique, de notre propre corps et de notre monde mental vient de notre cerveau. Mais nous n'avons pas de relations directes avec les objets ou les idées. En nous cachant le travail de (re)construction du monde auquel il procède, notre cerveau nous donne l'illusion de cette relation directe. Il nous fait croire également que notre monde mental est indépendant du monde et nous appartient en propre». Chris FRITH

Dr Isabelle Nicides Responsable, pédagogie
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

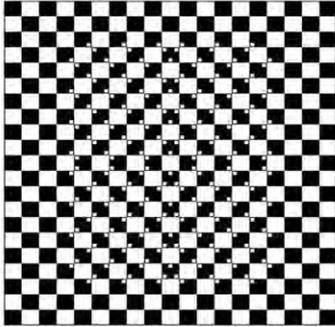
101

GGG

Sens dessus dessous...

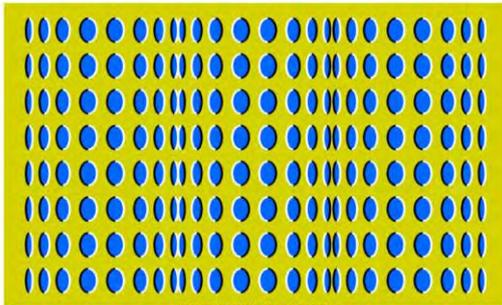


Dr Isabelle Nèdes Responsable pédagogique
UR3 et IFR3 Hygiène Pédiatrie Montpellier
Nèdes



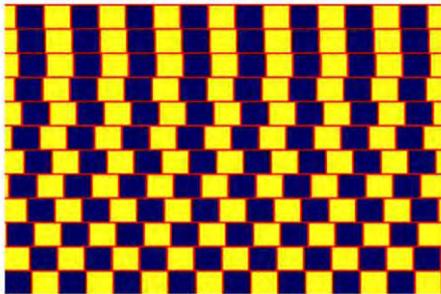
Les lignes sont droites ou pas ? Elles le sont.
(Traduction française de l'anglais de wikipedia)
UR3 et IFR3 Hygiène Pédiatrie Montpellier
Nèdes

En fait ...rien ne bouge !



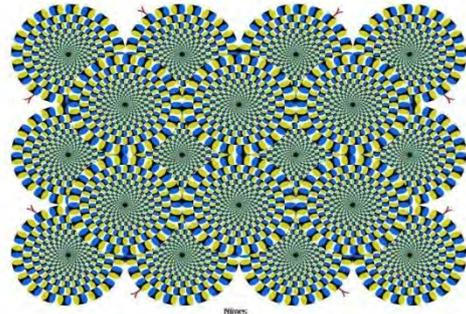
UR3 et IFR3 Hygiène Pédiatrie Montpellier
Nèdes

...les lignes rouges horizontales sont-elles parallèles ou non ?



Nèdes

Si tu vois quelque chose tourner, cours chez le médecin !
Il n'y a rien qui bouge !



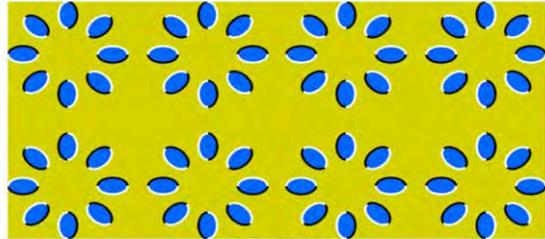
Nèdes

102

103

On continue ?

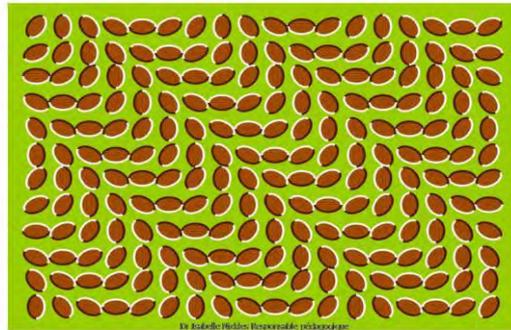
Alors, regarde bien les images suivantes...



UR3 et IFR3 Hygiène Pédiatrie Montpellier
Nèdes

104

105



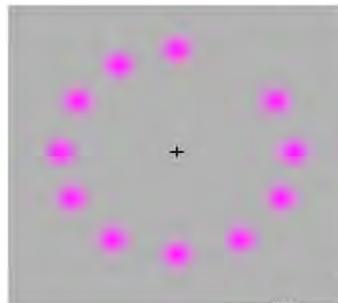
Dr Isabelle Nèdes Responsable pédagogique
UR3 et IFR3 Hygiène Pédiatrie Montpellier
Nèdes

106

107

Concentre-toi sur la croix au milieu, et après quelques secondes tu remarqueras que le cercle rose qui tourne est

en fait VERT !!!



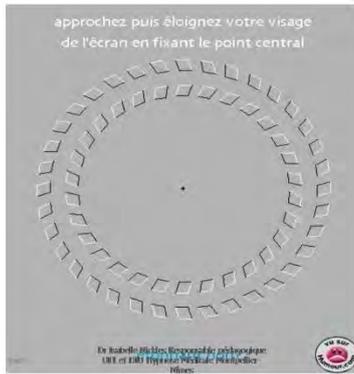
Si tu regardes la croix au milieu,
tu vas voir que les cercles roses
disparaissent et que seul le
cercle vert (qui est en fait rose)
reste !

Nèdes

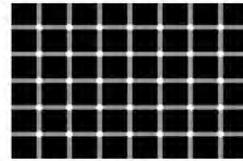
108

109

HHH



110



Compte les points noirs...

Dr Isabelle Hildes Responsable pédiatrique
URJ et DRU Hypnose Pédiatrie Montpellier
Hines

111

- C'est la meilleure illusion d'optique..... Suis bien les instructions:**
- 1) Décontracte toi et regarde fixement les 4 points sur l'image pendant 40 secondes
 - 2) Ensuite tourne ton regard lentement vers un mur à proximité (la surface doit être lisse et unicolore)
 - 3) Ensuite tu vois se former lentement une tâche claire (regarde suffisamment longtemps)
 - 4) Cligne des yeux et tu vois se former une image dans la tâche plus claire.
 - 5) Que vois-tu ? Ou plutôt qui vois-tu ?

Et le meilleur pour la fin



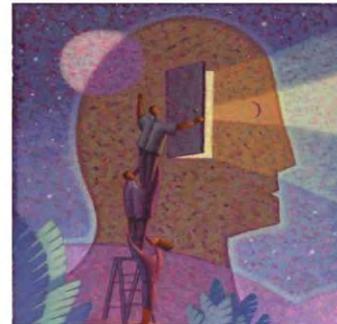
Dr Isabelle Hildes Responsable pédiatrique
URJ et DRU Hypnose Pédiatrie Montpellier
Hines

112

Dr Isabelle Hildes Responsable pédiatrique
URJ et DRU Hypnose Pédiatrie Montpellier
Hines

113

LE CERVEAU EN ÉTAT D'HYPNOSE



Dr Isabelle Hildes Responsable pédiatrique
URJ et DRU Hypnose Pédiatrie Montpellier
Hines

114

Dr Isabelle Hildes Responsable pédiatrique
URJ et DRU Hypnose Pédiatrie Montpellier
Hines

115

Le « gros » corps calleux des patients hautement hypnotisables

J.E. Horton et coll. Brain 2004 ;127 : 1741-1747

- Etude anatomique en IRM du cerveau de sujets résistants et faciles à hypnotiser
- Une zone (le rostrum) de la partie antérieure du corps calleux est significativement plus épaisse (31,8%) chez les sujets faciles à hypnotiser
- Rostrum : zone de l'attention et du transfert d'information entre les 2 cortex préfrontaux

PARTICULARITÉ ANATOMIQUE DU CERVEAU DES PATIENTS HAUTEMENT HYPNOTISABLES

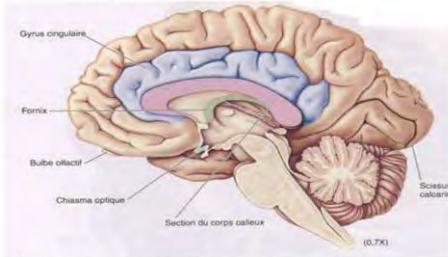
Dr Isabelle Hildes Responsable pédiatrique
URJ et DRU Hypnose Pédiatrie Montpellier
Hines

116

Dr Isabelle Hildes Responsable pédiatrique
URJ et DRU Hypnose Pédiatrie Montpellier
Hines

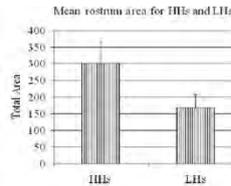
117

**Le « gros » corps calleux
des patients hautement hypnotisables**
JE. Horton et coll. Brain 2004 ;127 : 1741-1747

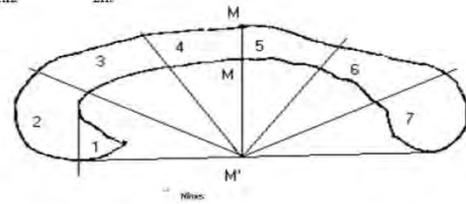


Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique UJEL et DIRJ Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

118



**Le « gros » corps calleux
des patients hautement
hypnotisables**
JE. Horton et coll. Brain 2004 ;127 : 1741-1747



119

**FONCTIONNEMENT
DU CERVEAU EN HYPNOSE**

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique UJEL et DIRJ Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

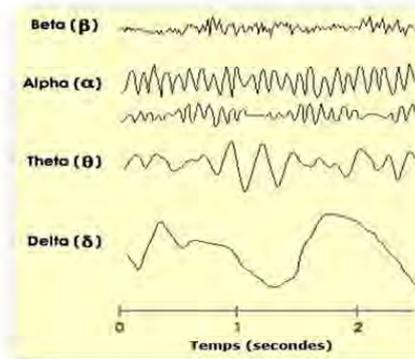
120

LES ONDES LENTES

- Lorsque l'activité du cerveau est faible, des groupes de cellules nerveuses déchargent en même temps leur potentiel électrique. Ce **synchronisme** se traduit à l'EEG par des **trains d'ondes lentes (fréquence faible) de grande amplitude**. Les plus connues sont :
- les **ondes alpha**, fréquences entre 8 et 12 cycles par seconde (ou 8 à 12Hz) ; état de relaxation ou de détente chez un sujet ayant les yeux fermés ;
- les **ondes thêta**, fréquences varient entre 4 et 7 Hz, premier stade de sommeil, chez certains méditatifs chevronnés, caisson d'isolation sensorielle ;
- les **ondes delta**, de 0.5 à 3 Hz, sommeil profond, certains états pathologiques (tumeur) ou chez un patient éveillé, à l'approche de la mort.

LES ONDES RAPIDES

- Par contre, lorsque le cerveau est activé en état de veille, chaque petit circuit nerveux décharge son potentiel selon un rythme qui lui est propre. Il en résulte une activité d'ensemble **asynchrone**, qui se traduit par des **ondes rapides (fréquence élevée) et de faible amplitude** (les divers potentiels s'annulent les uns les autres, au niveau du tracé).
- connues sous le nom d'**ondes bêta**, dont la fréquence varie de 13 à 26 Hz, mais dont l'amplitude va en diminuant à mesure que l'activité cérébrale augmente.



Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique UJEL et DIRJ Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

121

JJJ

Physiologie Neurophénoménologie de l'hypnose

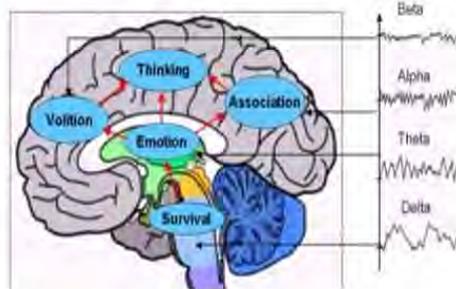
Dans les années 30 l'EEG a permis plusieurs études de l'activité cérébrale en état d'hypnose. Les différents travaux menés ont montré que l'état hypnotique correspondait bien à un état de veille.

Ce n'est pas du sommeil

- L'activité cérébrale durant l'hypnose est différente de l'activité du cerveau durant la rêverie et de la méditation.
- L'EEG chez des sujets hypnotisés n'est pas très différent de ceux en état de veille :
 - ✓ +/- prépondérance d'ondes alpha, comme dans l'état de pré-sommeil
 - ✓ corrélation entre la survenue d'ondes frontales thêta et une plus grande capacité à l'hypnose? index de la sensibilité hypnotique? Augmente durant induction et l'état d'hypnose.
- Les études électroencéphalographiques semblent plutôt indiquer que l'hypnose est un état de pré-sommeil.

WOOD, C., MICHAUX, D., Physiologie de l'hypnose ou Neurophénoménologie de l'hypnose, in : *L'Hypnose médicale*, 2ème Ed., MED-LINE Editions, Paris, 2012

Brain Structures, Brain Functions and Brain Waves



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

122

- **Relations ondes thêta et hypnotisabilité**
- L'élément certainement le plus probant de cette recherche autour de l'EEG est la relation positive entre les ondes thêta et la susceptibilité hypnotique.
- C. WOOD rapporte en 2007 que l'état hypnotique s'associe à une production plus importante d'onde thêta, que cela soit pendant l'induction ou lors des suggestions hypnotiques, cela étant d'autant plus vrai que le sujet est hypnotisable.
- M.E. SABOURIN retrouve le même type de résultat en 1990 avec une augmentation de la puissance, de l'amplitude moyenne des ondes thêta en hypnose, principalement dans les aires occipitales et frontales.
- Son étude montre que les sujets très hypnotisables ont plus d'ondes thêta que les moins hypnotisables à l'état de veille et lors de l'hypnose, avec une différence plus importante en localisation frontale.
- Notons que les ondes thêta se divisent en deux classes distinctes : la classe I, associée à l'inactivité et à la somnolence, et la classe II associée à des activités cognitives comme la résolution de problèmes ou la production d'images, grâce à l'inactivation de certaines réponses permettant une attention continue et dirigée.
- L'augmentation de la production des ondes thêta pourrait provenir du système frontohippocampo-limbique, impliqué dans les tâches attentionnelles, et qui possède de nombreuses connexions avec le gyrus cingulaire antérieur, lui-même voisin de la région fronto-médiane du cerveau principalement impliqué dans ces activités cognitives.
- W.J. RAY lui retrouve en 1997 avant l'induction hypnotique une activité thêta supérieure chez les sujets de forte susceptibilité hypnotique par rapport aux témoins, spécialement dans les aires frontales et temporales. Mais petite différence, il repère que l'induction hypnotique réduit l'activité thêta chez les sujets facilement hypnotisables, alors qu'elle augmente chez les moins hypnotisables, en particulier dans les aires pariétales et occipitales. Ainsi après l'induction hypnotique, les deux groupes de sujets avec une hypnotisabilité initiale différente se retrouvent dans des états corticaux très similaires.
- Toutefois la plupart des auteurs, à l'instar de GRAFFIN, cité par J.F. KIHILSTROM en 2013, interprètent les variations de l'onde thêta comme une indication de l'attention soutenue, de l'effort cognitif et de l'amélioration des capacités d'imagerie mentale en état d'hypnose.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

123

KKK

A la recherche...des corrélats neuronaux spécifiques de l'hypnose

Actuellement grâce
aux progrès de
imagerie cérébrale
IRMf, TEP,
tenseur de diffusion

P. VUILLEMIER- Yann COJAN
M.E FAYMONVILLE- P.RAINVILLE
S.LAUREYS- P.MARQUET- JF. KIHLSSTROM
And co...

Etudes fonctionnelles de l'activité en réseau et de la connectivité du
cerveau humain



Hypnose a un réel effet sur le cerveau

Dr Isabelle Hédès Responsable pédagogique
UMR et UFR Hypnose Médecine Montpellier
France

124

Depuis les années 90, grâce à la neuroimagerie fonctionnelle (tomographie par émission de positons (PET scan) et imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), plusieurs séries d'études ont été menées et ont permis, par la mesure des flux sanguins cérébraux, d'observer les modifications de l'activité cérébrale pendant l'hypnose et l'éveil normal

P. Rainville a fait la synthèse de ces différentes études « *qui démontrent que la procédure hypnotique produit des changements robustes dans l'activité du cerveau qui correspondent, au moins en partie, à des changements spécifiques dans l'expérience subjective de relaxation et d'absorption mentales hypnotiques.*

De plus, ces études confirment que les suggestions hypnotiques modifient l'activité dans des zones du cerveau impliquées directement et spécifiquement dans le traitement des informations sensorielles et émotionnelles qui sont la cible des suggestions ».

125

LLL

Il existe donc différentes modalités d'activation du cortex durant l'hypnose.

certaines zones impliquées ++ dans la production d'images mentales sont activées de façon privilégiée :

- - le cortex cingulaire antérieur qui joue un rôle dans les processus attentionnels et le contrôle cognitif
- - le precuneus (une partie du lobe pariétal) ;
- - le cortex occipital ;
- - le cortex temporal et les aires dites extra striées du cortex visuel.

Ainsi, on connaît actuellement les zones activées durant le processus hypnotique mais le mécanisme neurobiologique responsable de l'hypnose reste encore inconnu

RAINVILLE, P., L'imagerie fonctionnelle cérébrale fonctionnelle et la « Neurophénoménologie » de l'hypnose, in : *L'Hypnose médicale*, 2ème Ed., MED-LINE Editions, Paris, 2012

126

L'outil sur le système
neuro-anatomique est la suggestion



Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

128

L'HYPNOSE MOBILISE LA FAÇON DONT LE
CERVEAU PEUT INTERPRÉTER AUTREMENT
LA RÉALITÉ QU'IL PERÇOIT

Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

127

Modulation de la perception des sons sous hypnose
H. Szechtman et coll. Proc Nat Acad Sci 1998 ; 95 : 1956

- ❑ L'équipe de Henry Szechtman de l'université canadienne de Waterloo monte une expérience en 1998 avec huit sujets suffisamment mélomanes pour se rappeler précisément un morceau de musique .
- ❑ Cette étude réalisée par TEP montre la même activation dans le cortex cingulaire antérieur aire 32 de la région de Brodman
 - lorsqu'un sujet écoute un morceau de musique ou si on lui demande de se le rappeler sous hypnose.
 - Pas d'activation lorsqu'on lui demande de se souvenir du morceau et qu'il est éveillé.

Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

130

**MODULATION DES PERCEPTIONS EN
HYPNOSE**

Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
URJ et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

129

MMM

Perception auditive réelle – hallucination auditive sous hypnose - effort d'imagerie mentale:
 8 sujet capables de produire des hallucinations auditives sous hypnose
 (illusion d'une perception externe avec clarté de cette illusion)
 6 sujets très hypnotisables mais incapables de produire des H.A sous hypnose.

Sous hypnose:

- sujets incapables d'H.A : activation des Cortex auditifs Associatifs
- sujets capables d'H.A : activation du Cortex Cingulaire Ant.

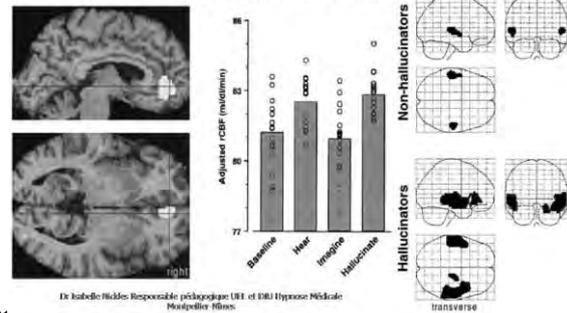
En cas de perception réelle des sons:

- sujets capables H.A activent plus le C.A. associatif que les non capables.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

131

Modulation de la perception des sons sous hypnose
 H. Szechtman et coll. Proc Nat Acad Sci 1998 ; 9:



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale
 Montpellier- Nîmes

132

Modulation de la perception des couleurs sous hypnose

Harvard en 2000, l'équipe de Stephen Kosslyn

S Kosslyn et coll. Am J Psychiatry 2000 ; 157 :1279

- Dans cette étude, on demande au sujet éveillé de regarder un panneau constitué de carreaux colorés puis uniquement en gris.
- Si on lui donne le panneau coloré à voir, les deux régions du cerveau impliquées dans la perception des couleurs, situées au niveau du lobe occipital, s'activent
- si on lui demande d'imaginer que le panneau coloré est gris, elles restent actives.
- En revanche, quand on répète l'opération sous hypnose, les deux régions se désactivent quand on lui demande d'imaginer que le panneau coloré est gris.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

133

NNN

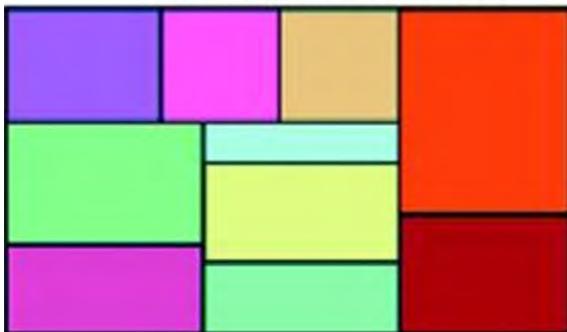
En conscience ordinaire :

- Le sujet regarde un panneau fait de carreaux colorés : les 2 zones du cortex occipital impliquées dans la perception de la couleur s'activent.
- Si le sujet regarde un panneau fait de carreaux gris les zones de la couleur se désactivent.
- Si on lui demande d'imaginer que le panneau coloré est gris les zones occipitales restent actives

Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

134

Moodulation de la perception des couleurs sous hypnose
SM Kosslyn et coll. Am J Psychiatry 2000 ; 157 : 1279



135

Moodulation de la perception des couleurs sous hypnose
SM Kosslyn et coll. Am J Psychiatry 2000 ; 157 : 1279



136

En état d'hypnose:

- si on demande au sujet d'imaginer que le panneau coloré est gris les zones de la couleur se désactivent et vis et versa

Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

137

000

influence des suggestions hypnotiques sur le fonctionnement cognitif. étude récente, McGeown et collaborateurs (2012)

- ❑ Sujets (très suggestibles ou peu suggestibles: étude de l' activations cérébrale IRMf.
 - regardent tantôt un panneau colorées, tantôt un panneau de nuances de gris
 - Avec ou sans suggestions spécifiques: panneau gris était en couleurs ; panneau en couleurs était en gris.
- condition n°1: aucune suggestion relative à la couleur
- Condition n°2 : suggestions spécifiques sans induction hypnotique.
- Condition n°3: mêmes suggestions avec induction hypnotique.

Dr Isabelle Michès Responsable, pédagogie
UIEL et DIRJ Hypnose Médicale Montpellier -
Nîmes

138

- ❑ **sujets peu sensibles à la suggestion:**
 - Pas modification dans leur perception des couleurs consécutivement aux suggestions.
 - aucune différence d'activation cérébrale significative relevée entre les trois conditions expérimentales.

- ❑ **sujets très sensibles à la suggestion:**
 - perception des couleurs modifiée consécutivement aux suggestions.
 - enregistrements IRMf concordant : suite aux suggestions, l'activité neuronale modifiée dans les aires associées à la couleur/ gyrus fusiform (BL) aires visuelles primaires (C.O)

Point à souligner: les suggestions influencent la perception des couleurs même en l'absence de « transe hypnotique » à proprement parler.

Hypothèse: les suggestions formulées amènent les sujets très sensibles à la suggestion à réorienter leur attention et à solliciter leur imagination, modifiant ainsi la construction perceptive des stimuli.

L'état de conscience modifiée hypnotique amplifie cette dynamique cognitive provoquée par l'influence des suggestions sans être indispensable cependant .

Dr Isabelle Michès Responsable, pédagogie
UIEL et DIRJ Hypnose Médicale Montpellier -
Nîmes

139

PPP

Cette expérience va enfin lever le voile sur l'existence de corrélats neuronaux spécifiques à l'hypnose
Elle est la première à montrer un état cérébral particulier du sujet sous hypnose

L'HYPNOSE UTILISE L'IMAGINATION ET LA MÉMOIRE MAIS ELLE N'EST PAS DE L'IMAGINATION OU DE LA REMÉMORATION

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

140

BON SOUVENIR

P. MAQUET, S. LAUREYS, ME FAYMONVILLE
BIOL. PSYCHIATRY 1999 ; 45 : 327

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

141

**Expérimentation neuroscientifique /condition bon souvenir
Validation de l'état hypnotique**

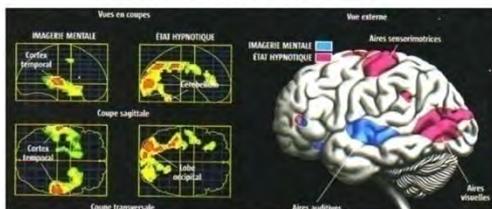
- **1^{er} temps: Recueil des données autobiographiques: demander de se rappeler un souvenir de vacances de façon très intense en visualisant mentalement les scènes, les paroles, voire les odeurs qui lui sont liées. Noter tous les éléments.**
- **2^{ème} temps: Comparer avec la TEP l'activité cérébrale des sujets dans trois situations :**
 - 1: Sujet éveillé écoute les phrases de l'expérimentateur qui lui rappelle ses vacances remémoration autobiographique
 - 2: Sujet toujours éveillé, écoute la bande-son des paroles de l'expérimentateur à l'envers pour éviter de penser à ses vacances
 - 3: Sous hypnose il écoute ces paroles.
- **Validation de l'état hypnotique (état subjectif) se fait sur un faisceau d'observations cliniques:**
 - **Activité non imitable :** présence de mouvements oculaires latéraux lents
 - **Réponse à la suggestion motrice :** mouvement des pieds que nous demandons au sujet de faire
 - **Absence de sommeil** enregistrement EEG prouvant que le sujet ne dors pas.
 - **Enregistrement de la détente musculaire** à l'aide de capteurs fixés au menton. (non contrôle)

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

142

Remémoration d'un souvenir agréable sous hypnose

voir, sentir, bouger tout en étant immobile.
« Revivre » plutôt que « se remémorer »



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

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

143

Remémoration d'un souvenir agréable sous hypnose

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

- Activation du cortex occipital (région de la vision), du cortex pariétal (sensation), du cortex précentral (motricité), de l'insula et CCA
- *voir, sentir, bouger tout en étant immobile.*
- Par rapport à l'état de veille classique et imagerie mentale : désactivation du precuneus (pariétal), du cortex cingulaire postérieur.
- Ce pattern d'activation est impliqué dans la régulation de l'attention

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UR1 et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

144

QQQ

- ❑ **Condition sujet éveillé se rappelant un souvenir:**
 - activation principale des **lobes temporaux droit et gauche.**
 - Ces mêmes régions ne s'activent pas lorsque le sujet éveillé ne pense à rien bande à l'envers, ni lorsqu'il est sous hypnose et qu'il revit ses vacances.
- ❑ **Condition hypnose: activation d' un réseau comportant les régions :**
 - vision occipitale
 - sensations pariétale
 - motricité précentrale
 - *comme s'il voyait, sentait et bougeait, alors qu'il est immobile.*
- ❑ **Ces données objectives concordent avec le rapport subjectif des participants :**
 - ils mentionnent invariablement l'impression de « revivre » sous hypnose des moments agréables, alors que pendant la remémoration d'événements agréables en conscience habituelle, ils se « souviennent » seulement de leur vécu.
 - **Deuxième différence majeure : le precuneus région du cortex pariétal et le cortex cingulaire postérieur sont désactivés en cours d'hypnose.**
 - Or ces régions sont très actives, lorsque le sujet est éveillé, même lorsqu'il ne pense à rien écoute de la bande-son à l'envers.
 - on a déjà observé une désactivation de ces zones dans certaines phases du sommeil ou dans les états végétatifs, donc dans des états modifiés de conscience.

Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

145

Avec ces travaux, nous avons donc acquis une première certitude : l'état hypnotique correspond bien à un état cérébral particulier.

- Mais comment cet état agit-il au niveau cérébral pour moduler la perception de la douleur ?
- Pour étudier cette question, nous devons partir des connaissances actuelles sur la neuro-anatomie de la nociception

NEURO ANATOMIE DE LA NOCICEPTION

Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

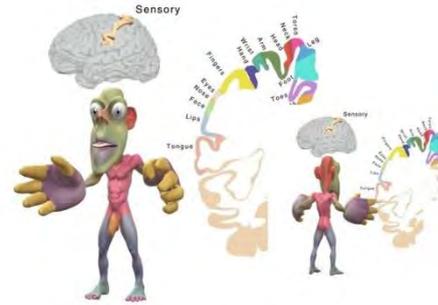
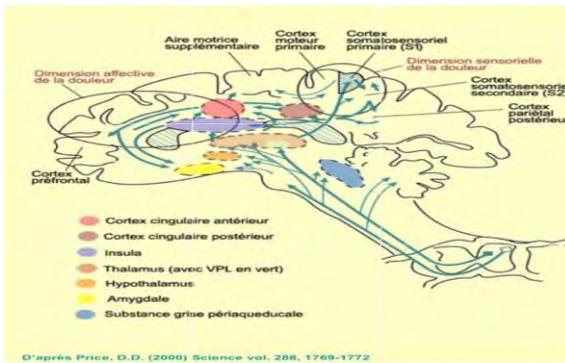
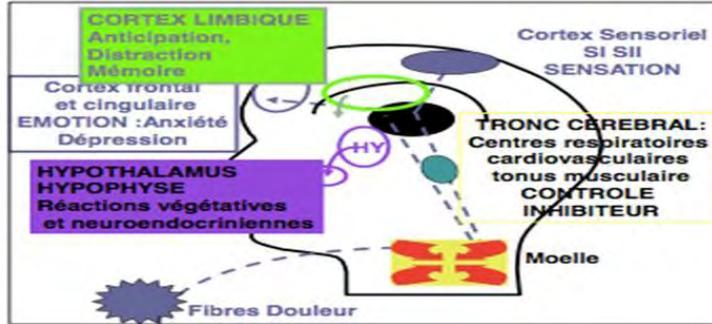
146

- ❑ La douleur est une expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion d'un tissu, potentielle ou réelle.
- ❑ Autrement dit, est douloureux ce que le patient ressent comme tel.
- ❑ L'information de la perception douloureuse est acheminée, *via* les fibres nerveuses: d'abord vers la moelle épinière et de là vers le thalamus puis vers différentes régions du cerveau
 - le cortex cingulaire antérieur
 - l'insula
 - le cortex somatosensoriel
 - les noyaux caudés
 - l'amygdale.
- ❑ Le thalamus intervient comme une station relais par laquelle l'information douloureuse transite vers ces autres zones corticales ou sous-corticales

Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

148

RRR



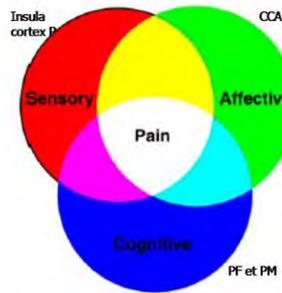
Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

149

150

151

• Aspect multidimensionnel de la douleur



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

152

Traitement en réseau

□ fonctionnement en réseau de ces zones vraisemblablement pour décoder les différentes composantes de la douleur :

- la première sensorielle, encodée principalement au niveau de l'insula et du cortex somatosensoriel : permet au patient d'interpréter la sensation ça pique, ça tire, ça pince..., sa localisation et son intensité
- la deuxième émotionnelle, encodée principalement au niveau du cortex cingulaire antérieur, signale l'inconfort la douleur nous agace, nous épuise, nous use...
- la troisième cognitivo-comportementale, plutôt traitée dans les cortex préfrontal et prémoteur, sert à interpréter la douleur et à modifier notre comportement en conséquence.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

153

SSS

douleur et hypnose

Selon Erickson : "Dans toute douleur vécue, il y a les douleurs du passé, l'expérience présente et l'anticipation d'une souffrance future".

Dans le contrôle de cette douleur, Price et Barber ont démontré que l'hypnoalgésie diminuait la composante affective de la douleur de 80 % et sa composante sensorielle de 45 %.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

154

1997, Pierre Rainville, université McGill à Montréal utilise l'hypnose pour étudier la composante émotionnelle de la douleur

- Dans son expérience, il maintient un stimulus douloureux constant main gauche plongée dans l'eau à 47 ° et observe une augmentation significative de l'activité du cortex cingulaire antérieur si on suggère aux sujets sous hypnose que leur inconfort augmente.
- Il en conclut que le cortex cingulaire antérieur encode le ressenti émotionnel suscité par le stimulus douloureux.
- Cette recherche, qui s'est servie de l'hypnose comme un moyen d'étude, pointe le rôle spécifique du cortex cingulaire antérieur dans la modulation de l'émotion douloureuse.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

155

Modulation de la perception de la douleur

P. Rainville et coll. Science 1997; 277 : 968

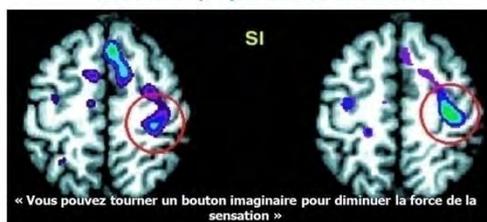
- Un sujet à la main plongée dans de l'eau à 47°.
- **Suggestions d'intensité sensorielle** : « Vous pouvez tourner un bouton imaginaire pour diminuer la force de la sensation » diminuent le **cortex somato-sensoriel** (gyrus post-central et opercule pariétal).
- **Suggestions visant à atténuer spécifiquement le désagrément** : « Vous êtes de plus en plus confortable, cette sensation ne vous dérange pas », diminuent le **cortex cingulaire antérieur**, région liée au système limbique et aux émotions.
- Rôle des **cortex préfrontaux** dans le déclenchement de l'hypnoalgésie
(modification des processus associatifs du jugement, de l'attention, ou de la mémoire des stimuli nociceptifs.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UE1 et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

156

Modulation de l'intensité de la douleur et de l'activité de S1

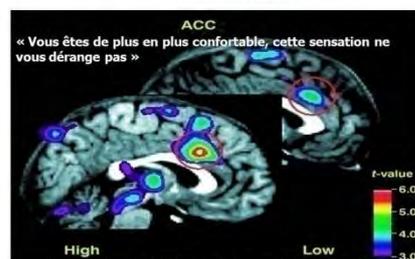
Les suggestions hypnotiques visent à augmenter ou diminuer l'intensité subjective de la douleur l'activité du cortex somesthésique primaire S1 est modifiée.



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UE1 et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

157

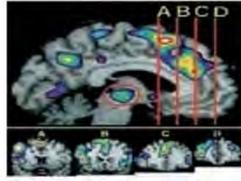
Modulation du désagrément de la douleur et de l'activité du CCA : Si les suggestions visent spécifiquement la dimension affective de la douleur (désagrément), la modulation cérébrale est observée au niveau du CCA.



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UE1 et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

158

TTT



La modulation (augmentation et diminution) de la douleur par l'hypnose s'accompagne d'une activation massive des cortex préfrontaux et d'une activation du tronc cérébral (cercle). Rainville et al., 1999.

Dr Isabelle Michès Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier - Hfimes

159

Diminution de la perception de la douleur

- Marie Elisabeth Faymonville, Pierre Maquet et Steven Laureys, veulent comprendre l'effet cérébral de l'hypnose sur la perception de la douleur
- Expérience: situation de stimulus douloureux standard : appliquer sous la main des sujets une plaque électrique que l'on chauffe jusqu'à 48 ° pendant 15 secondes, avant de diminuer la température puis de recommencer.
- Observation réponse cérébrale par TEP de onze sujets qui subissent ce stimulus dans trois situations :
 - au repos, les yeux fermés, sans suggestion
 - au repos puis sous hypnose avec dans les deux cas l'expérimentateur qui rappelle un souvenir de vacances agréables.
- Objectif : comparer l'activité cérébrale quand on détourne l'attention du sujet de sa perception douloureuse, qu'il soit ou non sous hypnose.
- Après l'expérience, notation de 0 à 10 du ressenti sur le plan sensation et émotion.

Dr Isabelle Michès Responsable pédagogique
UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier -
Hfimes

160

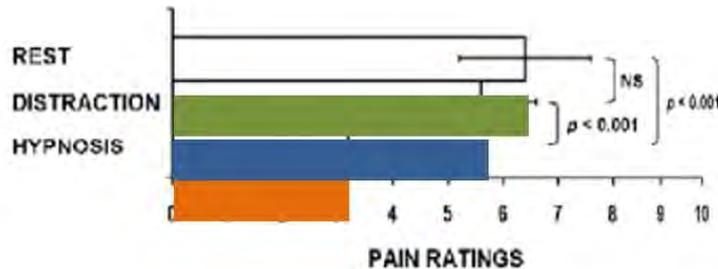
- 1er résultat : l'expérience confirme ce que l'on observe depuis longtemps en chirurgie : à stimulus égal, les onze sujets étudiés déclarent que leur sensation et leur inconfort diminuent lorsqu'on détourne leur attention, mais beaucoup plus sous hypnose 50 % au lieu de 20 %.
- 2ème résultat plus intrigant: quand le sujet perçoit le stimulus comme plus douloureux, on observe, mais seulement lorsqu'il est sous hypnose, une augmentation proportionnelle du débit sanguin dans la partie moyenne du cortex cingulaire antérieur, la région 24 qui régule les interactions entre cognition, perception et émotion .
- Hypothèse : l'activité augmente dans cette région pour que l'individu puisse mieux gérer sa douleur.

Dr Isabelle Michès Responsable pédagogique
UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier -
Hfimes

161

UUU

L'hypnose diminue la perception de la douleur de 50%
 Faymonville et coll. Functional neuroanatomy of the hypnotic state.
 J Physiol 2006; 99 : 463-469



Evaluation de la perception douloureuse par des sujets volontaires dans 3 conditions: en état de repos, lors d'une tâche d'imagerie mentale (se remémorer un bon souvenir) et sous hypnose (revoir mentalement le bon souvenir).

Dr Isabelle Nicides Responsable, pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

162

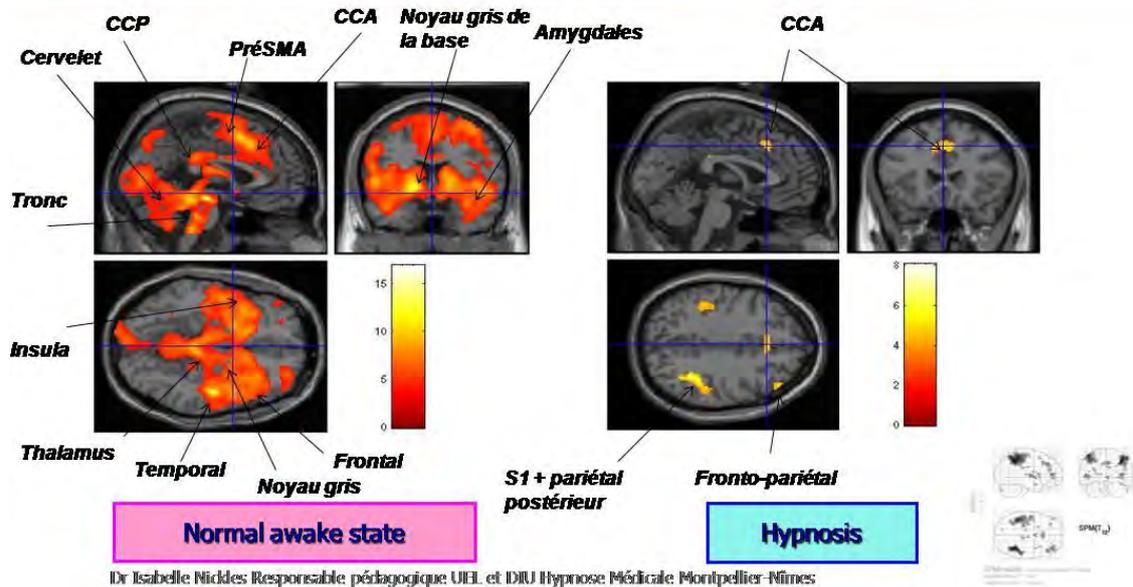
- Une expérience complémentaire montre que le débit sanguin augmente aussi en fonction de l'intensité de la douleur sous hypnose dans un réseau de régions corticales et sous-corticales qui sont liées à la région 24 :
 - le cortex pré-génual impliqué dans les processus cognitifs et émotionnels
 - le cortex préfrontal impliqué dans la cognition
 - la pré-SMA et le striatum impliqués dans les processus moteurs .
- On sait par ailleurs que ces aires cérébrales traitent l'information nociceptive afin d'activer dans d'autres zones du cerveau la réponse comportementale et motrice de la douleur.
- Nous supposons donc que le processus hypnotique entraîne un traitement de l'information douloureuse par ce réseau qui aide l'individu à mieux gérer sa douleur.
- D'autres études vont montrer, à l'aide des potentiels évoqués que l'état d'hypnose intervient aussi au niveau périphérique en diminuant l'intensité du signal douloureux qui va du nerf à la moelle puis au cerveau, lorsqu'on pique la jambe.

Dr Isabelle Nicides Responsable, pédagogique
 UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-
 Nîmes

163

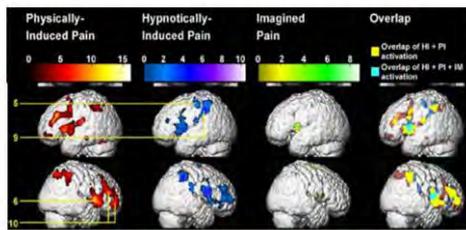
VVV

Brain responses to painful laser intensities (versus baseline)
M.E. Faymonville, M. Boly, S. Laureys : L'hypnose mécanismes neurophysiologiques. Rev. Med Liège 2007; 62 : Synthèse 2006 : 10-12



164

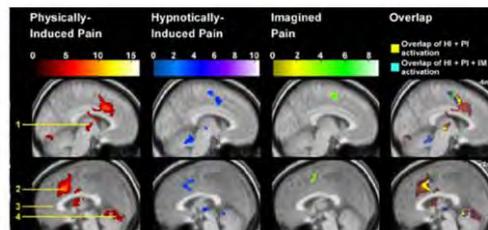
Induction d'une douleur sous hypnose



Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

165

Derbyshire et coll. Neuro Image 2004; 23 : 392-401, Raij et coll. 2005



Dr Isabelle Nédélec Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

166

WWW

- **Kiernan BD, Dane JR, Philips LH and Price DD. Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex : further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia, Pain, 60 (1995) 39-47.**
- L'activité coordonnée du cortex cingulaire antérieur, de l'insula, et du tronc cérébral pendant l'analgésie hypnotique, pourrait refléter l'activation des mécanismes de contrôle descendants de la douleur.
- L'analgésie hypnotique s'accompagne non seulement de changements au niveau cérébral mais aussi d'une **diminution des réponses autonomiques** (ex. : réponse électrodermale, rythme cardiaque) .
- Ces mécanismes descendants affecteraient même l'activité spinale, comme en témoigne la **modulation du réflexe nociceptif R-III** observée pendant l'analgésie hypnotique.
- L'analgésie hypnotique impliquerait des mécanismes de contrôle descendants en mesure d'affecter la transmission du message nociceptif dès son entrée dans la moelle épinière.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

167

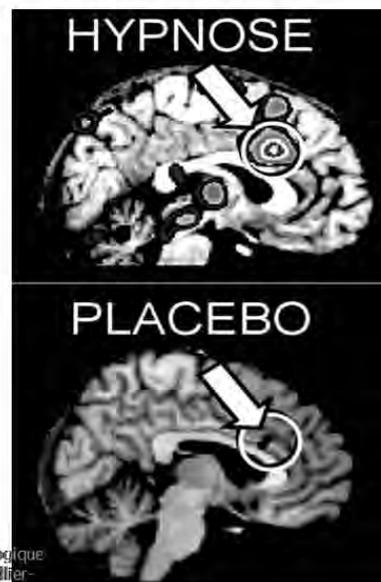
Hypnose et placebo

La modulation de la perception douloureuse en hypnose et avec placebo semble être tributaire du cortex cingulaire antérieur et des cortex préfrontaux.
(Wager et al. 2004) (Rainville et al.1997)

L'analgésie hypnotique mobilise aussi des zones cérébrales non réceptives aux opiacées.
Non Reversibilité au antagonistes morphiniques.

A. Vanhaudenhuyse, P. Boveroux, M. Boly, C. Schnakers, M.A. Bruno, M. Kirsch, A. Demertzi, M. Lamy, P. Maquet, S. Laureys, M.E. Faymonville.
Hypnose et perception de la douleur:
Rev Med Liege 2008, 63(5-6),424-428.)

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes



168

XXX

Diminution des conflits à l'intérieur du cerveau humain

A. Raz et coll. Proc Natl Acad Sci 2005; 102 :9978-9983

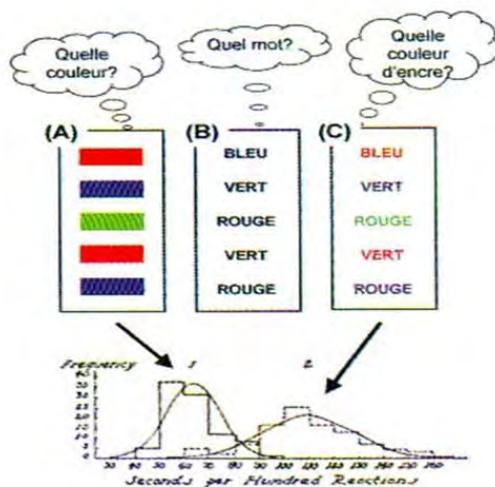
- le test de Stroop /conflits attentionnels:
- On doit dire de quelle couleur sont écrits des mots indiquant une couleur. Parfois le mot est écrit avec une autre couleur **VERT**. Le sujet doit appuyer sur un bouton lorsqu'il identifie la couleur
- L'effet Stroop est le délai de réflexion nécessaire pour corriger la réponse.
- Plus la cadence augmente plus les erreurs augmentent.
- La partie droite du cerveau cherche à dire la couleur, la partie gauche insiste pour lire le mot.
- Cet effet d'interférence (ou effet Stroop) est la conséquence d'un conflit cognitif entre :
 - les processus automatiques associés à la lecture du mot chez le lecteur expert
 - les processus contrôlés sous-jacents à la dénomination de la couleur imposée par la tâche.
 - La détection de ce conflit cognitif (et donc son contrôle) serait positivement corrélée au fonctionnement du cortex cingulaire antérieur (Raz et al., 2005).

Dr Isabelle Nickles Responsable, pédagogique
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

169

Test de Stroop

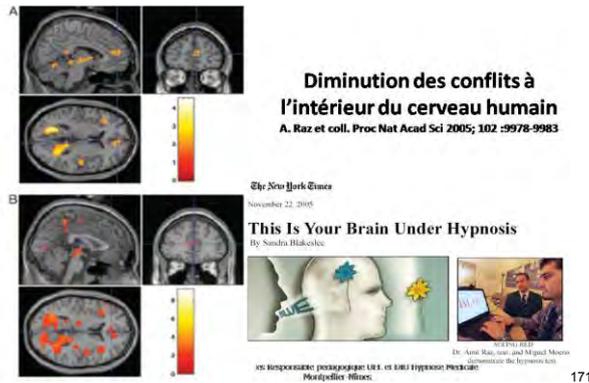
JR. Stroop J Exp Psychol 1935; 18 : 643-662



Dr Isabelle Nickles Responsable, pédagogique
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

170

YYY



Amir RAZ. Hypnosis: a twilight zone of the top-down variety . Few have never heard of hypnosis but most know little about the potential of this mind-body regulation technique for advancing science. Trends in Cognitive Sciences. December 2011, Vol.15,N°.12.

- **Protocole:** Un groupe de sujet hautement hypnotisables. Un groupe de sujets résistants. Sujets hypnotisés recevaient la suggestion post hypnotique que les mots à lire ne sont que des symboles sans signification.
- **étude couplant l'IRMf aux potentiels évoqués.**
- **Au cours d'une phase préalable, l'expérimentateur induisaient les sujets en état hypnotique et formulait une suggestion post-hypnotique (une suggestion post-hypnotique a la particularité d'être formulée pendant l'état hypnotique, mais vise à modifier une pensée, un comportement ou une perception du sujet après la fin de la transe hypnotique).**
- **Cette dernière suggérait notamment que tous les caractères vus par le sujet étaient similaires à ceux d'une langue étrangère inconnue et dépourvue de sens. Après sa sortie de l'état hypnotique, le sujet devait réaliser une tâche de Stroop en répondant sur des boutons.**
- **Résultats: la suggestion a annulé l'effet Stroop, comportement normalement impossible à outrepasser.**

Dr Isabelle Nédès Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

172

- les activations du CCA et des aires visuelles sont plus faibles lorsqu'une suggestion post-hypnotique a été préalablement formulée.
- selon ces auteurs, la SPH a modifié précocement le fonctionnement des aires visuelles face aux stimuli de la tâche Stroop : il en a résulté une modulation de l'interférence entre la lecture des mots et la dénomination de la couleur de l'encre, diminuant ainsi l'activation du gyrus cingulaire antérieur impliqué dans la détection des conflits cognitifs.
- L'utilisation des suggestions appropriées permettrait donc d'influencer les conflits cognitifs, via la modulation top-down du degré d'automatisme des processus qui provoquent l'interférence (Lifshitz, Aubert-Bonn, Fischer, Kashem et Raz, 2012).

- **chez les sujets peu sensibles à la suggestion**
 - la suggestion post-hypnotique n'a pas d'effet significatif sur les temps de réaction ni sur les activations cérébrales.
- **chez les sujets très sensibles à la suggestion**
 - la suggestion post-hypnotique provoque une diminution très importante de l'effet d'interférence au niveau des temps de réaction, sans que les sujets ne répondent plus lentement pour autant.
 - Ce résultat sur les temps de réaction est cohérent avec les mesures en IRMf et en potentiels évoqués.

Dr Isabelle Nédès Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

173

Dr Isabelle Nédès Responsable pédagogique UEL et DRU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

174

ZZZ

- Amir RAZ montre que la suggestion hypnotique a un réel effet sur le fonctionnement cérébral, diffère de l'effet placebo et ouvre un porte sur l'inconscient.
- L'hypnose devient un moyen d'examiner l'influence de l'esprit sur le corps (top-down over bottom-up processes)
- Perspectives thérapeutiques pour la prise en charge neuropsychologique des troubles attentionnels et exécutifs chez les sujets les plus sensibles à la suggestion.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes

175

L' Hypnose peut déclencher des épisodes de synesthésies.

Cohen Kadosh, R et al. Induced cross-modal synesthetic experience without abnormal neuronal connections. *Psychological Science, in press, 2008.*

- Une équipe de chercheurs espagnols, britanniques et israéliens montre que:
- **un phénomène dans lequel un sens peut déclencher des perceptions au niveau d'autres sens (graphèmes /couleurs).**
- Des sujets non synesthètes soumis à des suggestions post-hypnotiques pour déclencher un phénomène de synesthésie chiffres-couleurs. Percevoir le **nombre 7 rouge.**
- Comme les synesthètes les participants en hypnose ont été incapables de voir un sept noir sur fond rouge.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UE1 et DU Hypnose Médicale Montpellier
Nîmes

176

AAAA

- **L'hypnose peut provoquer des expériences synesthésiques chez les gens.**
- **Les résultats remettraient donc en question l'idée selon laquelle la synesthésie serait causée par des connexions supplémentaires dans le cerveau puisque de nouvelles connexions ne pourraient être générées et devenir fonctionnelles durant le court laps de temps de l'expérience.**
- **Parallèlement, des études semblent montrer que l'hypnose pourrait amplifier le phénomène d'excitation croisée entre différentes régions du cerveau.**

Cohen Kadosh de l'université israélienne Ben-Gurion du Néguev.

Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

177

Qu'en est-il du mythe: L'hypnose dans l'hémisphère droit ?

Kihlstrom JF, Glisky ML, McGovern S, Rapcsak SZ, Mennemeier MS. Hypnosis in the right hemisphere. Cortex. 2012 May

L'étude a montré qu'un patient avec HG quasi détruit par un AVC est hypnotisable. Ce qui indique que les capacités hypnotiques peuvent être médiées par un seul hémisphère.

Un groupe de 16 patients ayant subi un AVC unilatéral de HD ou HG n'a montré aucune différence notable dans l'hypnotisabilité des deux groupes.

Piste d'avenir: Intérêt d'explorer les dichotomies dorsales/ventrales ou ant/post avec un intérêt particulier sur le rôle du **cortex préfrontal**.

Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique
UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-
Nîmes

178

BBBB

Modulation du réseau mode par défaut à l'aide de l'hypnose

K. Mevel, B. Grassiot, G. Chételat, G. Defer, B. Desgranges, F. Eustache. Le réseau cérébral par défaut: rôle cognitif et perturbations dans la pathologie. The default mode network: Cognitive role and pathological disturbances. Revue Neurologique, novembre 2010, Vol 166, 11,859-872.

- Le RMD est composé de plusieurs régions cérébrales qui s'activent spontanément quand le sujet n'est pas engagé dans une activité cognitive orientée vers un but précis.
- Lié à:
 - activités d'introspection (planification et simulations mentales du futur /expériences autobiographique passées, théorie de l'esprit)
 - et/ou attention diffuse de surveillance de l'environnement.
- Le RMD est altéré au cours du vieillissement normal, dans la MA et la SEP.
- l'IRMf permet de voir en temps réel le cerveau passé du RMD au mode plein éveil qui se produit quand nous réagissons à de stimuli extérieurs réels ou imaginaires.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

179

- L'état d'absorption ressenti pendant l'hypnose au repos est associé à:
 - **réduction de l'activité du RMD**
 - **augmentation de l'activité des systèmes préfrontaux de l'attention.**
- Chez les sujets non sensibles à l'hypnose, le cerveau entre normalement en mode repos.
- **l'hypnose pourrait produire des changements dans le réseau du mode par défaut (RMD). Intérêts thérapeutiques +**

- *Deeley, David A. Oakley, Brian Toone, Vincent Giampietro, Michael J. Brammer, Steven C. R. Williams, y Peter W. Halligan: Modulating the Default Mode Network Using Hypnosis. Quinton International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Volume 60, Issue 2, 2012*
- *McGeown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. Conscious Cogn. 2009 Déc; 18(4):848-55*

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique UIEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

180

CCCC

- Université de Hull en Angleterre :
- *McGeown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. Conscious Cogn. 2009 Déc; 18(4):848-55*
- ✓ 10 sujets sensibles à l'hypnose et 7 sujets réfractaires écoutent une *musique fictive sous hypnose*.
- ✓ Mesure du RMD pendant les phases de repos entre ces moments d'activités.
- Chez les sujets en hypnose: **inhibition de l'activité du RMD**.
- Chez les sujets non sensibles à l'hypnose : le cerveau entre normalement en mode repos.

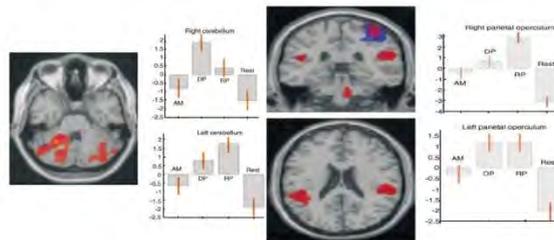
Etude de la motricité sous hypnose

Blackmore SJ, Oakley DA, Frith CD. Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia* 2003; 41 : 1058-1067

- Compare chez des sujets sains en PET Scan le fonctionnement cérébral pendant un mouvement volontaire (attribué à soi même) et un mouvement de lévitation sous hypnose (attribué à un facteur extérieur).
- La suggestion hypnotique entraîne une activation particulière d'un **réseau temporo-pariète-cérébelleux**.
- Intérêt thérapeutique de l'hypnose .

Etude de la motricité sous hypnose

Blackmore SJ, Oakley DA, Frith CD. Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia* 2003;41 : 1058-1067



Les secrets de l'hypnose révélés par l'équipe de L'UNIGE

Yann Cojan, Lakshmi Waber, Sophie Schwartz, Laurent Rossier, Alain Forster, Patrik Vuilleumier. *The Brain under Self-Control: Modulation of Inhibitory and Monitoring Cortical Networks during Hypnotic Paralysis*. Neuron 62, 862–875, June 25, 2009

**les neuroscientifiques viennent de confirmer :
Que l'hypnose repose sur des mécanismes cérébraux particuliers**

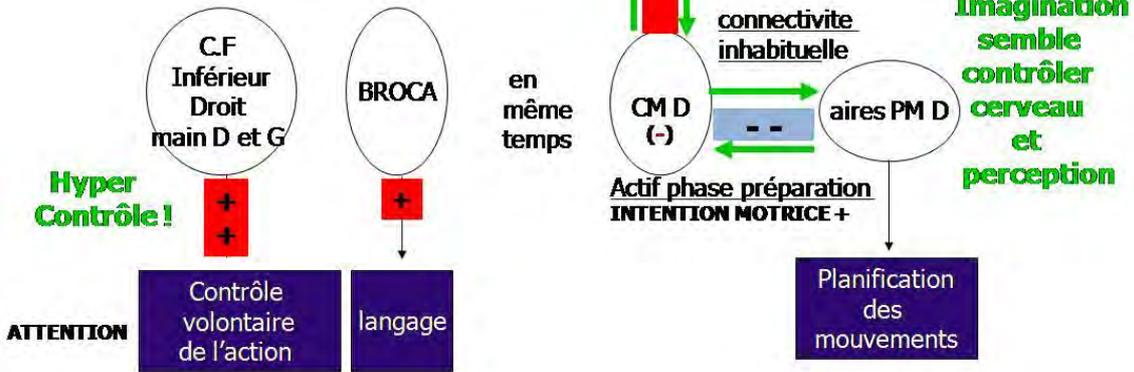
Que des régions différentes sont impliqués dans l'hypnose, dans la simulation de paralysie et dans la conversion hystérique.

Que l'hypnose(comme la conversion) entraîne une reconfiguration de la communication entre plusieurs parties du cerveau (connectivité fonctionnelle sélectivement augmentée)

Et que ces expériences spontanément déclenchées par le stress dans la conversion peuvent être volontairement induites avec l'hypnose.

paradigme GO-NO GO
Paralyse main G

IRMf : mesure activations régions cérébrales aux différents stades de la tâche: **préparation-exécution-inhibition** et les changements des liens entre les régions.



Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

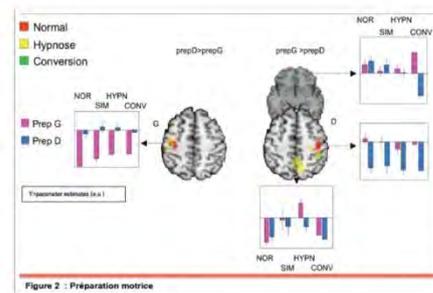
185

Confirmation du pouvoir de la suggestion et de l'imagerie intérieure
Yann COYAN



Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

186



Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

187

HYPNOSE ET HYSTERIE. *Y.Coyan, L.Wäber, A. Caruzzo, P.Vuilleumier. Motor inhibition in hysterical conversion paralysis. Neuroimage. 2009; 47 (3): 1026-37. L.Wäber. Conversion hystérique, hypnose et imagerie cérébrale. Thèse de doctorat: Univ. Genève, 2010, no. Médi.10622*

- **En hypnose: régions post du mode par défaut** qui contrôlent les représentations du **Soi imagé et mnésique**.
- Réactivation de la mémoire de la suggestion semble influencer le CM.
- **Dans la conversion: partie ant du mode par défaut (CPFvm)** qui contrôle le système des émotions.
- Forme de prise de contrôle du CM par le **Soi affectif**.
- Cette connectivité différente du réseau cérébral dans l'hypnose et la conversion pourrait expliquer la différence de ressenti:

ABSORPTION pour l'hypnose
PERTE DE CONTRÔLE pour la conversion.

Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

188

SUGGESTIBILITÉ ET HYPNOTISABILITÉ

Dr Isabelle Nicides Responsable pédagogique UEL et DIU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

189

EEEE

L'outil sur le système neuro-anatomique est la suggestion

« Au commencement des temps, les mots et la magie étaient une même chose. »
Sigmund Freud



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

Pierre RAINVILLE / CFHTB- Biarritz 2011

Il y a une activité neuronale et une activité cérébrale spécifique selon la cible des suggestions.

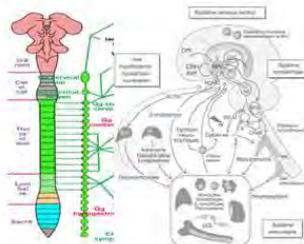
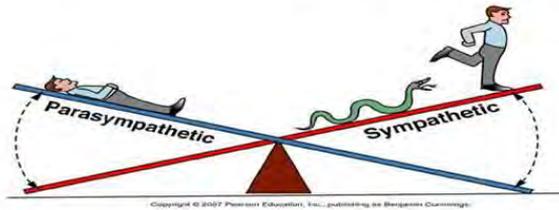
« Une action sur l'activité neurologique aussi grande que la pharmacologie »

Les stratégies psychologiques comme les traitements pharmacologiques peuvent moduler le réseau complexe des régions corticales et sous corticales impliquées dans l'expérience de la douleur et les techniques modernes de neuroimagerie fournissent des explications de ce pouvoir de la pensée sur le corps.

P. RAINVILLE et D.D. PRICE- *The Neurophenomenology of Hypnosis and Hypnotic Analgesia / Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives. IASP Press 2004.*

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

Nous avons maintenant des données montrant les effets de l'hypnose et des suggestions sur le système nerveux et sur les voies de la douleur. Parce que les suggestions et la focalisation de l'attention peuvent altérer la perception de la douleur, on peut penser qu'une telle influence peut s'exercer également sur le système nerveux autonome, modulant la motilité gastrique, la perfusion régionale, et la réponse humorale au stress.



Organisation du système nerveux



Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes



Effet des suggestions post-hypnotique sur le saignement, le relâchement musculaire et la cicatrisation. Prothèse mammaire par voie axillaire. AG sur une patiente déjà sous Hypnose : Induction hypnotique faite avant l'AG - Technique bon souvenir.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

194

Experts Cojan - Vuilleumier

Quand on parle d'hypnose on évoque :

- un état de relaxation et d'absorption, parfois qualifié de transe/dissociation
- des comportements étonnants évoqués sous l'influence de suggestions hypnotiques (ne plus ressentir de douleur, voir des choses qui n'existent pas etc...)

Toutes ces modifications comportementales sont associées à une modulation de régions cérébrales impliquées dans l'attention, la perception et la mémoire.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

195

CONCEPTIONS ERRONÉES SUR L'HYPNOSE: PEUR ———— SYSTÈME CONTRE PRODUCTIF

- L'hypnose est une forme de sommeil.
- L'hypnose est un état entièrement induit ou provoqué par l'hypnotiseur.
- Un hypnotiste doit être dynamique, énergique ou avoir une personnalité charismatique, voire mystérieuse.
- L'hypnose est un état inhabituel, anormal ou artificiel.
- Le sujet est sous le contrôle de l'hypnotiseur qui l'oblige à faire des choses contre son gré ou à révéler des secrets.
- Une personne hypnotisée ne peut sortir de la transe hypnotique.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

196

Système productif

- Acceptation
- Confiance
- Motivation

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

197

La notion d'hypnose renvoie à une influence réciproque qui caractérise toute communication entre deux individus : une suggestibilité accrue (sensations, émotions, pensées et comportements sont plus facilement influencés par les suggestions formulées par le praticien).

Cette suggestibilité accrue est une des manifestations les plus caractéristiques de la relation particulière qui s'instaure entre le sujet et le praticien au cours d'une séance d'hypnose.

Ces deux dimensions principes de l'hypnose: la modification de l'état de conscience (dissociation) et la suggestibilité sont fortement corrélées mais ne doivent pas être confondues :

- une suggestion verbale peut fonctionner sans qu'un sujet ne soit en « transe hypnotique » (cf. McGeown, Venneri, Kirsch, Nocetti, Roberts, Foan et Mazzoni, 2012)
- réciproquement, un sujet peut être dans un état de conscience modifiée sans qu'un thérapeute présent n'use de suggestion particulière (c'est par exemple le cas de l'autohypnose où le sujet utilise des techniques spécifiques lui permettant d'entrer « en transe hypnotique » en l'absence du thérapeute).

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

198

GGGG

Hypnotisabilité et sensibilité à la suggestion

- Bien que la plupart des personnes soient « hypnotisables » (dans le sens où l'état de conscience modifiée caractéristique de l'hypnose peut être atteint à des degrés divers par la plupart des individus), leur sensibilité à la suggestion peut être très variable d'un individu à l'autre (Piccione, Hilgard et Zimbardo, 1989).
- Identifier la sensibilité à la suggestion d'une personne par des outils standardisés: échelles de Stanford = outils les plus fréquemment utilisés.
- la forme A de l'échelle standardisée de susceptibilité hypnotique de Stanford (SHSSA ; Weitzenhoffer et Hilgard, 1959) consiste en une induction hypnotique suivie de 12 suggestions.
- En fonction de la réponse du sujet aux différentes suggestions, un score sur 12 lui est attribué (0 renvoie à une faible sensibilité à la suggestion tandis que 12 renvoie à une forte sensibilité)
- sur un échantillon de 533 étudiants, il a été observé que la sensibilité moyenne était de 5.62 (écart-type de 3.27).
- Susceptibilité hypnotique : mesure par des échelles (Stanford)
- Classée: haute(10%)- moyenne(80%) – basse (10%)

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

199

Les échelles de Stanford

Les échelles de Stanford ont été mises au point dans les années 50 par E. Hilgard et A. Weitzenhoffer à l'université de Stanford en Californie.

Il existe cinq échelles différentes (A, B, C, profil 1 et 2), les plus utilisées aujourd'hui sont la « A » axée sur la motricité et la « C » axée sur l'idéation.

Les items et leur ordre de présentation sont issus d'une étude préalable qui a permis de mesurer le niveau de cohérence des différentes suggestions entre elles.

Il y a cohérence si le niveau de difficulté d'une suggestion permet de prédire avec précision la réponse aux suggestions d'un rang différent : réussite aux suggestions plus faciles et échecs aux suggestions plus difficiles.

Les douze items ont tous le même poids et sont classés par ordre de difficulté.

ECHELLE DE STANFORD: FEUILLE DE COTATION - FORME A

Sujet n°	Date	Note totale
Nom	Opérateur	
Item	Critère de succès	Score (+/-)
1. Oscillation posturale	Chute spontanée	
2. Fermeture des yeux	Yeux fermés spontanément	
3. Abaissement de la main (gauche)	Abaissement d au moins 20 centimètres à la fin des 10 secondes.	
4. Immobilisation du bras (droit)	Le bras se lève de moins de 3 centimètres en 10 secondes.	
5. Blocage des doigts	Séparation incomplète des doigts à la fin des 10 secondes.	
6. Rigidité du bras (gauche)	Bras plié de moins de 3 centimètres en 10 secondes.	
7. Rapprochement des mains	Mains à moins de 20 centimètres après 10 secondes.	
8. Inhibition verbale (nom)	Nom non dit dans les 10 secondes.	
9. Hallucination (maoche)	Tout mouvement grimace ou reconnaissance de l'effet.	
10. Cataplexie des yeux	Les yeux restent fermés à la fin des 10 secondes.	
11. Suggestion post-hypnotique (changement de siège)	Toute réponse motrice partielle.	
12. Amnésie	Trois ou moins de trois items mémorisés (voir ci-dessous). POUR COTER L'AMNÉSIE, UTILISER LA FEUILLE D'INTERROGATOIRE.	
Total des scores (+)		

Echelle de susceptibilité hypnotique de Stanford, forme A

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

200

HHHH

Suggestibilité :

- les gens répondent à des suggestions sans induction hypnotique. Les sujets sont dits suggestibles (proposition de fermer les yeux et d'imaginer que votre tête est lourde sans induction formelle d'hypnose)
- Les échelles de susceptibilité hypnotique ne tiennent pas compte de la suggestibilité.

Age et hypnose

- Les études concernant la relation entre âge et hypnose aboutissent toutes à la même conclusion : les enfants et les adolescents ont des scores de susceptibilité hypnotique élevés et ces scores diminuent avec l'âge. Morgan (1970) et Hilgard (1973) ont testé 1232 sujets hommes et femmes. Les résultats (tableau 6) montrent un maximum entre 9 et 12 ans (note autour de 8/12) puis une diminution progressive des scores en dessous de 5/12 à partir de 40 ans.
- D Michaux a synthétisé trois études différentes réalisées avec l'échelle de Stanford « A ». Les résultats sont comparables, les enfants (moyenne d'âge 8,5 ans) ont des scores élevés (7 à 12/12) et les sujets âgés des scores faibles (inférieurs à 5).
- Pourtant, le score bas obtenu par les personnes âgées ne s'accompagne pas d'une inefficacité thérapeutique. En effet, les thérapeutes de l'étude ont traité pour des troubles du sommeil 15 personnes âgées avec des résultats cliniques tout à fait satisfaisants puisque les auteurs rapportent 5 succès complets, 7 augmentations du temps de sommeil (+ 2 heures) et seulement 3 échecs. Il semblerait, selon D Michaux (2), que c'est la position du sujet face à la suggestion qui expliquerait ces différences.
- L'enfant est naturellement ouvert au monde de l'imaginaire, du rêve, du jeu et des expériences nouvelles, il n'a donc pas de résistance aux suggestions qui en font partie. Les personnes âgées résistent plus car la suggestion vient perturber leur monde établi et ordonné dans lequel il est difficile de lâcher prise.
- L'hypothèse de Michaux suppose une « disjonction entre hypnose et suggestion : les adjuvances et résistances du sujet joueraient un rôle déterminant dans la façon de répondre aux suggestions : le sujet dans cet espace hors réalité accepte-t-il ou non de mettre en acte la suggestion ? » On rejoint là les limites de l'utilisation clinique des échelles de Stanford et leur aspect normatif

202

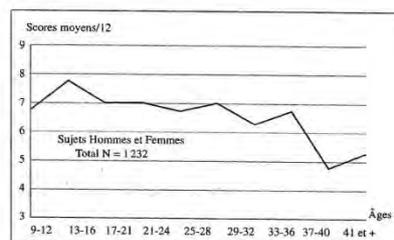


Figure 2. Comparaison de la susceptibilité hypnotique à différents âges de la vie (échelle SHSS «A»). Morgan A. et Hilgard E. (1973), *Int J Exp Hypnosis* 21: 78-85.

IIII

Morgan et Hilgard ont mis au point en 1979, une échelle de susceptibilité hypnotique spécifique pour les enfants, utilisable dans un cadre thérapeutique (la passation dure 20 minutes): la Sandford Hypnotic Clinical Scale for Children ou SHCS – C)

Comporte une forme standard adressée aux enfants de 6 à 16 ans

Et une forme modifiée pour les enfants de 4 – 6 ans, jusqu'à 8 ans pour les enfants très anxieux.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale
Montpellier-Nîmes

204

Sexe et hypnose

Deux études menées en 1958 par Weitzenhoffer d'abord, puis par Hilgard, Weitzenhoffer et Gough montrent qu'il n'existe pas de relation entre le sexe de l'opérateur et la réussite des sujets, ni d'interaction entre le sexe du sujet et celui de l'opérateur.

De plus, l'hypnotisabilité n'est pas une faculté liée au sexe, les scores obtenus en comparant un groupe d'homme et un groupe de femmes sont quasiment identiques et leur différence n'est pas significative.

Ces résultats n'ont pas été remis en cause depuis.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale
Montpellier-Nîmes

205

- Une autre approche par entretiens autobiographiques semi-directifs a été adoptée par J.Hilgard. rechercher les éléments de la vie des sujets pouvant influencer la susceptibilité hypnotique (enfance, goûts, activités, attitudes, aptitudes)
- Les sujets classés comme « voyageurs », physiquement ou en imagination, ont une plus grande susceptibilité hypnotique.
- Les sujets ayant une grande implication dans la lecture sont, eux aussi, plus susceptibles d'être hypnotisés.
- Enfin, les sujets qui ont eu des punitions sévères dans l'enfance ont aussi une plus grande susceptibilité hypnotique. Il semble, selon Hilgard, que les fortes punitions ont développé la capacité hypnotique de ces sujets, ce qui correspond aux observations sur le lien entre les traumatismes et les états modifiés de conscience (rêverie de survie chez les déportés par exemple).

207

Personnalité et hypnose

Un caractère faible, influençable ou impressionnable semble être, pour le grand public, la caractéristique des personnes facilement hypnotisables.

Nous allons voir différentes études cherchant à mettre en relation un trait de personnalité et une susceptibilité hypnotique accrue ou diminuée chez le sujet sain.

206

- Pour conclure, l'étude scientifique des états hypnotiques est soumise à l'élaboration d'une définition unanime de ce qu'est l'hypnose.
- Si les échelles de Stanford sont un bon outil de mesure de la suggestibilité hypnotique, leur utilisation en clinique et leur aspect normatif limitent leur utilisation.
- L'aspect polymorphe des états hypnotiques rend difficile leurs définitions et de nouvelles échelles doivent être élaborées qui prennent en compte cette diversité.
- Ceci doit être fait pour « sortir l'hypnose de l'impasse où l'enferme actuellement une mesure axée sur la suggestibilité. »

208

JJJJ

Méthodes psychologiques visant à augmenter la suggestibilité consistent à manipuler les attentes du sujet:

- Les attentes acquises par l'expérience sont plus efficaces que les attentes verbales.
- Sauf le rôle du contexte: la mention même d'hypnose modifie la suggestibilité. David Oakley et Balaganesh Gandhi (université Londres 2005) . Suggestions de phénomènes moteurs ou sensoriels hypnotique versus hypnose versus relaxation. Ces résultats ont montrés que le simple fait de présenter aux sujets l'induction hypnotique comme étant de « l'hypnose » augmente leur réponse aux suggestions et l'efficacité des procédures hypnotiques.
- Importance de l'influence de la motivation du patient. (système de recommence - contexte de douleur etc..)
- Certains facteurs (comme un entrainement régulier à la relaxation, à l'autohypnose ou au neuro-feedback) permettent aux sujets d'augmenter leur sensibilité à la suggestion (Batty, Bonnington, Tang, Hawken et Gruzelier, 2006).

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

209

- En l'absence de telles manipulations, la sensibilité à la suggestion reste généralement stable au fil du temps chez l'adulte :
 - Stabilité dans le temps du score de susceptibilité à l'hypnose chez adultes (intervalle de 10 à 25 ans) étude de Piccione, Hilgard et Zimbardo (1989)
- les enfants sont connus pour être généralement beaucoup plus sensibles à la suggestion que les adultes (cf. Morgan et Hilgard, 1973) :
- c'est à partir de l'adolescence que cette sensibilité diminue progressivement pour finalement se stabiliser.
- L'efficacité de la suggestion hypnotique varie selon les individus et au cours de siècles.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

210

KKKK

critères neuropsychologiques prédictifs de la sensibilité à la suggestion

Certains auteurs supposent que la sensibilité à la suggestion serait tributaire des capacités attentionnelles des sujets (voire de leur profil neuropsychologique notamment la fonctionnalité de leurs fonctions exécutives).

- par ex: a été observé que la sensibilité à la suggestion d'une personne est positivement corrélée à certains traits de comportement comme l'impulsivité, c'est-à-dire à sa propension à agir sous la férule d'impulsions qui n'engagent pas de réflexion particulière (cf. Ludwig, Stelzel, Krutiak, Prunkl, Steimke, Paschke, Kathmann et Walter, 2013).

De même, Dienes et Hutton (2013) ont utilisé la Stimulation Magnétique Transcranienne (SMT) chez des sujets ayant des scores moyens aux échelles de sensibilité à la suggestion. Après une altération du fonctionnement du cortex préfrontal dorsolatéral gauche (zone connue pour être fortement associée aux fonctions exécutives et aux processus de planification), la réponse de ces sujets à des suggestions hypnotiques s'est trouvée spécifiquement augmentée.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale
Montpellier-Nîmes

211



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

212

LLLL

traits de personnalité prédictibles d'hypnotisabilité

Experts Cojan – Vuilleumier

- L'absorption (capacité à se couper du monde extérieur et à se centrer sur ses sensations immédiates)
- Prédilection à la fantaisie et à l'empathie.
- Capacité attentionnelle et capacité à conserver son attention focalisée sur une image, une sensation ou un objet.
- Etude sur les jumeaux : vrais jumeaux –corrélation +++.
- 2 sous types de gènes associés au système dopaminergique seraient impliqués dans la sensibilité à l'hypnose.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

213

Au niveau structurel: chez les sujets HH.

- Augmentation du volume de la partie antérieure du corps calleux : Meilleure communication inter-hémisphériques.
- Meilleure connexion entre les 2 lobes frontaux:
- Meilleur contrôle cognitif c.à.d. capacité+++ d'agir sur les pensées, sensations ou émotions
- Possibilité de modification des expériences sensorielles. Intérêts cliniques

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

214

Au niveau fonctionnel, chez les sujets H.H:

- Le CCA, région du LF impliquée dans le contrôle exécutif (capacité à sélectionner des informations pertinentes, de les maintenir en mémoire pendant un certain temps pour les traiter et de changer de stratégie mentale si nécessaire pour résoudre un problème) est plus active lors de tâches attentionnelles.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

215

MMMM

Il doit bien y avoir quelque chose dans le cerveau ?
Academic medical center at Stanford University School of Medicine.
Functional Brain Basis of Hypnotizability ,Arch. Gen Psychiatry Oct. 2012

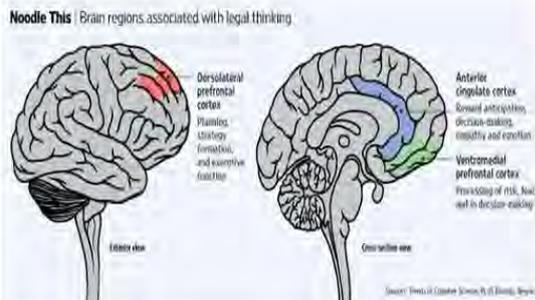
- Les chercheurs s'intéressent aux différences entre 12 sujets hautement hypnotisables et 12 sujets faiblement hypnotisables (tous adultes- Pic d'hypnotisabilité entre 8 et 12 ans)
- But : rechercher une signature neurologique qui les différencieraient.
- Taches: modulation de la douleur, réduction effet Stroop , repos.
- Regarde l'activité dans 3 réseaux différents du cerveau: RMD, réseau de contrôle exécutif impliqué dans la prise de décision et le réseau de saillance impliqué dans la hiérarchisation.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
 DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

216

- Les auteurs semblent prouver que l'**hypnotisabilité** ne serait pas un trait de personnalité, mais serait le produit de connexions neuronales spécifiques:
- **Connectivité fonctionnelle dans 2 régions du cerveau, le cortex préfrontal dorsolatéral et le cortex cingulaire antérieur dorsal peut expliquer le niveau d'hypnotisabilité.**
- Le cortex préfrontal dorsolatéral et le cortex cingulaire antérieur dorsal semblent fonctionner de concert chez les sujets fortement hypnotisables, amenant à une mobilisation particulièrement coordonnée entre le contrôle exécutif (prise de décision), l'attention et la concentration.
- Ces 2 régions sont riches en synapses dopaminergiques: corrélation entre HH et concentration en acide homovanilique dans le LCR.
- Ces 2 régions du cerveau ont tendance à présenter moins d'activité chez les sujets faiblement hypnotisables.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale
 Montpellier-Nîmes



217

NNNN

cette étude confirme une nouvelle fois que l'état hypnotique n'est pas un "lâcher prise".

Concentration et attention focalisées sont impliquées.

Permet la modulation top-down de l'expérience sensorielle y compris la douleur et l'anxiété. Véritable action sur la suggestibilité des fonctions biologiques.

Les HH : coordination +++ entre les zones qui intègrent l'attention, l'émotion, l'action et l'intention.

les HH: capacité de contrôle +++ sur la fonction sensorielle, motrice et somatique (paradoxe l'hypnose souvent vue comme une soumission ou une perte de contrôle)

Sentiment d'action involontaire comme dissocié de leurs propres capacités (observateur caché). Roustang parlait d'un éveil paradoxal, les neurosciences lui donnent raison.

Dr Isabelle Nicles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

218

Conclusion

- Ce contrôle cognitif renforcé est associé à
 - détection réduite du conflit
 - absorption dans la tâche couplée à une dissociation vis-à-vis des autres tâches en compétition
 - conscience réduite du fait de les accomplir par soi-même (attention auto-modifiée).
- Les données de cette étude renforce la description de l'hypnose comme une situation d' attention et d'intention sans conflit (*conflict-free attention and intention*).

Dr Isabelle Nicles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

219

0000

Suggestionabilité ou hypnotisabilité ?

Cette assimilation malheureusement classique entre suggestion et hypnose ne permet pas encore ici de distinguer l'état hypnotique de l'expérience hypnotique.

L'hypnose reste un phénomène mal connue et encore peu étudié et il est difficile d'établir des conclusions claires sur les mécanismes neurobiologiques à l'œuvre.

Des futures et nombreuses études sont encore nécessaires ...

Comme dans d'autres domaines des fonctions mentales, il semble existait une sensibilité individuelle à l'hypnose dont les causes sont multiples.

- Il est néanmoins possible d'obtenir des effets thérapeutiques bénéfiques si les attentes et la motivation du sujet permettent une réception appropriée des suggestions hypnotiques.

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

220



Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

221



Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

222

Actuellement l'hypnose est utilisée comme:

1. Thérapie complémentaire avec de très nombreuses indications .
 - Lors de l'état hypnotique : mettre en place des taches thérapeutiques
 - L'objectif est l'aide à la résolution du problème
2. Lors de la réalisation d'actes douloureux ou anxiogènes. Utilisation préférentielle de l'hypnose conversationnelle (bon souvenir)

INTÉRÊT DE L'HYPNOSE EN PRATIQUE

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

223

224

PPPP



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

225

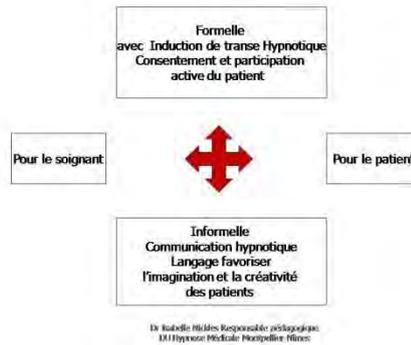
Indications et contre-indications de l'hypnose :

- **En médecine :** douleurs chroniques, douleurs aiguës, troubles anxieux, dépressifs, phobies, syndrome de stress post traumatique, addictions (sevrage tabac, médicaments, autres toxiques) problèmes de poids (anorexie, surpoids, obésité) et de trouble du comportement alimentaire, stress et symptômes psychosomatiques dermatologiques, endocrinologiques, gynécologiques, digestifs, neurologiques...
- **En technique de soins médicaux ou paramédicaux pour l'accompagnement de soins douloureux, anxiogènes (hypnoalgésie) ou pour agir sur des effets secondaires de la chimiothérapie ou radiothérapie (nausées, vomissements, brûlures...) et favoriser des fonctions naturelles comme la cicatrisation, les défenses immunitaires, l'hémostase...**
- **En chirurgie (technique spécifique d'hypnosédation, gestion du stress pré et post-opératoire)**
- **En maternité et périnatalité (accouchement, procréation médicalement assistée).**
- **Outil pharmacologique pour favoriser les pratiques non médicamenteuses nécessitant une participation active du patient en complément des autres traitements dans le domaine des soins préventifs, curatifs ou palliatifs.**
- **Initier le patient à l'autohypnose pour son état général et son autonomie dans les affections chroniques. Renforcer son adhésion en éducation thérapeutique ou en entretien motivationnel.**
- **En gériatrie pour favoriser l'autonomie des personnes âgées en institution.**
- **Médecine de prévention et sociale :** lutter et prévenir le syndrome d'épuisement professionnel (burn out) chez les professionnels.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

226

QQQQ



227

Méthode efficace contre diverses douleurs

Douleur aiguë en clinique ou accompagnement de soins

Techniques d'hypnoalgésie - techniques d'hypnosédation

- Etude de Montgomery- Oxford: 400 femmes/ mastectomie/ 1 séance d'hypnose avant l'opération: amélioration du confort physique et psychologique et suites opératoires meilleures.

Douleurs chroniques:

- gestion de la douleur physique réelle intense
- + de la souffrance morale réactionnelle à la douleur chronique.
- + Dépression maladie souvent associées (antérieure ou concomitante) dans ce contexte de maladie grave.

Gestion de l'anxiété-stress et ses conséquences sur l'organisme (Eustress et Dystress).

Augmentation du seuil de perception de la douleur (Consommation d'antalgique diminuée ou meilleure efficacité des antalgiques prescrits)

228

RRRR

Apprentissage de l'autohypnose Education thérapeutique

Définie avec l'équipe soignante dans le cadre d'une stratégie thérapeutique.
Initiée au départ par le professionnel de santé, le patient apprend à s'auto-induire - pour retrouver l'état hypnotique et favoriser ses processus biologiques de guérison
(production endogène, par le corps, de substances biochimiques)

Cette technique nécessite un apprentissage, un entraînement et requiert une dynamique dans la prise en charge thérapeutique, le patient n'est plus passif, il est actif .

229

La technique d'auto-hypnose a de multiples indications: gestion du stress, douleur chronique et même lors de certains gestes douloureux invasifs répétitifs.

Permet de mieux gérer les retentissements de la maladie et les effets secondaires des différents traitements conventionnels (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie).

Augmente le confort de vie et le bien être du patient

Suscite l'espoir

Augmente le sentiment d'efficacité personnelle

Consolide la confiance que le changement peut se produire.

Intérêt non négligeable pour le soignant et donc pour le soigné...

Relation thérapeutique

230

SSSS



231

On admet que la qualité de la pratique de l'hypnose vient aussi de qualité de la formation et de l'expérience de l'hypnoticien.

Le peu d'encadrement réglementaire de la pratique de l'hypnose et des formations, rendent cet aspect très variable.

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

232

Contre-indications

Dépendent de l'expérience du Praticien	lorsque le patient présente un symptôme qui peut être amélioré par un traitement plus efficace que l'hypnose nous prescrivons alors ce traitement
C.I Absolues Troubles psychotiques aigus	
Personnalité paranoïaque	lorsque le patient présente un problème qui n'est pas de ma compétence médicale, nous l'adressons au praticien concerné
Personnalité psychopathique	
Personnalité perverse	
C.I Relatives	lorsque le patient présente une psychose, nous l'orientons vers notre confrère psychiatre .
Troubles psychotiques	
Surdité?	
Restez dans son cadre thérapeutique habituel +++	

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

233

qui peut exercer professionnellement l'hypnose

Tous les professionnels de santé
Qui exercent dans le cadre
professionnel pour lequel ils sont diplômés et après avoir reçu une
formation en hypnose médicale certifiée.

Respect des règles d'éthique
Notion de consentement éclairé du patient +++

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

234

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

235

TTTT

LES INDICATEURS DE LA TRANSE HYPNOTIQUE

Dr Isabelle Hildes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

236

D'après Soigner par l'hypnose Salem G, Bonvin E Masson 2001 p26

Tableau 2,2 — Indices fréquents de la transe hypnotique

<p><i>Indices corporels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - léthargie, détente (ou activité rythmée) - catalepsie (inhibition des mouvements volontaires) - mouvements automatiques - relaxation de la musculature volontaire (visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceintures pelvienne et scapulaire, membres, etc.) - petites saccades musculaires, clignement ou fibrillation des paupières - larmoiement, rhinorrhée - activation passagère de la musculature lisse (salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique) - inhibition du réflexe de déglutition - ralentissement du débit verbal, dysarthrie légère - changement du rythme cardiaque et respiratoire (en général, diminution) - diminution de la tension artérielle - sensation de lourdeur ou de légèreté (en accord avec le thème abordé) - sensation de chaleur ou de fraîcheur (en accord avec le thème abordé) - modification du schéma corporel - perception accentuée (hyperesthésie) partielle ou générale du corps - hypoesthésie ou anesthésie partielle ou générale - lévitation spontanée d'un ou de plusieurs membres - inhibition ou excitation sensorielle spontanée (en accord avec les suggestions)
<p><i>Indices psychologiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relâchement des associations - pensée de type plus analogique que digitale - interprétation littérale - logique particulière (<i>trance logic</i>) - comportement <i>as if</i> - distorsion temporelle - production d'images abstraites ou concrètes - évocation de scènes vécues ou fantasmées, « rêves éveillés » - expression facilitée des émotions, abréactions affectives - facilitation des souvenirs - capacité de s'imaginer dans le passé ou le futur - hallucinations psychiques (perçues « dans la tête ») - amnésie, hypermnésie, paramnésie

237

PROCESSUS HYPNOTIQUE

ABSORPTION

capacité à s'impliquer complètement dans une expérience imaginaire

DISSOCIATION

Sujet est simultanément acteur et observateur de lui même

SUGGESTIBILITE

Capacité a adhérer aux instructions du professionnel

METHODOLOGIE ET PHENOMENOLOGIE PRATIQUE DE L'HYPNOSE

Dr Isabelle Hildes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

238

Dr Isabelle Hildes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

239

UUUU

L'hypnose peut être défini comme un état naturel qu'il nous arrive fréquemment à tous d'expérimenter dans de multiples situations de la vie courante, à différents moments de la journée :Everyday transe d'Erickson

Cet état particulier de conscience survient spontanément en regardant un bon film ,défiler le paysage dans un train ,lors de la lecture d'un livre...

Nous savons que notre corps est là, dans la situation donnée, et notre esprit est ailleurs. On va dissocier la personne pour mieux la réassocier!

C'est un état dissociatif entre le corps et l'esprit que nous allons utiliser en hypnose clinique (diagnostique, thérapeutique, recherche)

240

LA TRANSE HYPNOTIQUE

le terme hypnose désigne en fait trois types de phénomènes :

1. **la technique utilisée par l'hypnotiseur (l'induction)/fixation de l'ATTENTION**
2. **le type d'interaction particulière qui s'établit entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé**
3. **Le processus hypnotique (ou transe) dans lequel est plongé le sujet hypnotisé. La dissociation du conscient(champ attentionnel) /inconscient (conscient non perçu)**
4. **La réponse hypnotique**

La transe hypnotique

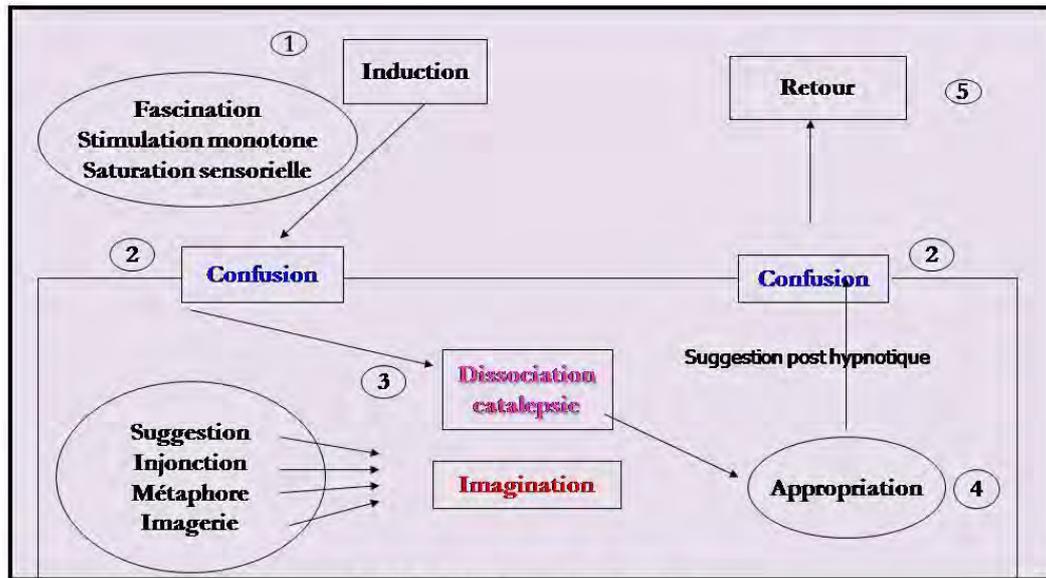
1. **inclut une période d'induction (période de concentration sensorielle réalisée à l'aide de suggestions) et la dissociation.**
2. **Après l'induction, succède une phase de suggestions à visée thérapeutique.**
3. **La dernière phase est le réveil.**

L'hypnotiseur doit être empathique. Son discours, véritable jeu de rhétorique.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

241

WWW



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

242

Phénoménologie :

le premier temps : l'induction hypnotique commence par l'arrêt de la perception ordinaire obtenue par des techniques de fascination par saturation des différents canaux sensoriels par stimulation monotone.

second temps: un bref état de confusion qui favorise et amène une diminution des fonctions cognitives. Cela permet des associations de perceptions, de sensations, de représentations, de souvenirs et de pensées difficilement obtenu dans un état de conscience ordinaire.

Cela permet d'accéder à cet état de l'être ou l'inconscient se rajoute au conscient et de franchir des limitations.

Troisième temps : transe hypnotique. C'est un état de dissociation psychique et de catalepsie du corps obtenue par la mise en mouvement de l'imagination. Cette stimulation de l'imagination est obtenue par les suggestions, les injonctions, les métaphores, ou les imageries. Cela entraîne des modifications, de nouvelles possibilités imposant un nouveau schéma de fonctionnement physiologique.

Quatrième phase : l'appropriation de ce nouveau schéma.

L'intégration de ces nouvelles données au principe organisateur de l'être par appropriation. C'est une nécessité absolue.

Cinquième temps : retour à l'état de veille ou de conscience ordinaire.

Passage par une période de confusion brève. Le retour représente le moment où la transe va s'intégrer dans le quotidien du patient.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

243

WWW

▪ LA PHASE D'INDUCTION

- La définition de l'induction proposée par Salem dans son ouvrage « Soigner par l'hypnose » est la suivante : « l'induction passe par l'intermédiaire de suggestions ou l'introduction d'une idée qui va provoquer un état, une émotion, un mouvement selon le principe idéomoteur (l'idée provoque l'acte).
- L'induction facilite l'accès à un mode de fonctionnement hypnotique et favorise un état de dissociation : conscient/ non conscient ; corps/ esprit.
- L'induction est une sorte de rituel qui permet au sujet un retrait et une réorientation de son attention de l'extérieur vers l'intérieur.
- Dans cette première phase de la transe, il est demandé au sujet :
 - de fixer son attention sur une perception précise qui peut être au choix ou successivement : la voix du thérapeute (ou expérimentateur), une douleur, une image, un son, etc. selon le problème à traiter.
 - Le sujet fait alors abstraction de nombreux éléments extérieurs ou intérieurs, accomplissant par là un **premier exercice**, utile en thérapie mais aussi dans l'expérimentation, qui consiste à sélectionner une perception au détriment d'une autre. Cette **isolation sensorielle** permet au sujet de se concentrer sur lui même, son corps et ses sensations et de se « **couper du monde** » **environnant**

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

244

● LA PHASE DE DISSOCIATION

- La dissociation est une modification du fonctionnement cognitif de la conscience d'un sujet qui amène une séparation entre un ensemble d'activités mentales et le courant principal de la conscience.
- Ce nouvel ensemble d'activités devient autonome jusqu'à induire, chez le sujet, le sentiment de non contrôle volontaire. Sensation observateur caché
- Cette deuxième phase est la plus caricaturale de la transe. Le sujet est extrêmement attentif, il est fixé intensément ce qui lui est proposé. Ce comportement n'est pas sans rappeler la fascination que l'on peut avoir devant un écran de cinéma, et plus largement dès que l'on est absorbé par une tâche ou une pensée.
- La restriction sensorielle est parfois si prononcée que le patient ressent une **dissociation entre son activité imaginative et ses perceptions sensorielles corporelles**. Cette phase représente une phase de fermeture mais la dissociation et l'attention sélective provoquées, préparent à une réactivité accrue aux suggestions.
- Cette dissociation s'accompagne d'une **analgésie plus ou moins importante qui peut rendre indolore certains gestes chirurgicaux**. L'analgésie est une dissociation conscience/sensation. D'autres types de dissociation sont possibles, par exemple, la lévitation est une dissociation volonté/motricité spontanée ; La catalepsie est une dissociation volonté/motricité provoquée. La dissociation corps/esprit peut être réalisée par le souvenir d'un voyage imaginaire tout en laissant son corps dans le fauteuil. La dissociation affect/représentation peut se réaliser lors de la reviviscence d'un événement traumatique, etc.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

245

XXXX

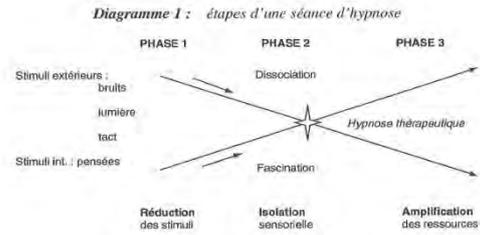
La phase des suggestions thérapeutiques

- Cette troisième phase est une phase d'ouverture pendant laquelle le sujet est amené à imaginer d'autres types de fonctionnement par divers exercices.
- Réinterprétation des faits vécus, recadrage, élargissement du champ de perception, rappel des ressources existantes de réconciliation ou de rupture.
- Le choix d'exercices est infini et ces exercices font appel à la réserve personnelle du sujet dans le but de résoudre un problème rencontré.
- Si l'induction hypnotique peut être commune à tous les patients, en clinique contrairement à l'expérimentation (où la procédure est standardisée), les suggestions hypnotiques thérapeutiques sont personnalisées.

Dr Isabelle Nélès Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

246

J.M. Benhaïem



Dr Isabelle Nélès Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

247

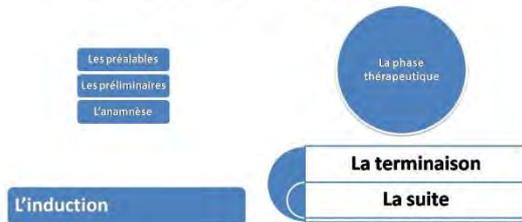
- **LA PHASE DE RÉVEIL OU DE RETOUR**
- Cette phase de la séance d'hypnose est constituée de suggestions émises par le thérapeute avec pour but que le sujet se réapproprie la situation présente : retrouver son état de perception habituel ou son état de veille normal.
- Moment où on place les SPH

Dr Isabelle Nélès Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

248

EN PRATIQUE COMMENT SE DÉROULE UNE SÉANCE D'HYPNOSE MÉDICALE

Une séance d'hypnose type



Dr Isabelle Nélès Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

250

➤ Préalables et précautions

- Restez dans le cadre de son activité habituelle
- Mentionner l'environnement
- Créer un sentiment de sécurité (dire qu'on gère l'espace et le temps)- Holding
- Permettre au patient d'arrêter à tout moment
- Préparer l'amnésie et le signaling
- Attention: littéralisme, non appropriation de la négation

Dr Isabelle Nélès Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

251

➤ Signaling ou Rétroaction

- Moyen de communication essentiel
- Questions simples
- Permet de rester en lien
- Le patient envoie des informations au thérapeute
- Le thérapeute s'adapte en fonction des signaux: Pacing
- Mouvements volontaires au début deviennent non volontaires, automatisés
- Indicateurs fiables de transe hypnotique
- EXEMPLES
 - Mobilisation de la tête
 - Communication verbale
 - Amplification du mouvement respiratoire
 - mis en place dans la phase préliminaire: soulèvement d'un doigt de la main

Dr Isabelle Nélès Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier Nîmes

252

YYYY

❖ MISE EN PLACE D'UN SIGNALING

- Etes-vous bien installé ?
- Dès que vous serez prêt, vous pouvez laisser vos paupières se fermer soit en vous fixant sur la respiration, soit directement, comme c'est le mieux pour vous...
- Et ne rien faire... juste comme ça...
- Confortablement installé, les pieds bien en contact avec le sol... le contact de la peau des mains sur le pantalon...
- A chaque respiration suit une inspiration et vous pouvez vous laissez bercer par ce cycle...
- A chaque inspiration (tu peux) vous pouvez laisser le corps aller dans le mouvement qu'il a envi...
- On va mettre en place une manière de communiquer tous les deux que tu (vous) pourras changer ou garder. Est-ce que un mouvement de la tête vous convient ? bien.
- (Le mouvement n'est pas volontaire, il est saccadé, il vient de dedans)
- Sentez ses sensations agréables, confortable...
- -----
- Et vous pourrez revenir en prenant tout votre temps et vous savez que vous pourrez retrouver cet état quand vous le voudrez de plus en plus facilement à la profondeur que vous en aurez besoin.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

253

➤ l'induction:

- on demande au patient de fixer son attention sur une perception ou plusieurs successivement (visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives, gustatives), une douleur, un souvenir, une image, un mouvement, un son etc, selon le problème à traiter.
- Il existe différentes techniques d'induction
- Cette focalisation de l'attention marque le début du processus hypnotique, permet au patient de faire abstraction de nombreux éléments extérieurs ou intérieurs.
- Cet état de centration sur l'individu, son corps et ses sensations permet le passage vers l'étape suivante, la dissociation.

➤ la dissociation psychique

- est l'état hypnotique à proprement parler ou le sujet est à la fois ici et ailleurs dans son monde intérieur
- attentif aux propositions du thérapeute.
- Il entre ainsi dans un autre type de perception plus élargie « **perceptude de Roustang** »
- C'est la phase thérapeutique à proprement parler.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

254

255

➤ la phase thérapeutique

- guidé par le thérapeute à l'aide de divers exercices
- (suggestions, métaphores, etc.) le patient est amené à observer son problème sous un autre angle, à puiser dans ses ressources, à imaginer d'autres types de fonctionnements qui lui permettront de contourner, résoudre ses difficultés.

➤ la sortie de l'état d'hypnose.

- La séance se termine par le retour à la sensorialité habituelle (= sortie de transe) avec le réaménagement apportés par la séance d'hypnose
- Elle se fera progressivement grâce à des suggestions favorisant le retour à un état de conscience ordinaire selon un protocole bien codifié qu'il est impératif de respecter.
- Durant cette phase des suggestions thérapeutiques physiologiques ou de changements de comportements peuvent être proposées au patient pour qu'elles agissent après l'hypnose. C'est ce que l'on appelle des suggestions post hypnotiques.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

256

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

257

ZZZZ

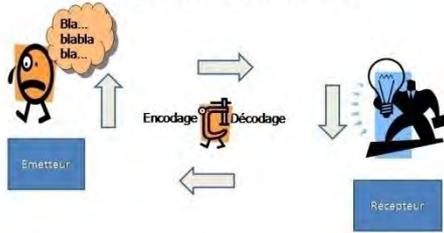
➤ La fin de la transe et l'après

- Respecter le rythme de retour.
- Suggestions de bien être
- Prudence avec les suggestions post-hypnotiques: autohypnose ++
- Raccompagner un patient bien réorienté.
- Distraire pour favoriser l'amnésie
- Condition pour que le patient éprouve une sensation très agréable de détente et de bien être avec le plus souvent un sentiment particulier d'énergie assez durable dans le temps. Et soit en possession de tous ses moyens physiques, psychiques et intellectuels et peut reprendre son véhicule en toute sécurité.

Dr Isabelle Hildes (Responsable pédagogique)
M1 Hypnose Médicale Montpellier Méditerranée

258

Dynamique circulaire: feedbacks



Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

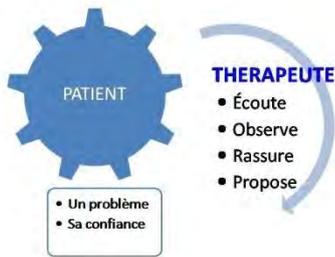
260

Nous découvrons un patient qui est un « étranger » pour nous et pour lequel nous sommes aussi une personne « étrangère»

- altère la communication.
- Technique d'harmonisation ,permet très rapidement de créer un lien de familiarité qui va être la base solide du bon déroulement de la séance.
- Cette technique est basée sur l'activation des neurones miroirs grâce à l'utilisation particulière du langage verbal et corporel .
- Technique facile à apprendre et qui devrait être enseignée à tous les étudiants en médecine.

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

262



Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

264

LA RELATION THERAPEUTIQUE HYPNOTIQUE

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

259

Les canaux de la communication système de communication(G . Salem)

Digitale	verbal	Langue Morse Braille
Analogique	Paraverbal Non verbal	Soupirs Mimique , geste postures, rythmes Orientation du corps

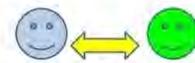
Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

261

- **« Le fait d'avoir à nous décentrer de nous-mêmes pour communiquer, donc agir sur le monde d'un autre, fait que cela modifie le maillage neuronal, donc nos pensées, nos croyances, attitudes, comportements.»**
Boris CYRULNIK

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

263



La relation hypnotique

- Une relation particulière s'établit entre l'hypnotiseur et le sujet.
- On parle d'hypnose formelle quand le patient est en état hypnotique et dans une relation avec un praticien.
- Si le patient est simplement en relation avec le praticien sans être en état hypnotique, on parlera de communication de type hypnotique ou de relation thérapeutique simple.

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

265

AAAAA

L'hypnose ericksonienne est basée sur les principaux concepts de la pensée de Carl Rogers :

- **Attention centrée sur le patient, compréhension empathique, recours aux ressources du patient...**
 - **Le thérapeute bienveillant cerne la façon dont son patient vit une difficulté pour l'amener à poser autrement les termes du problème et lui faire envisager d'autres solutions en s'appuyant sur ses propres ressources de raisonnement, perceptives et autres (Bioy, 2010).**
 - **En cela, la pratique de L'hypnose ouvre sur l'art de la communication et ne peut s'avérer une juxtaposition de techniques. Elle est un instrument d'une co-construction par deux partenaires, le soignant et le soigné, dans le but d'accomplir des objectifs, dans une alliance thérapeutique.**
 - **Tout processus de soins et toute relation est hypnotique en ce sens qu'elle privilégie une interaction entre 2 personnes. Cela nécessite des motivations et des ressources basées sur la confiance et la coopération**
- H=MC2

266

LES OUTILS DE L'ÉCOUTE EMPATHIQUE

Dr Isabelle Hénée (Maitresse universitaire)

267

BBBBB

Les questions ouvertes

De quoi s'agit-il ? Ce sont des questions auxquelles on ne peut pas répondre par oui ou par non. Elles débutent par "En quoi ? Comment ? Pourquoi ? Qu'est-ce que ? Combien ? ...". Elles permettent au patient de s'exprimer et contribuent à créer un climat de confiance. Elles favorisent l'élaboration d'une réponse construite chez le patient puisqu'il ne pourra pas s'en sortir par un simple oui ou un simple non.

Ainsi par exemple, au lieu de demander :

- Pensez-vous pouvoir reprendre une activité physique régulière ?

Il vaut mieux demander :

- Que pensez-vous de l'idée de reprendre une activité physique régulière ?

- *Comment pensez-vous vous organiser pour ne pas oublier de prendre vos médicaments ? ouverte*
- *Est-ce que vous connaissez le taux d'hémoglobine glyquée optimal pour avoir un diabète bien équilibré ? fermée*
- *Est-ce que vos activités de loisirs se ressentent de votre maladie ? fermée*
- *Qu'avez-vous retenu des explications données par votre médecin sur le traitement de votre diabète ? ouverte*
- *Votre état de santé vous préoccupe-t-il ? fermée*

Quels seraient selon vous, les avantages de pratiquer une activité physique régulière ? ouverte

Dr Isabelle Nickless (Montpellier université 1)

268

La reformulation

Encore appelée « reflet », la reformulation consiste à écouter avec attention ce que nous dit le patient et de lui renvoyer des énoncés sous forme d'hypothèses sur son ressenti ou son état émotionnel du moment. Ces reformulations débutent par de mots tels que : Si je vous comprends bien... Ainsi, selon vous... Vous voulez dire que... En d'autres termes... A votre avis donc... La reformulation permet de s'assurer qu'on comprend ce que le patient veut dire. C'est un message de compréhension qui lui donne le sentiment d'être écouté et compris et lui permet aussi de s'entendre. Elle diminue les résistances du patient.

Par exemple, si un patient vous dit :

- Mon Hémoglobine glyquée est encore élevée ; je ne sais pas ce qui ne marche pas. Je vais finir par tout laisser tomber et renoncer !

Vous reformulerez de la façon suivante :

- Vous vous sentez découragé par le résultat de votre HbA1c et vous avez l'impression que vos efforts ne sont pas récompensés...

Le renforcement positif

De quoi s'agit-il ? Le renforcement positif comprend des formulations directes de valorisation des efforts fournis par le patient et de soutien pour la poursuite ou la reprise. Cela va augmenter le sentiment d'efficacité personnelle du patient et diminuer ses résistances face au changement.

Cela va permettre de mettre l'accent sur ce qui a déjà été réussi pour insister sur la capacité « à faire » du patient : si les efforts fournis n'ont pas tenu dans le temps, il s'agira alors de comprendre les causes de l'arrêt, sans insister sur l'arrêt en lui-même.

Par exemple : Votre cholestérol LDL est encore élevé, mais je suis très content parce que votre HbA1c glyquée s'est bien régularisée, c'est encourageant.

269

CCCCC

- L'humain est un système complexe et évolutif et sa physiologie bien que largement explorée avec des moyens de plus en plus sophistiqués reste encore à découvrir. On considère actuellement que sont intimement intriqués des phénomènes biologiques et neurophysiologiques, psychiques, socio-économiques et comportementaux.
- Tous ces aspects sont à prendre en compte pour une bonne pratique de l'hypnose que ce soit pour la prise en charge de la douleur ou autres phénomènes biologiques . (Suggestionabilité des fonctions biologiques).
- Aussi quel que soit l'objet du motif de la consultation médicale l'approche globale du patient est plus que tout nécessaire pour établir un lien bienveillant indispensable à l'obtention d'un état hypnotique utilisable en pratique.

Type d'hypnose	Attitude du thérapeute	Stratégie choisie
traditionnelle	directive, autoritaire	Suggestions directes
ericksonienne	permissive, catalysatrice	Suggestions indirectes

Les modalités de l'hypnose ou du type de suggestions

- ❖ L'hypnose « classique », autoritaire et dominante :le praticien avait tendance à être autoritaire, et se plaçait en position dominante, les suggestions étaient directives.

C'est ce type d'hypnose qui est utilisée dans le spectacle.

Ce positionnement du thérapeute est normal puisqu'au même moment en médecine classique, c'est le médecin qui de manière paternaliste, décidait de ce qui était bien pour le patient.

- ❖ l'hypnose de «l'accompagnement » : à partir du milieu de XXème siècle, il y eut une évolution, vers des suggestions plus subtiles, l'utilisation des ressources du patient et des métaphores.

L'évolution va vers une hypnose qui s'apparent à un accompagnement du patient dans ses cheminements.

Hypnose ericksonienne

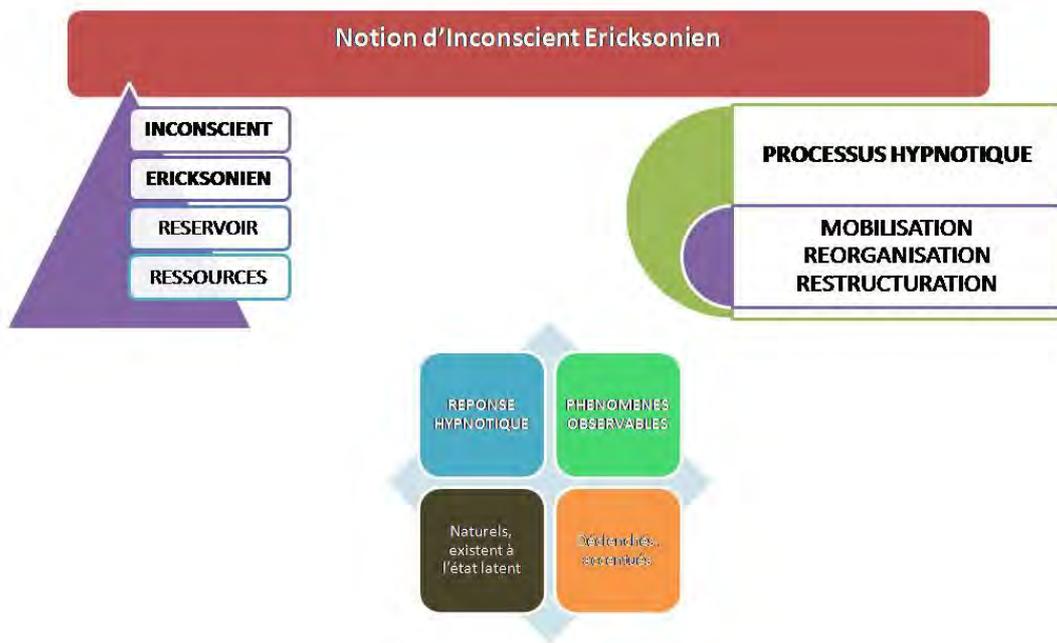


Les suggestions directes autoritaires sont exclues

Dr. Milton ERICKSON

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

273



Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

274

EEEE

- « L'hypnose est un moyen de communiquer au malade des idées et une compréhension de lui-même, de telle manière qu'il sera particulièrement réceptif aux idées présentées » (Milton Erickson, Congrès International d'hypnose, Paris, 1965).
- L'hypnose est une relation qui explore les capacités d'un individu et l'incite à y recourir grâce à l'imaginaire.
- Pour l'hypnotisé c'est un apprentissage actif par lequel il travaille sur lui et où il apprend à utiliser ses ressources à un moment où il n'aurait pas l'idée de les utiliser.
- Pour l'hypnotiseur, c'est l'abandon de la position magique, de la position autoritaire au profit d'une présence et d'une attention particulière pour s'ajuster à l'autre.

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

275

« La vie ce n'est pas d'attendre que l'orage passe. La vie, c'est d'apprendre à danser sous la pluie » .Sénèque



Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

276

- **L'hypnose prend toute sa place dans le travail de prise de conscience :**
 - «Il s'agit d'aider le patient à mobiliser ses ressources en entrant de façon respectueuse dans son monde, afin qu'une solution puisse émerger de l'intérieur, selon la logique du patient.» Michel KEROUAC
- **L'hypnose peut faciliter ainsi l'élimination du souvenir et favoriser un nouvel apprentissage cognitiff .**
 - « Nous avons tendance à penser que la forte rétention du souvenir est toujours une bonne chose, mais (...) la flexibilité cognitive implique un affaiblissement actif des anciennes traces de la mémoire. Dans certaines situations, vous devez "oublier" pour pouvoir apprendre». Fergil MILLS ! »
 - Avec l'hypnose se produit une "réassociation de la vie intérieure" Milton ERICKSON

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

277

- HALEY «On devrait porter l'accent davantage sur ce que le patient fait dans le présent et fera dans le futur, plutôt que de se contenter de simplement chercher à comprendre pourquoi certains événements se sont produits dans un lointain passé.»
- DE SHAZER «...Il n'est pas nécessaire de savoir quoi que ce soit au sujet du passé de la personne (contrairement à la thérapie traditionnelle),

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

278



Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

279

LE LANGAGE ERICKSONNIEN ET L'ART DE LA COMMUNICATION HYPNOTHÉRAPEUTIQUE

Dr Isabelle Hildes (Montpellier université 1)

280

FFFFF

Spécialisation des HC

LES HÉMISPHERES CÉRÉBRAUX

Il existe une spécialisation " horizontale " entre les deux hémisphères du cerveau, l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche.

Cette spécialisation n'est pas séparation, bien au contraire puisque le corps calleux (câble de deux millions de fibres nerveuses) assure de très nombreuses interconnexions entre ces deux hémisphères.

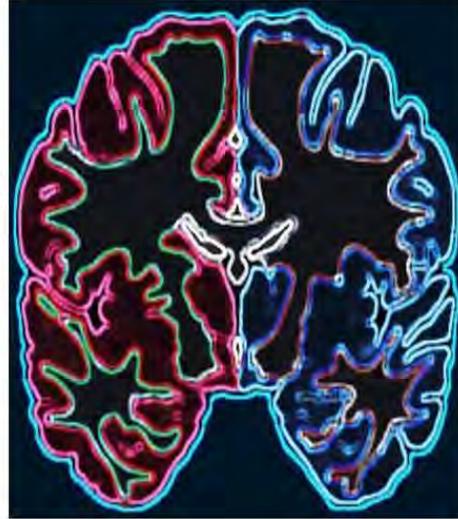
Sur le plan anatomique, les deux cerveaux sont à peu près identiques mais leurs fonctions sont différentes.

L'hémisphéricité désigne la spécificité fonctionnelle d'un hémisphère. Dans certaines circonstances, l'un travaille beaucoup plus que l'autre.

Concernant la fonction sensori-motrice la répartition fonctionnelle est la même.

En revanche, chaque hémisphère commande la moitié inverse du corps.

Il n'en est pas de même pour les autres fonctions telles que la pensée, le langage ou la résolution de problèmes.



281

Fonctionnement neuropsychique particulier des HC

- Chacun des H.C. apporte une appréhension différente de la réalité non contradictoire
- Le demi cerveau gauche : plutôt spécialisé dans le langage / analytique et calculateur
- Le demi cerveau droit : traitement des informations émotionnelles diffuses- synthétique et sensible- plus ancien point de vue de l'évolution
- Spécialisation plus forte chez H que F / femmes plus ambidextres
- Cortex PFD: gestion des émotions désagréables (signaux d'alarmes survie évolutionniste en milieux hostile: dégoût -peur -colère . Théories de coping – SNS de stress!)
- Cortex PFG : gestion des émotions agréables : enthousiasme- émerveillement-joie . Plus récent en terme d'évolution- permet de prendre du recul, mettre en perspectives, analyser et relativiser les situations. SNPS. Récupération régénération

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

282

GGGGG

HEMISPHERE GAUCHE auditivo-temporel

Conscient prédominant

est très doué pour tout ce qui nécessite une perception rapide et séquentielle, la manipulation de concepts abstraits tels que les mathématiques, des opérations de précision ou de structuration. Il conserve les informations verbale et sonores

LFG stocke et encode les souvenirs

Quand l'hémisphère gauche est actif, la personne privilégie l'approche rationnelle, la présentation logique des faits, des enchaînements, les relations de cause à effet.

Il a le souci de trouver des causes et des explications pour tout, de nommer les objets et les classes, de structurer des phrases et de faire des plans, de découper en catégories, parties ou propriétés, opérations qu'il exécute en utilisant sa spécialité : le langage.

L'hémisphère gauche est le lieu du langage, de la parole, de l'écriture, du calcul logique, du raisonnement, de la méthode, de la capacité d'analyse et d'abstraction.

Il excelle dans l'analyse détaillée, a un intérêt pour le fond plutôt que pour la forme, le contenu plutôt que la représentation et le style.

Il avance par étapes suivant un plan prévu et organisé, en respectant un ordre logique.

HEMISPHERE DROIT attention visuo-spatiale

Non-conscient prédominant

est très doué pour les choses concrètes, la visualisation d'une image ou d'un objet, des opérations en parallèle,

la perception que l'on a de soi-même ou une vue d'ensemble.

LFD intervient dans la remémoration des souvenirs (mémoire déclarative)

L'hémisphère droit est à l'opposé de l'approche rationnelle : l'approche intuitive. L'image et l'intuition y étant les fonctions dominantes, on comprend en quoi il est le siège de la compétence artistique et musicale.

Il représente plutôt l'univers de la pensée sans langage, de la compréhension non-verbale.

Sa spécialité est la pensée visuo-spatiale: sa capacité à voir l'abstrait, à formuler des concepts, à créer mentalement un plan des lieux et à voir globalement les formes sans se perdre dans les détails.

Ayant une image du monde immédiate, globale et cohérente, il perçoit mieux les structures spatiales complexes.

L'hémisphère droit a pour tâche de synthétiser nos perceptions et notre expérience en une image.

Il avance par découverte successive en portant un regard global sur le problème.

283



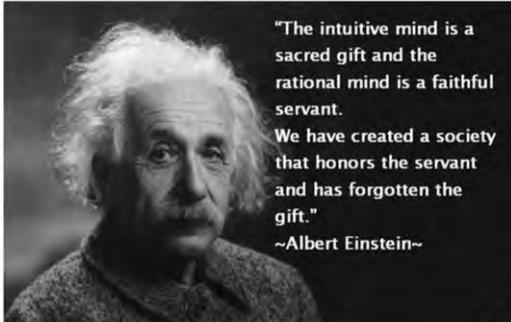
- **Hémisphère gauche**
- Capacité linguistique développée
- A besoin des mots
- Structure ses phrases
- Respecte la syntaxe
- Esprit logique, analytique, rationnel, désir de clarifier
- Prise de décision, planification, exécution
- Attention focalisée
- Conscience du temps
- Langage digital
- Besoin d'explication
- Pensée séquentielle (spécifique)

- **Hémisphère droit**
- Capacité linguistique limitée et rudimentaire
- Construit des images
- Langage analogique
- S'intéresse au non-verbal
- Reconnaissance des formes, sens visuel développé, sens spatial, musical (mélodie)
- Non temporel
- S'appuie sur l'intuition
- Pensée globale
- La transe hypnotique sollicite prioritairement le cerveau droit qui fonctionne surtout par association et langage symbolique.

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

284

HHHHH



Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

285

« Beaucoup de problèmes psychologiques pourraient être compris comme l'application erronée d'approches rationnelles de l'hémisphère gauche sur des situations qui seraient mieux appréhendées par l'hémisphère droit »

- Erickson, Rossi, Watzlawick

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

286

Quelques outils utilisés en communication hypnotique thérapeutique ?

- Le langage et la sémantique hypnotique
- vakog
- Métaphore
- Suggestions
- Emploi de l'affirmatif plutôt que du négatif
- Yes-set
- Truisme
- Reformulation
- Mirroring-harmonisation
- Mots mobilisateurs
- Modèle du monde du patient
- Silence

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

287

Les outils spécifiques d'une bonne induction et les stratégies d'ajustement

Pour aborder le sujet, le mieux est encore de s'appuyer sur les fondamentaux qui interrogent François ROUSTANG :

- «Quelle est donc, encore une fois, la visée et le but de l'hypnothérapie ? On peut le dire d'un mot : répondre à la demande de la personne que nous recevons pour lui permettre de modifier son rapport au monde.
- Mais que recèle cette formule ? Elle suppose le respect sur deux versants : d'une part, prendre en compte la singularité de la personne, et d'autre part de tenir compte des limites de l'environnement proche et lointain où il se meut».

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

288

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

289

||||

Les techniques de communication Hypnotique comprennent :

- un repérage initial dans le discours et les attitudes de la patiente de son ou de ses canaux de transmission préférentiels (visuelle, auditive, kinesthésique, cénesthésique, olfactive ou gustative (VAKOG)) et une utilisation de mots plutôt issus de ce registre
- un langage verbal utilisant des truismes, des images métaphoriques, des suggestions indirectes ou ouvertes de l'effet thérapeutique désiré
- un saupoudrage en lien avec le but recherché.
- un langage para verbal et non verbal (attitude générale et gestes calmes, en miroir de ceux de la patiente, synchronie respiratoire, sourire)
- une élocution avec un rythme lent, avec des mots simples et rassurants, si possible issus du vocabulaire de la patiente, en préférant les mots à connotation positive et valorisante et en évitant la négation
- une observation et reformulation (Pacing-leading)
- une ratification de tout ce qui se passe

Dr Isabelle Nickdes (Montpellier université 1)

290

Canaux communications et congruence



- S'ajuster au patient au travers de ses canaux de communication (digitale, verbale, para verbale) et analogique (non verbal), VAKOG *

➤ et « congruence » de l'échange, via les systèmes « feed-back ».

Dr Isabelle Nickdes (Montpellier université 1)

291

JJJJ

Le système sensoriel, le VAKOG

- Ce module va nous permettre de comprendre et reconnaître, nos différences dans la perception et le traitement de l'information, comment fonctionnent les systèmes de transmission des informations de notre système cognitif (perception et traitement de l'information).
- Les cinq sens sont "les portes de la perception". Ce sont celles que nous ouvrons pour prendre contact avec le monde.
A.Huxley
- Chacun d'entre nous privilégie un canal au cours de son développement

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

292

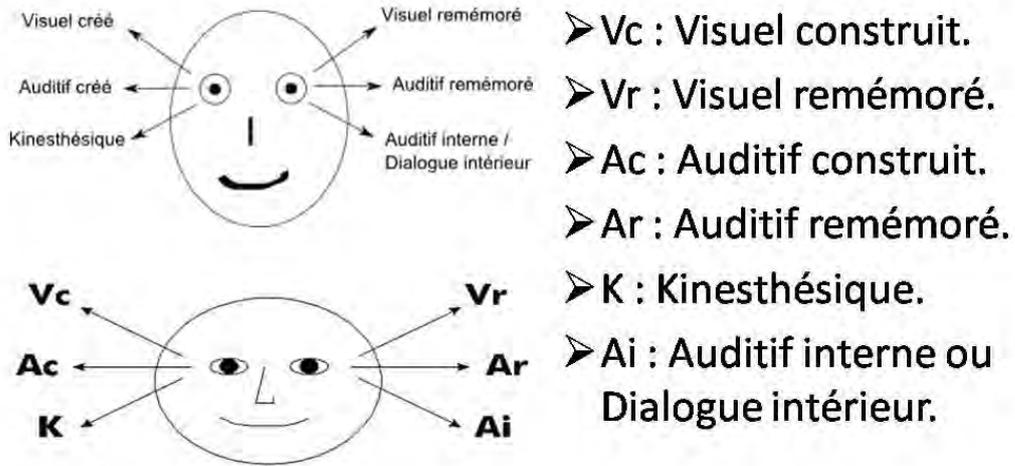
quelques exemples de prédicats visuels, auditifs et kinesthésiques

Visuel	Auditif	Kinesthésique
Je vois C'est clair J'imagine que... Visiblement Objectif Montrer C'est net C'est flou Blanc de peur Vert de rage	J'entends D'accord Ca me parle Dire Bien entendu Je m'entends très bien avec... N'écoutez que... Ca ne me dit rien C'est inouï	Je sens Bien dans ma peau Choc Le bon sens Ca prend corps Les pieds sur terre Contact Ca me touche Ca me dégoûte

293

KKKKK

Schéma de la technique de lecture des mouvements oculaires.



Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

294

visuel : le patient regarde en haut sur le côté	auditif : le patient regarde horizontalement	kinesthésique : le patient regarde en bas et touche à tout	olfactif : les ailes du nez sont frémissantes (vasoconstriction des ailes du nez),	gustatif : quand le patient privilégie la gestuelle, le toucher, le contact
--	---	---	--	---

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

295

LLLLL

Technique d'harmonisation : La synchronisation

- technique utilisée tant en hypnose comme dans la vie de tous les jours (lors d'échanges et de discussions avec les autres par exemple).
Dans les grandes lignes, il s'agit d'une technique comportementale très efficace qui vise à bouger et à parler en mimétisme avec la personne qui se trouve en face pour entrer "corps et âme dans sa réalité".
La synchronisation permet donc de se centrer sur son interlocuteur et d'installer un contact fluide et pertinent avec lui.

Dr Isabelle Nicides (Montpellier université 1)

296



Dr Isabelle Nicides (Montpellier université 1)

297

Quels sont les canaux sur lesquels il est possible de se synchroniser?

- **Verbal**
en reprenant les échos des derniers mots énoncés par le sujet.
- **Paraverbal**
Ton de la voix, rythme, débit, volume sonore, bruit de la respiration.
- **Non-verbal**
Tout ce qui est corporel (posture, gestes, attitude générale, mouvements, micromouvements...).
- **l'état interne**
Humeur, disposition de l'esprit, état émotionnel, niveaux d'énergie.
- **Le modèle du monde**
"Carte de la réalité" de la personne, ses références bibliographiques .

Dr Isabelle Nicides (Montpellier université 1)

298

La synchronisation comporte 3 étapes: **Mirroring, Pacing, Leading**

- 1. Le Mirroring** : calibrer, autrement dit observer très attentivement le comportement et l'attitude générale de la personne puis adopter une position dite « de miroir »
- 2. Le Pacing**
Le Pacing, littéralement "marcher au pas" est l'étape transitoire de la synchronisation qui vise à peaufiner le mirroring et garder le rythme de la personne.
Lors du Pacing, il est possible d'observer des changements de comportement du sujet (changement d'état interne, langage corporel qui évolue, sujet davantage tourné vers l'opérateur).
- 3. Le Leading**
Le Leading est ce que l'on peut appeler la phase de conduite et la dernière étape de la synchronisation. Cette étape est importante car elle permet de gérer l'interaction, comme si l'opérateur devient le leader de l'interaction.

Dr Isabelle Nicides (Montpellier université 1)

299

MMMMM

mirroring



L'attitude en miroir et la position du praticien :

neurones miroirs // observation : règle des « 3 O »

➤ **congruence+++** Imitiez sans singer!

- le thérapeute s'adapte, peut ou pas suggérer une bonne position.
- Une distance adaptée permet au thérapeute de regarder le patient dans sa globalité afin de repérer les mouvements durant la transe.
- Le thérapeute pense à se placer de façon à pouvoir utiliser le corps si besoin (hypnose par le corps)
- Il est préférable de ne pas être trop congruent avec des : « détendez-vous » ; « mettez-vous assis confortablement » ; « lâchez prise »

- il est capital d'être congruent et d'éviter absolument de "singer", de copier littéralement l'attitude de votre interlocuteur car cela pourrait se remarquer vite et mettre fin à la relation de confiance.

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

300

Pacing and Leading :

ACCEPTATION ET UTILISATION // ERICKSON
ponctuer et conduire // (Bandler et Grinder PNL)



Enchaînement de suggestions permettant d'établir un lien entre ce que le patient est en train de faire et ce que le thérapeute l'incite à faire

- o **Simple conjonction de coordination**
« vous pouvez fixer ce point... et vous sentir confortable... »
- o **L'implication causale: tout en ,tandis que, pendant qu**
« tandis que vous écoutez mes propos votre esprit inconscient peut se promener ailleurs... »
- o **Prédicat causal:**
« le fait de respirer comme cela.... va augmenter votre relaxation »

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

301

NNNNN

La respiration:

- Donne des renseignements sur le déroulement de l'action
- Parlez sur l'expir du patient favorise l'intégration des mots clés, les mots importants,
- les placer en fin d'expiration juste au moment de l'inspiration : le patient est ainsi obligé de prendre ce mot puisqu'il s'agit d'inspirer ce qui est vital. (suggestion indirecte corporelle)

La ratification

- Faire remarquer qu'il se passe quelque chose
- Communication interactive
- **Indices minimaux**
- Ratification et encourager >> sécurisation
- Permet d'accentuer et de maintenir la transe+++

Le choix des mots:

utilisation intelligente des mots

- **Les mots du patient**
- **Mots flous à signification large**
- **Connotation agréable: conforte dans le bon souvenir**
- **Evitez mots connotation négative**
- **Utilisation de la négation:**
 - ↓ de l'esprit critique
 - **HC droit sourd à la négation « cet exercice n'est pas désagréable »**
 - **« cet exercice est agréable »**
 - **Attention à la litote: « je ne te hais point »**
 - **Suggestion négative paradoxale**
 - **« ne pensez pas à un éléphant rose »**

Les bons mots: évoquent quelque chose d'agréable :Confortable, détente, agréable....

Mots à plusieurs sens et mobilisateurs:

« Conduire, construire, avancer, produire, apprendre, expérimenter »

Notion de littéralisme du cerveau droit

les mots sont pris au « pied de la lettre »

Attention aux tournures et aux mots négatifs:

« ... Vous ressentez la brûlure du soleil... »

« ... Les agréables sensations du soleil sur votre peau... »

Mots négatifs: abandonner, laisser, dormir, sombrer, couler, désagréable, nul, idiot....

00000

Rappel « la petite grammaire » de la communication hypnotique

Suggestions simples, faciles à suivre

Langage du patient

Le patient définit son monde

Temps et tournures affirmatives

Tournures encourageantes et valorisantes

Canal sensoriel préférentiel du patient

Au lieu d'expliquer (justifier, décrire) narmer ce qui se passera ou peut se passer. Ajustement au rythme du patient

Signaler au patient les initiatives du thérapeute

Adapter la voix à ce qui se passe et à ce qu'il faut faciliter

Rhétorique du corps sujet

Formulations « ouvertes » au lieu de « fermées »

• G. Salem

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

305

Nécessaire alternance des positions « haute » et « basse » Grâce à de suggestions indirectes:

négation « Je ne sais pas si... »

questionnement « Que préférez-vous ? »

suggestion de toutes les possibilités d'une classe « Sur quel point désirez-vous travailler ? »

implication « Combien de temps pensez-vous qu'il vous faudra pour changer, modifier, récupérer, etc ? »

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

306

Attention

- Réceptivité accrue
- Évitez l'intrusion
- Respect du patient
- Accompagnement permissif à l'intérieur d'un cadre fourni par le patient

Dr Isabelle Niddes (Montpellier université 1)

307

- Méthodes nombreuses
- utilisent comme support les voies sensibles d'un ou plusieurs canaux sensoriels.
- unimodales ou multimodales
- Détermination du canal préférentiel du patient+++ VAKOG

TECHNIQUES D'INDUCTION

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UM Hypnose Médicale Montpellier Méditerranée

308

Dr Isabelle Niddes Responsable pédagogique
UM Hypnose Médicale Montpellier Méditerranée

309

PPPPP

Méthode de fixation des yeux

- **Directive (Bernheim):** crayon, objet brillant (mire hypnotique- fascination), une pièce, ses propres yeux, etc...
- **Permissif:** le sujet choisit le point à fixer en se laissant absorber et en acceptant de garder la position qq instant.
- Les commentaires du thérapeute **ponctuent** l'expérience par une série de suggestions indirectes qui facilitent l'attitude d'attente curieuse et sans projet (**pacing et leading**) tout en **observant** et en **ratifiant** les réactions du patient.
- Modification de la perception visuelle est progressive et changement de la sensation générale signe l'entrée en dissociation.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

310

- « pour rentrer en hypnose... Vos yeux *peuvent* être ouverts ou fermés... cela n'a pas d'importance, et à chaque respiration vous allez plus loin... Et *peut-être* commencez-vous à avoir envie de ... **Fermez les yeux maintenant...** Ou dans quelques secondes... Pendant que votre esprit conscient est occupé à m'écouter, votre esprit inconscient met en jeu des processus qui vont vous permettre de résoudre vos difficultés... de trouver une solution à votre problème... d'ailleurs vous n'êtes même pas obligé de m'écouter... Une partie de vous est à l'écoute et c'est amplement suffisant... *Il se peut que, à l'évocation de ce souvenir, vous retrouviez des sensations agréables qui vont vous permettre d'aller plus profond...* » M.H.E.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

311

Induction auditive

- La musique ou simple tic tac
- Voix du thérapeute +++: voix monocorde, timbre grave, chaleur, vibration: puissant inducteur
- Débit, pauses, tempo sur l'expiration du patient
- Chacun trouve sa voix hypnotique

Induction olfactive-gustative

- Métiers prédisposants
- Induction de la vie de tous les jours
- Facteurs inconscients +++ dans les conduites d'attachement (phéromones en éthologie animale)
- Indication++ en cas de déficit sensoriel (surdité, cécité) ou de pathologie comme agueusie fonctionnelle

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

312

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

313

QQQQQ

Induction Cénesthésique ou Focalisation et Accompagnement des sensations corporelles

- Voix du thérapeute
- Synchronisation sur la respiration..
- Focaliser de l'extérieur vers l'intérieur
- On invite le patient à se concentrer sur ses sensations corporelles actuelles.
- On ne cherche pas à les associer à une notion de confort ou de détente
- Attention focalisée sur une sensation unique, choisie par le patient (pincement du pouce et index, grounding)
- Ou focalisation sur de multiples sensations cénesthésiques de nature différente : chaleur, poids, volume, position...

- **« Installez-vous confortablement, si vous le voulez, sinon conservez votre position actuelle. Choisissez un point au-dessus de la ligne d'horizon de vos yeux... Vous y êtes?... Bien, maintenant je vous demande simplement de fixer ce point... Tranquillement, sans intensité... et d'attendre un peu... peut-être allez-vous constater à un moment donné que ce point se modifie légèrement, qu'il devient plus flou ou plus net, que sa texture change, qu'il devient plus brillant ou plus terne, qu'il se dédouble, alors que le champ optique se rétrécit autour de lui... Peut-être allez-vous sentir un picotement, une petite brûlure ou même des larmes dans vos yeux... C'est ça (ratification)... Observez en même temps comment, à chaque expiration, vous pouvez sentir vos bras, votre corps s'engourdir un peu, éventuellement s'alourdir, peut-être même se détendre... Ne cherchez pas à obtenir ses effets, laissez plutôt faire votre corps et contentez-vous d'observer seulement, c'est plus intéressant comme ça... Peut-être que votre vision périphérique se trouble encore, que le point que vous fixez se modifie de plus en plus... que vos yeux picotent de plus en plus... pendant que vos bras deviennent de plus en plus lourds et ramollis, et confortables... c'est comme une sorte de torpeur, de fatigue agréable... Et, tout en sentant ses picotements dans les yeux, il se peut que vos paupières deviennent plus lourdes, qu'elles se mettent à cligner... Oui, c'est ça... Vos yeux auront peut-être même l'envie de se fermer... mais peut-être pas, ça n'a pas d'importance... Ne décidez rien surtout, laissez faire votre corps, il sait faire exactement ce qu'il faut... C'est ça... observez encore comment, à chaque fois que vous relâchez l'air... pendant que vos yeux continuent leur travail... vos muscles peuvent se détendre davantage, s'ils en ont l'envie... et votre corps peut vous offrir d'autres sensations... Oui, comme ça, à chaque expiration... Il se peut que votre corps ait envie de bouger un peu, laissez le faire.. a moins qu'il ait envie de s'abandonner d'avantage au fauteuil... en devenant confortablement lourd... Je vois que vos yeux se sont fermés... Goûtez cet instant... s'est intéressant comme vous pouvez sentir plus nettement votre corps... ou certaines parties de votre corps ...observez comment vous pouvez vous sentir à la fois lourd et léger... ou comment certaines parties de votre corps peuvent vous donner la sensation de modifier leur volume, leur forme... C'est curieux et intéressant... Et si vos yeux ont envie de s'ouvrir parfois, laissez-les décider à leur gré... » Gérard Salem**

RRRRR

Induction par mouvements alternatifs oculaires, auditifs ,cénesthésiques ou kinesthésiques

- **Dans le monde:** les mouvements oculaires et corporels sont utilisés depuis très longtemps dans les pratiques shamaniques et comme inducteurs de transe en hypnose depuis Mesmer.
- **Induction motrice visuelle:** utilisation de la fixation visuelle et du mouvement répétitif pendulaires (doigts-objets) ou automouvements(yeux ouvert ou yeux fermés).
- **Induction auditives alternatives :** tic tac(claquements doigts-montre-métronome)
- **Induction cénesthésiques:**
 - tactile épicrotique sur dos main ou genoux :patin
 - Stimulation plus appuyée: sens tactile + vibratoire : taping
- **Induction par mouvement tournant :** Derviches tourneurs
- **Induction par mouvement idéique agoniste antagoniste:** ex technique des mains de Rossy

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

317

Induction par jeux de rôle

- Intérêt chez les patients résistants ou septiques ou méfiants mais désireux...
- Comme si « as if »
- On décrit au préalable les signes auxquels on reconnaît l'état hypnotique
- On annonce qu'on les ratifiera pendant le jeu de rôle, pendant que le thérapeute fait aussi comme ci!
- Facial feedback +++

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

318

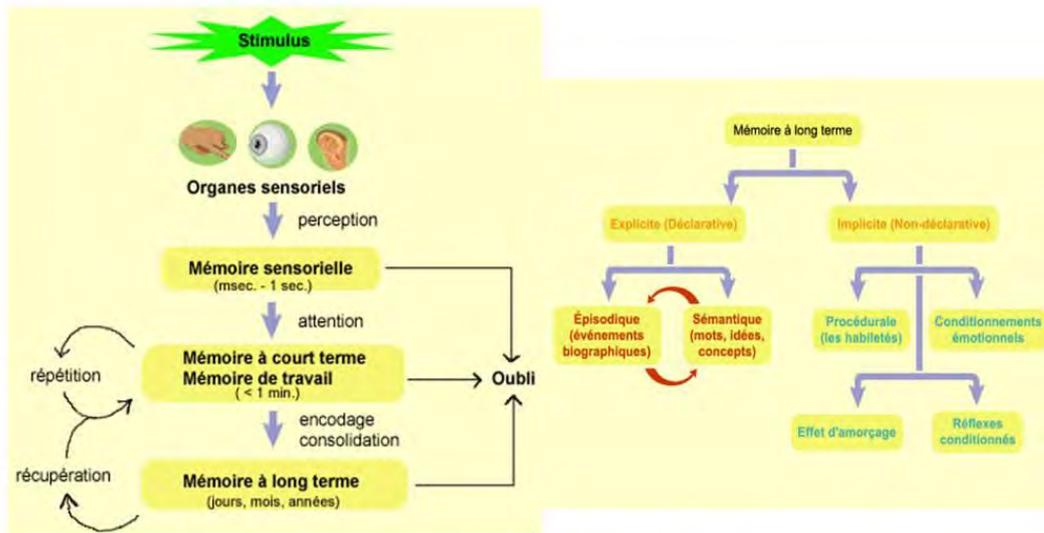
La mémoire

La mémoire est une fonction bien connue quoiqu'assez complexe. Afin de mieux cerner qu'est-ce qu'elle est, il est important de bien différencier les différents types de mémoire.

"La mémoire du passé n'est pas faite pour se souvenir du passé, elle est faite pour prévenir le futur. La mémoire est un instrument de prédiction." Alain Berthoz.

319

SSSSS



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

320

Implicite :

La mémoire implicite fait référence aux choses que l'on apprend "inconsciemment". Par exemple, la mémoire procédurale est un système qui nous permet d'apprendre de nouvelles habiletés motrices. La plupart des gens savent faire du vélo, mais nous n'avons pas besoin de commander consciemment nos muscles d'une certaine façon pour y arriver.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

321

TTTTT

Explicite : Les souvenirs qui font partie de la mémoire explicite peuvent être consciemment rappelés.

- **Mémoire sémantique** : Elle contient des informations sur nos connaissances générales. Par exemple, se souvenir du nom d'un objet ou encore de la signification d'un terme précis.
- **Mémoire épisodique** : Elle contient des informations sur des événements que nous avons vécus. Contrairement à la mémoire sémantique, la mémoire épisodique est associée à un temps et un espace précis (ex: on ne sait plus où et quand on a appris ce que "ordinateur" signifie, mais on sait où et quand nous avons dansé notre premier "slow"). Le mémoire épisodique est plus fragile que la mémoire sémantique, c'est pourquoi il nous arrive fréquemment d'oublier le nom d'une personne ou ce qui est arrivé lorsque nous sommes allés à tel endroit.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

322

Par la suite, une fois que le souvenir est bel et bien enregistré et maintenu en mémoire, il faut, bien sûr, être capable d'aller le chercher. Pour avoir accès à un événement stocké en mémoire à long terme, le cerveau utilise un processus qui est appelé **récupération**.

La récupération est un moyen de réactiver les souvenirs. Pour ce faire, il est possible d'utiliser des indices mentaux (ex: penser à la dernière fois qu'on a vu notre ami) ou encore des indices externes, comme le lieu, l'odeur, etc. (ex: aller au parc peut nous rappeler la rencontre qu'on a eue avec notre ami) pour nous aider à nous souvenir de ce qui s'est passé.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

323

Induction par safe place

- Safe place est une représentation tranquillisante et réconfortante d'un lieu ou d'une scène qui a pour effet de créer ou de renforcer un sentiment personnel de sécurité
- Souvenir de voyage, jardin secret, cercle magique, airbag intime, cabane dans un arbre, une musique, une odeur, une sensation tactile, une image, un goût ...Personnage fétiche, réel ou fictif (homme de février)

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

324

Exemples de safe place

- Une petite plage...
- Un coucher de soleil sur cette plage...
- Une partie de cache-cache...
- Ma couette ou mon oreiller...
- Le chocolat chaud de ma grand-mère devant le feu de cheminée, la couverture sur mes épaules...ou mes genoux...
- Une balade en montagne avec mon grand père, la sensation de sa main englobant la mienne...
- Mon dernier voyage...



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

325

UUUUU

Mise en place d'une safe place

- **1- Explication:**
on explique au patient en quoi consiste cette évocation (anecdote de patient, personnelle)
- **2- Concentration et Evocation:**
on lui demande de se concentrer en laissant venir l'évocation que son inconscient lui propose comme safe place.
- **3- Description précise:**
Quand ça vient , le thérapeute demande d'en décrire les caractéristiques avec le plus de détails:
Au fur et à mesure qu'il décrit sa safe place, le patient s'y voit et s'y ressent accédant ainsi à un état de dissociation hypnotique : « ici et là bas en même temps »
- **4- Ratification:**
On ratifie la rhétorique du corps-sujet en synchro pendant la dissociation.et on procède à un ancrage de la safe place dans les sensations cénesthésiques du patient (écho sensoriel)

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

326

INDUCTIONS CHEZ LES ENFANTS

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

327

VVVVV

Tableau 1. Techniques d'induction adaptée à l'âge de l'enfant (d'après Olness et Kohen [9]).

Âge préverbal de 0 à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - une stimulation tactile, des caresses, des câlins - une stimulation kinesthésique : bercer, faire bouger un bras en faisant des aller/retour - une stimulation auditive : la musique ou un bruit continu, tel qu'un sèche cheveux, un rasoir électrique ou un aspirateur, qui sont placés loin de l'enfant - une stimulation visuelle : des mobiles ou d'autres objets qui peuvent changer de taille, de position, de couleur - tenir une poupée ou un petit animal en peluche
Âge verbal de 2 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> - souffler des bulles - raconter une histoire - livres avec des personnages animés - visionneuse stéréoscopique - l'activité favorite, - parler à l'enfant à travers une poupée ou un petit animal en peluche - se regarder sur une vidéo, - utiliser une poupée toute molle (Floppy Raggedy Ann)
Âge pré-scolaire ou âge scolaire débutant (4 à 6 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - souffler l'air - un endroit favori - des animaux multiples - un jardin avec des fleurs - raconter une histoire (seul ou dans un groupe) - le grand chêne - fixer une pièce de monnaie - regarder une lettre de l'alphabet - des livres avec des personnages animés - une histoire télévisée fantasmagorique - la vision stéréoscopique - la vidéo - des boules qui se balancent - biofeedback thermique ou autre - les doigts qui s'abaissent - une activité dans une salle de jeu
De 7 à 11 ans	<ul style="list-style-type: none"> - l'activité favorite - l'endroit favori - regarder les nuages - la couverture volante - des jeux vidéo vrais ou imaginaires - monter sur une bicyclette - souffler l'air à l'extérieur - écouter de la musique - s'écouter sur une cassette - regarder les nuages - fixer une pièce de monnaie - rapprochement des mains - la rigidité du bras
Adolescence : 12 à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> - l'endroit favori ou activité favorite - activité sportive - catalepsie du bras - la respiration - les jeux vidéo vrais ou imaginaires - des jeux informatiques vécus ou imaginés - la fixation des yeux sur une main - conduire une voiture - écouter ou entendre de la musique - lévitation de la main - le rapprochement des mains - des jeux fantasmagoriques

Medecine Clinique pour les pédiatres • n° 0, mai-juin 2004

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

328

Approfondissement de la Transe

- **Image de progression dans l'espace:** descente escalier marche après marche , plongée... Concaténations
- **Technique du fractionnement:** laisser le patient entrer-sortir-entrer dans la transe en glissant la suggestion post hypnotique que chaque nouvelle transe sera plus profonde et plus rapide
- **Technique du Silence qui tombe bien+++**
- **Arc en ciel:** on glisse sur les couleurs en glissant des suggestions dissociatives et de détente plus profonde que la précédente. On peut associer à l'image de l'arc en ciel celle d'un escalier dont on descend les marches.

APPROFONDISSEMENT DE TRANSE

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

329

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

330

«Quand on arrive à l'auto-hypnose, vous devez rendre vos patients conscients du fait qu'ils ne peuvent pas faire consciemment quelque chose qui devrait être fait inconsciemment.» Milton ERICKSON

AUTOHYPNOSE

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

331

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

332

- Induire sa propre transe et entrer en relation avec la partie inconsciente de soi-même.
- Repérer sa safe place et l'ancrer par des exercices répétés
- Volontaire puis réflexe automatique
- Premier stade de pratique: exploiter l'état de relaxation et de détente rapide et profonde (agitation, anxiété, angoisse, trac, timidité, inexpérience, phobies)
- Second stade de pratique : communiquer avec soi même: redécouvrir ou se reprogrammer.

WWWWW

L'auto-hypnose permet de :

- **renforcer** l'apprentissage initié
- **prolonger** les nouvelles informations et techniques apprises comme celle de l'ancrage
- **étendre** le confort au contexte de vie habituel.
- En la pratiquant
- le patient devient encore plus acteur et autonome face à sa problématique. Il trouve une pratique qui lui permet
- de se ressourcer
- d'augmenter sa capacité d'introspection
- de continuer et prolonger l'effet thérapeutique des séances tout en facilitant la reprise des séances suivantes.

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

333

Techniques d'autohypnose

- Fixation visuelle simple
- Fixation visuelle du pouce
- Pince du pouce et de l'index
- La petite pause
- Le 3eme œil

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

334

HYPNOSE ET DOULEURS

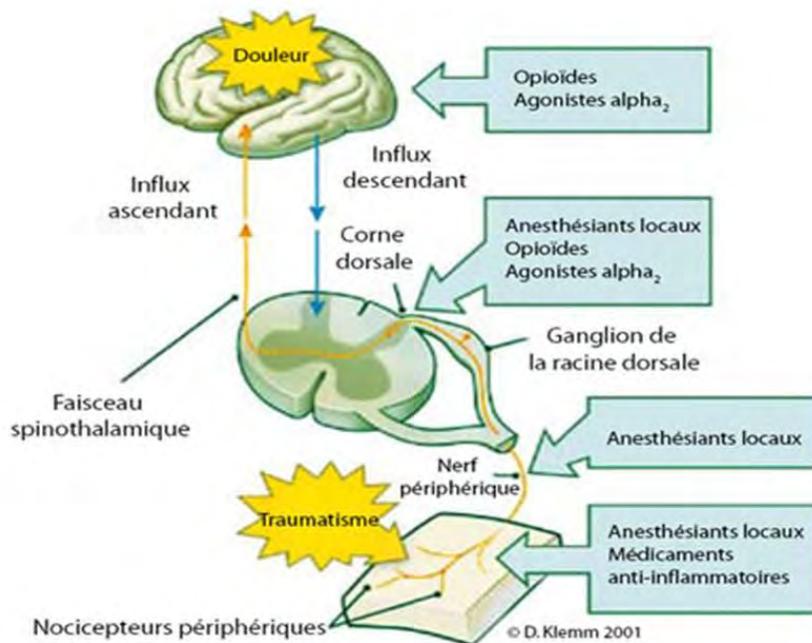
- « Expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable associé à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage »



HYPNOSE ET MODULATION DE LA DOULEUR

Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

335



Dr Isabelle Nickdes Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

337

XXXXX

René Descartes
1664 : A l'idée
du réflexe
nociceptif

« Les particules rapides
du feu entraînent une
perturbation qui passe le
long du filament nerveux
jusqu'au cerveau »



338

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

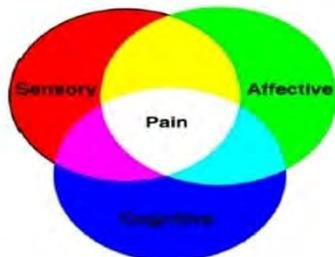
1. Sensorielle et discriminative: mécanismes neurophysiologiques permettant le décodage de la douleur: type, durée, localisation, intensité...
2. Affective et émotionnelle
3. Comportementale: manifestations verbales et non verbales
4. Cognitive: processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

339

Aspect multidimensionnel de la douleur

- Quoi, où, combien?
- Que ressentez-vous?
- Pensées, croyances, attente autour de la douleur



Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

340

Les techniques utilisées pour créer
une analgésie hypnotique ou une
diminution de la douleur

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

341

Contrôler la douleur
grâce à l'IRM fonctionnelle en temps réel

Christopher De Charms et coll. Control over brain activation and pain learned
by using functional MRI. PNAS ; 102 : 18626-18631.

- Après 3 séances d'apprentissage, tous les patients sont capables de contrôler leur activité cérébrale et de diminuer leur douleur.
- Comme lors d'un entraînement sportif, on peut s'entraîner à contrôler des éléments de cognition.
- Si les individus peuvent apprendre à contrôler directement l'activation de certaines régions cérébrales, il est possible qu'ils parviennent à contrôler différents comportements ou des éléments de cognition.
- Ce blocage spécifique pourrait leur permettre de lutter contre les phénomènes douloureux, notamment en cas d'échec des traitements physiques et médicamenteux.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

342

YYYYY

Les règles d'or

1. Prendre en compte la douleur c'est la reconnaître...
2. Obtenir l'adhésion et proposer un exercice
3. Déterminer et nommer l'objectif avant de commencer: meilleur adhésion
4. Évoquer le changement: objectif réaliste, approche par questionnement, par négation, ou allusion, ou évocation d'un cas similaire (contourner les résistances)
5. Faire décrire, préciser ses différents éléments...
6. Le soupoudrage: utiliser des mots évoquant le confort: confortable, reposé, facilité, laisser aller, librement, modifications des sensations, des perceptions, vous sentir mieux

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

343

Quelques exemples de suggestions hypnotiques

- **La réduction de la douleur**
 - suggérer au patient d'imaginer un variateur d'intensité qu'il manipule mentalement pour réduire la douleur.
 - suggérer au patient de fractionner la douleur, en imaginant une diminution globale (5 % ou 10 % de douleur en moins par exemple) ou encore de diviser la douleur (de moitié ou d'un tiers par exemple). |
 - Intérêt +++ échelles d'évaluation en début et en fin de séance
- **La substitution de sensation**
 - Cet outil permet de remplacer la sensation douloureuse par une autre sensation. Il s'agit de suggérer des picotements, fourmillements intenses à la place d'une sensation de brûlure, suggérer une sensation de fraîcheur plutôt qu'une sensation de froid, un engourdissement à la place de la sensation douloureuse.
- **Le déplacement de la sensation**
 - Il est possible aussi de proposer de déplacer, de quelques centimètres ou sur une autre partie du corps, la sensation douloureuse
- **La distorsion du temps**
 - Amener le patient à accélérer le temps vécu comme douloureux et de ralentir le temps agréable entre les accès douloureux.
- **L'utilisation d'une autre partie du corps, partie non douloureuse**
 - Utiliser la lévitation ou la catalepsie du bras, ou encore l'exercice du « gardien intérieur » inspiré du travail d'E.Rossi. Il s'agit de laisser s'installer un mouvement, une sensation dans la main, le bras, et à partir de ce changement un peu surprenant d'y associer des métaphores de changement sur la douleur ou le stress.

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

344

ZZZZZ

Techniques avec la main

- **L'expérience du froid**
 - Souvenir de la neige, mettre la main dans une eau fraîche.
- **Le patch anesthésique**
 - Qui va distiller en permanence, à travers la peau le produit anesthésiant.
- **Le stylo**

Comme une seringue qui distille dans toute la main, l'anesthésie.
L'anesthésie en gant
- **le « gant anesthésique »,** qui peut être utilisé également avec le déplacement de l'analgésie de la main
- **Technique de Rossi**
- **Toutes celles que votre Imagination peut inventées.**

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

345

1. Concentrez-vous bien sur la main que votre esprit va choisir... Et peut-être, à un moment ou à un autre, vous allez ressentir dans cette main un fourmillement ou un picotement, un picotement au bout des doigts, pendant que vous m'écoutez, une sensation de chaleur, ou de fraîcheur peut aussi se développer dans cette main, cette main devient-elle légère ? ou lourde ?
2. Restez bien concentré sur cette main, et si votre esprit est distrait, ramener le sur cette main. Ressentez-vous un engourdissement se développer dans toute la main ? ou avez-vous le sentiment qu'elle a augmenté de volume, de densité ? Laisser développer cette sensation ou toute autre sensation.
3. Restez très concentré sur la main, peut être que vous avez le sentiment que cette main est à côté de votre corps, comme si elle était pour l'instant séparée de votre corps...
4. Peut-être que c'est une autre sensation, une sensation que je n'ai pas nommée mais qui appartient à votre corps... » M.H.E

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

346

AAAAAA

La Prolongation de l'effet thérapeutique

- Grâce à des suggestions post-hypnotiques
 - « quand vous serez dans votre chambre, allongé dans votre lit, vous pouvez savoir que le simple fait de fermer vos yeux et de prendre une profonde inspiration va vous permettre de percevoir aussitôt à quel point vous êtes vraiment devenue confortable... ».

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier - Nîmes

347

AUTO-HYPNOSE

- **L'auto-hypnose consiste à induire une transe personnelle qui suit le même schéma qu'une séance d'hypnose.**
 - **l'auto-hypnose s'apprend le plus souvent avec un thérapeute, au travers d'une relation thérapeutique qui amène non seulement le patient à ressentir ses propres capacités de changement mais aussi à savoir induire lui même la transe: soucis d'autonomisation du patient**
- **techniques de base d'auto-hypnose que chaque patient va s'approprier pour construire sa propre séance d'auto-hypnose différente de celle d'un autre individu (car construite en fonction d'un but, d'une personnalité et de ressources particulières).**
- **Proposer des séances d'hypnose à un patient douloureux chronique, revient à lui apprendre l'auto-hypnose, c'est un travail sur l'autonomie, avec des outils qu'il acquiert pour faire face à la douleur quand elle se présente et sur l'émotionnel associé à cette douleur.**

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier - Nîmes

348

TECHNIQUE DE RÉIFICATION métaphore thérapeutique

Matériau très puissant sur le plan
thérapeutique

349

BBBBBB

- La réification est le processus par lequel une idée est transformée en une chose, un objet. C'est un langage analogique (permet au cerveau de remarquer les correspondances et les ressemblances) utiles pour expliquer la douleur.
- Lorsque le patient décrit le symptôme, il utilise un langage essentiellement digital (le discours médical) et il subit les effets du symptôme. La réification offre au patient par la description imagée du symptôme, puis par la manipulation de ce symptôme, la chosification de ce symptôme, une possibilité de s'en débarrasser ou tout au moins de se soulager.
- C'est une action, proposée au patient, qui vise à transformer un concept abstrait, comme une douleur ou une crainte, en une réalité concrète, en un objet. **La douleur que j'ai au ventre, est comme une boule de feu... Le patient va pouvoir prendre le contrôle de cet objet, et ainsi modifier ses perceptions. Il n'est plus la victime impuissante de sa douleur, il agit.**

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

350

- « Si votre symptôme était un objet ce serait quoi ? » La souffrance est un ressenti intime, difficile à décrire avec des mots, la parole du patient va faire appel à des images. La métaphore détourne le patient de la recherche du pourquoi pour l'amener à travailler sur le comment.
- Qu'elles désignent des images ponctuelles ou un véritable récit, les métaphores doivent s'appuyer sur le monde du patient, utiliser des éléments qui lui appartiennent.
- La plus thérapeutique est celle qui vient du patient.
- Il faut susciter, ne pas souffler. Centrées sur les solutions possibles et pas celles que l'on souhaite



Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

351

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

352

CCCCC

Caractéristiques des anecdotes et des métaphores

1. Absence de méfiance à leur rencontre
2. Séduisante
3. Encouragement à l'indépendance du sujet, en ce qu'il est amené à réfléchir seul ce qu'on lui propose
4. Contourne les résistances en déplaçant l'expérience sur quelqu'un d'autre ou quelque chose d'autre.
5. Permet le contrôle de la relation thérapeutique
6. Met en jeu la créativité
7. Facilite la mémorisation
8. Enfin et surtout création d'une confusion propre à l'induction de réponses hypnotiques.

J. Zeig J-Antoine Malarewicz (Milton H Erickson de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique)

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

353

Intérêt de la métaphore en thérapie

1. Etablir une relation empathique sécurisante grâce au langage familier
2. Fixer l'attention consciente et créer des correspondances , des similitudes inconscientes, entre les éléments de la métaphore et la plainte du patient.
3. Recadrer une symptomatologie: donner un sens supplémentaire qui change le regard du patient, donne un autre point de vue.
4. Encourager l'imagination personnelle du patient et agir dans la continuité afin que les associations qui naissent de cette compréhension opèrent une transition souple entre le problème et sa résolution. Ce qui réduit ou contourne la résistance au changement.
5. Responsabiliser les patients par acquisition d'un nouveau sens.
6. Permettre au thérapeute de suggérer des solutions
7. Favorise l'expérience et sa mémorisation: par stimulation de la composante émotionnelle du patient qui favorise l'empreinte mnésique.

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

354

DDDDDD

Comment transformer le problème en métaphore?

Dr Isabelle Nicides (Montpellier université 1)

355

- Elle procède par narration et s'élabore par langage analogique pour construire une histoire qui développera de nouvelles perceptions .Ainsi l'utilisation de la métaphore, puissant outil de changement, est à la base de l'hypnose conversationnelle thérapeutique agissant selon un procédé dit de **Réification ou Chosification** par lequel le thérapeute va orienter le patient pour que par substitution analogique métaphorique il passe
 - d'une sensation somatique (pesanteur) à une chose dénommée ayant une forme descriptible et modifiable (boule)
 - ou d'un sentiment ou émotion (anxiété, tristesse...) à une sensation somatique puis de la sensation à un objet.
- Elle est stratégique : en cours de travail hypnotique la stratégie est de remplacer une sensation par une chose plus palpable, plus facile à fractionner et à éliminer. C'est le rôle de la métaphore de faire passer le patient à quelque chose de concret, matériel. Par exemple quand le patient anxieux dit « j'ai un nœud dans la gorge » le thérapeute lui demandera comment on peut travailler sur ce nœud ...le patient est très inventif et saura inventer une solution concrète dans un contexte abstrait.

Dr Isabelle Nicides (Montpellier université 1)

356

- Comment ressentez vous cette douleur, ce problème, ce symptôme?
- Ou se localise- t- elle(il) dans votre corps?
- A quoi peut- on la comparer?
- Qu'est ce que cela vous évoque?
- Nous obtenons par là les descriptions métaphoriques du symptôme.
- Puis on demande au patient de transformer cette métaphore pendant la transe.

Dr Isabelle Nicides (Montpellier université 1)

357

EEEEEE

Technique avec les métaphores

1. **Cerner le problème: observer ,décrire le pb pour faire naître la métaphore**
outil 1: **Technique de conversation hypnotique (que des questions)**
Le plus de détails de descriptions possibles
Outil 2 : **échelle d'évaluation de la sensation corporelle du pb**
2. **Dissocier le sujet: induction directe simple: fermeture des yeux ou fixation d'un point extérieur ou intérieur par ex la respiration ou autre.....**
3. **Transformer la représentation: cad agir sur et autour la métaphore**
Demander quels outils sont nécessaires pour le faire
Outil / **le signaling technique de communication**
4. **Réintégrer la nouvelle représentation cad intégrer la nouvelle sensation corporelle de la representation mentale modifiée**
Outil/ **échelle pour évaluer la modification dans la sensation corporelle du dit pb**
5. **Généraliser le changement: ancrer la nouvelle sensation a tout le corps pour augmenter le sentiment d'appropriation (nouvel avatar!)**
6. **SPH: ancrage mémoriel pour augmenter les chances de rappel du nouvel apprentissage**

Dr Isabelle Nickles (Montpellier université 1)

358

respecter le symptôme



359

FFFFFF

REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (liste non exhaustive)

- **LE GRAND LAROUSSE DU CERVEAU** Larousse
- **COMMENT LA CONSCIENCE CONTRÔLE LE CERVEAU-** John ECCLES Fayard
- **A CHACUN SON CERVEAU -** Plasticité neuronale et inconscient - François ANSERMET et Pierre MAGISTRETTI Odile Jacob
- **CERVEAU DROIT-CERVEAU GAUCHE –** Pr Lucien ISRAEL Plond
- **PEUT-ON TRAITER DE MANIPULATION A L'USAGE DES HOMINIETTES GIENS –** Robert Vincent JOULE et Jean Léon BEALVOIS Pug
- **MANUEL DES PHENOMENES HYPNOTIQUES EN PSYCHOTHERAPIE-** John et Janette H.EDGEETTE
- Le germe
- **ERICKSON, HYPNOSE ET THERAPEUTIQUE -** Dr Dominique MEGGLE Retz
- **MILTON H.ERICKSON, VERSION FRANCAISE DES COLLECTED PAPERS** Satas
- **MA VOIX T'ACCOMPAGNERA -** Sydney ROSEN Homme et groupe éditeurs
- **MILTON H. ERICKSON , DE L'HYPNOSE CLINIQUE À LA PSYCHOTHÉRAPIE STRATÉGIQUE.** Jacques Antoine MALAREWICZ. ESF éditeur.
- **SOLIGNAC PAR L'HYPNOSE-** Gérard SALEM et Eric BONVIN Maasson
- **L'HYPNOSE ENTRE LA SPYCHANALYSE ET LA BIOLOGIE-** Léon CHERTOK Odile Jacob
- **MÉTAPHORES ET SUGGESTIONS HYPNOTIQUES –** D. Corydon HAMMOND LE Germe
- **MÉTAPHORES THERAPEUTIQUES POUR ENFANTS –** Joyce MILLS La méridienne Desclée de Brouwer
- **L'HYPNOSE MEDICALE -** Jean-Marc BENHAIEM Med-line
- **PSYCHOLOGIE DE LA GUERISON : La communication esprit au service de la santé -** Ernest Lawrence
- ROSSI Le souffle d'or
- **AIDE MEMOIRE D'HYPNOSE-** Antoine BIOY Dunod
- **QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ? -** François ROUSTANG Les éditions de minuit
- **DOULEUR, TU PERDS TON TEMPS –** Charles JOUSSELIN La méridienne Desclée de Brouwer

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

360

- **L'HYPNOSE EN ANESTHESIE REANIMATION, DE L'APPLICATION CLINIQUE AUX MECANISMES CEREBRAUX** (Thèse Diplôme d'Etat - Médecine)- FAYMONVILLE ME.
- **L'ANALGESIE SOUS HYPNOSE : APPROCHES THEORIQUES, EXPERIMENTALES ET THERAPEUTIQUES-** (Thèse Diplôme d'Etat - Docteur en Médecine) -SEBASTIEN YVAY
- **REVUE HYPNOSE ET THÉRAPIES BRÈVES.** Éditions Métawalk



Hypnose-medicale-montpellier.fr

Dr Isabelle Nickles Responsable pédagogique
DU Hypnose Médicale Montpellier-Nîmes

361

GGGGG

SOLIGNAC Antoine
SENSIBILISATION A L'HYPNOSE MEDICALE ET COMMUNICATION THERAPEUTIQUE

9 f., 4 tabl.

Th. Méd., Lyon 2015, N°305

RESUME

INTRODUCTION :

De nombreuses études montrent l'impact de la qualité de la communication sur l'efficacité des soins. L'hypnose médicale emploie des outils de communication qui améliorent la relation thérapeutique. La faculté de médecine de Montpellier-Nîmes propose aux externes une Unité d'Enseignement Libre « Sensibilisation à l'Hypnose ». L'objectif principal était d'évaluer l'impact de cette formation, ressenti par les étudiants, sur la communication et la relation avec le patient.

METHODE :

Notre étude quantitative, descriptive, par questionnaires avant-après formation se déroulait sur l'année universitaire 2014-2015. Les questionnaires ont été élaborés avec la responsable de l'enseignement puis testés par des étudiants de la promotion précédente. Les critères de jugement principaux étaient l'évolution de l'auto-évaluation de la compétence en communication (sur une échelle de 0 à 10), du ressenti en situations cliniques et des modifications comportementales avec le patient.

RESULTATS :

Les 43 étudiants inscrits à la formation ont été inclus : 22 à Montpellier, 21 à Nîmes, âge moyen 22,91 ans, 11 hommes, 32 femmes. L'auto-évaluation de la compétence en communication a évolué de 6,36 à 7,02/10. Les situations cliniques vécues le plus difficilement étaient identiques à celles améliorées après la formation : annonce d'une maladie grave/d'un décès, soin d'un patient non compliant aux soins, et gestion d'une forte émotion vécue par un patient. 3 comportements ont été renforcés : rassurer le patient, faire attention au comportement non-verbal, et faire attention au vocabulaire employé.

CONCLUSION :

Les étudiants ont ressenti une amélioration de leur communication, aisance et comportements. Ces résultats pourraient permettre d'améliorer la formation, voire de la proposer dans plus de facultés.

MOTS-CLES

relation médecin-patient
communication
hypnose médicale
enseignement
formation

JURY

PRESIDENT :
MEMBRES :

Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Madame le Professeur Carole BURILLON
Madame le Professeur Marie FLORI
Madame le Docteur Anne-Lise LEMAY (Directeur de thèse)

DATE DE SOUTENANCE

12 novembre 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR

5 rue Jules Guesde, 34500 Béziers
antoine.solignac@gmail.com