

LIVRE BLANC

DE L'HYPNOSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE



cfhtb

CONFÉDÉRATION FRANCOPHONE
D'HYPNOSE ET THÉRAPIES BRÈVES

www.cfhtb.org

LIVRE BLANC DE L'HYPNOSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	06
PRÉFACE CUMIC	10
RECOMMANDATIONS	12
CHAPITRE 1 : LA CFHTB	22
• Historique	22
• Organisation	23
• Mission de formation et de recherche	23
• Actions de diffusion et de partage	23
- Les forums	23
- Les publications	24
• La CFHTB sur le plan international	24
- Adhésion de la CFHTB aux sociétés internationales	24
- L'hypnose dans le monde	24
- La Société Internationale d'Hypnose (ISH)	24
• Les engagements de la CFHTB	26
• Les enseignements universitaires	28
• Les enseignements privés membres de la CFHTB	29
CHAPITRE 2 : L'HYPNOSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE	32
• Définition	32
• Un processus psychophysiologique	33
• Caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'hypnose	33
• L'hypnose un processus de fonctionnement	36
• L'hypnose clinique et thérapeutique	36
• L'hypnose et ses facettes	38
• La pratique de l'hypnose en plusieurs questions	40
CHAPITRE 3 : L'HYPNOSE SELON MILTON ERICKSON	46
• Confusion sur les significations de l'hypnose	47
• L'hypnose à la fois un état et un processus	47
• Une relation sécurisée	48
• La vision éricksonienne de l'hypnose	49
• Réassocier	50
• Les processus d'accordage	50
• Aller du monde de la survie au monde de la vie	52

>>>

CHAPITRE 4 : PLACE DE L'HYPNOSE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ ET INTÉRÊT POUR LE PATIENT	54	CHAPITRE 7 : L'HYPNOSE ET SON CADRE ÉTHIQUE	102
• L'hypnose dans les établissements de santé	55	• L'hypnose, une approche d'influence très présente dans notre société	103
- Regard d'un médecin anesthésiste	55	- Fonction thérapeutique : Hypnose naturelle et hypnose provoquée	103
- Regard d'un psychiatre	57	- Nocivité possible de l'hypnose. Usages détournés	104
- Regard d'un psychologue	60	- Applications extra-thérapeutiques de l'hypnose	104
- Regard d'un infirmier de psychiatrie en milieu hospitalier	64	• Éthique de l'hypnose : le point central	105
- Regard d'une infirmière à l'hôpital	66	- Problèmes générés par la vogue actuelle de l'hypnose thérapeutique	105
- Regard d'un médecin urgentiste au SAMU et aux urgences	67	- La CFHTB et son Code éthique	105
• Place de l'hypnose en cabinet libéral	69	• Recadrage du champ de pratique dans la formation de base du praticien.	106
- Regard d'un médecin généraliste	69	Pratiques en réseau	106
- Regard d'une sage-femme	70	- Développement de la recherche sur l'hypnose	106
- Regard d'un psychologue clinicien au domicile du patient	73	- Le diagnostic incontournable	106
- Regard d'une psychologue clinicien en cabinet	74	- Vers des référentiels de compétence et de formation	107
- Regard de la psychologue sexologue clinicien	75	- Mieux informer les médias	107
- Regard d'un kinésithérapeute	78	• Code éthique de la CFHTB	110
- Regards d'infirmières en libéral	79		
- Regard d'un psychiatre	82		
• Témoignage d'une patiente	83		
		CHAPITRE 8 : PRÉVENTION ET ÉCOLOGIE DE LA SANTÉ	112
CHAPITRE 5 : L'ENSEIGNEMENT DE L'HYPNOSE EN FRANCE	84	• Place de l'hypnose dans la prévention et en santé intégrative	112
• Les formations privées	85	- L'hypnose, sa place essentielle	113
- Les Instituts de formation en hypnose	85	- Intégration dans le parcours de soins	113
- L'harmonisation des formations	85	- L'autohypnose, une pratique de santé intégrative et de prévention	114
- Le Certificat d'Hypnose Clinique et Thérapeutique (CHCT)	85	- Exemples d'autohypnose	115
• Des ressources pour l'enseignement	86	- L'hypnose dans la prévention et en santé intégrative pour les soignants	115
• L'enseignement public universitaire	86	• Hypnose, ODD et Droits Humains	118
• Éducation des jeunes générations de soignants : comment les conserver dans les champs médicaux, psychothérapeutiques et de la santé ?	90	- Objectifs et cibles	118
		- Les Objectifs du Développement Durable horizon 2030 et l'hypnose	118
CHAPITRE 6 : LA RECHERCHE SUR L'HYPNOSE	92	- Peut-on parler de prophylaxie hypnotique ?	119
• Les 4 grands domaines de recherche autour de l'hypnose	93	- Hypnose et Liberté	119
- L'état d'hypnose à la lumière de la recherche	93		
- Les mécanismes de fonctionnement et les réseaux actifs en hypnose	94	CHAPITRE 9 : RISQUES ET DANGERS DE L'HYPNOSE	122
- Les indications pour les symptômes ou pathologies cliniques	94	• Définition des effets indésirables	123
- Les réactions biologiques dans le corps et les études	96	• Quels sont-ils ?	123
• Focus sur la recherche en psychologie...	99	• Les diagnostics erronés et les retards thérapeutiques	123
		• Les indications inadaptées	124
		• Les faux-souvenirs	125
		• Hypnose de spectacle	126
		• Hypnose de rue par les non-professionnels de santé	127
		• Utilisation de ces techniques par les professionnels de santé	128
		CHAPITRE 10 : L'HYPNOSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, UNE ÉCONOMIE POUR LA SANTÉ ?	130
		• Les bénéfiques	131
		• Une étude	132
		• Intérêts économiques dans d'autres études	134
		CONCLUSION	136
		LISTE DES AUTEURS	140

INTRODUCTION



“

La pratique de l'hypnose en France connaît actuellement un développement important, voire anarchique, tant dans l'offre de soins que dans les formations proposées.

Ce Livre Blanc est un geste d'ouverture, à la fois lanceur d'alerte et force de proposition pour notre système de santé!

”

La Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB) s'est attachée à regrouper, depuis sa création en 1996, uniquement des professionnels de santé et des psychologues, privilégiant l'amélioration de la relation de soin et le respect des usagers.

Alertée par la situation actuelle très préoccupante pour la pratique de l'hypnose en France, la CFHTB a souhaité éditer un Livre Blanc afin de positionner et ré orienter la pratique de l'hypnose clinique et thérapeutique dans un cadre rigoureux, scientifique et éthique à partir des professions de base médicales, paramédicales et psychologiques reconnues.

Ce Livre Blanc est le fruit des travaux des États généraux de l'hypnose clinique et thérapeutique qui se sont tenus les 23 et 24 novembre 2018 à l'université Paris Diderot.

Ils ont réuni les plus grands experts francophones, issus du champ de la santé avec la participation d'acteurs institutionnels représentatifs. Ils nous ont permis de mieux définir les objectifs prioritaires et confirmer la nécessité d'un cadre de pratique précis assurant sécurité, et pérennité à l'hypnose clinique et thérapeutique, axée sur le soin et pleinement intégrée à notre système de santé.

Dans le contexte actuel dérégulé, nous considérons qu'il est temps de réagir pour ré organiser et assurer la crédibilité de l'hypnose de soin clinique et thérapeutique.

La CFHTB fait le triste constat que nombre « d'hypnothérapeutes » ou praticiens autoproclamés n'ont aujourd'hui qu'une formation non contrôlée, sans légitimité, ni compétences diagnostiques préalable au plan médical et proposent au grand public non informé, des prises en charge susceptibles de les mettre en danger.

Cette situation ne nous apparaît pas acceptable.

Les États généraux ont confirmé la nécessité d'une pratique régulée de l'hypnose tant dans l'affirmation de sa place dans le champ de la santé, que dans la mise en avant d'une réhumanisation du soin.

Ce Livre Blanc est le résultat d'un travail collectif, corédigé par des experts expérimentés médecins, universitaires, professionnels de santé et psychologues diplômés et reconnus dans le monde de l'hypnose.

Trois idées centrales ont guidé sa rédaction :

- **Crédibiliser et mieux faire connaître et reconnaître les champs de l'hypnose de soin aux pouvoirs publics**, ministères et acteurs institutionnels.
- **S'appuyer sur des éléments scientifiques, de recherche, d'évaluation et de diagnostic** pour que l'hypnose entre dans une stratégie nationale pérenne et éthique.
- **Être utile à la collectivité dans une perspective de Santé publique.**

Ce Livre Blanc n'est que la 1^{re} étape de notre démarche pour la défense des recommandations visant à réguler et établir la place de l'hypnose clinique et thérapeutique dans le champ de la santé.

Cet enjeu nous apparaît essentiel.

Nous sollicitons les pouvoirs publics pour qu'ils contribuent avec nous à améliorer et réguler en France la pratique et la formation de l'hypnose sur des critères scientifiques et éthiques, soucieux de l'amélioration de la qualité des soins et du respect des usagers.

Que dire enfin des économies de santé importantes que pourraient générer une utilisation plus régulière de l'hypnose, tant dans le domaine de l'anesthésie, l'encadrement des examens complémentaires, le traitement de la douleur que des soins palliatifs...

Nous ne pouvons rester inactifs face à ce qui est aujourd'hui une préoccupation de Santé publique.

Ce Livre Blanc défend la nécessité d'un cadre pour l'hypnose clinique, thérapeutique et médicale en France, véritable défi pour notre démocratie sanitaire.



Joëlle MIGNOT,
Psychologue,
Vice-présidente de la CFHTB



Régis DUMAS,
Médecin généraliste,
Président de la CFHTB



PRÉFACE

L'hypnose occupe une place non seulement historique, mais surtout novatrice dans le champ de la médecine et de la santé publique.

Les nouveaux paradigmes des soins ont introduit une dimension indispensable de sécurité et d'utilité pour toutes les pratiques.

Nous sommes à un tournant fondamental des réponses à apporter aux attentes des patients et des professionnels de santé. Cette approche ne peut être dissociée d'une véritable évaluation tant quantitative que qualitative.

C'est pourquoi le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) soutient la nécessité d'un réel encadrement de l'hypnose Clinique et Thérapeutique.

La réglementation donne aux professionnels de santé et aux psychologues une légitimité incontournable, et met bien en garde des dérives potentielles, ce que cet ouvrage confirme. L'étape fondamentale préalable est d'améliorer la connaissance et de signifier la plus-value de cet outil thérapeutique.

Ainsi ce Livre Blanc crée un pilier central de la cohésion des intervenants et renforce l'importance et la crédibilité.

C'est une attente forte et un objectif atteint.

Mieux connaître, mais aussi mieux enseigner. La diversité des structures et le manque d'harmonie de vue peuvent avoir entretenu un trouble, autant pour les usagers que les soignants.

Au travers de cet œuvre commune, la complémentarité évidente de l'hypnose et sa pleine intégration s'en trouvent renforcées. La complexité des soins à notre époque ne peut qu'en bénéficier. **C'est aussi pourquoi la recherche tant fondamentale que clinique constitue un socle pour la validation de l'exercice, déjà bien démontrée et fortement engagée.**

Parmi les thérapies complémentaires, l'hypnose se démarque ainsi nettement en étant aussi bien dans le champ hospitalier que libéral : elle montre clairement son utilité à toute la collectivité.

L'amélioration de la qualité des soins en éloignant certains effets indésirables liés à l'usage des médicaments est un indice essentiel, notamment en France.

La réduction du poids de certaines dépenses de santé, directes mais surtout induites, trouve avec l'hypnose une voie qui s'intègre dans **un exercice de performance et de sécurité et de minimisation des coûts.**

Ainsi l'économie de santé réalisée reste dans le sens de la médecine moderne, comme cela a été bien démontré. Le CUMIC encourage cette dimension croissante et innovante de l'exercice de la médecine du XXI^{ème} siècle.

Les profonds changements d'attitude, les dimensions éthiques et les contraintes notamment économiques placent ce Livre Blanc à un haut niveau d'une réflexion commune et consensuelle. C'est un véritable outil de référence pour l'avenir qu'il faut encourager à faire vivre.

Pr Jacques Kopferschmitt
Président du CUMIC

RECOMMANDATIONS



Dans ce rapport d'expertises concernées, nous sollicitons les pouvoirs publics et institutionnels pour améliorer et structurer en France la pratique et la formation de l'hypnose clinique et thérapeutique.

Il apparaît aujourd'hui prioritaire que le système de santé français, considéré comme l'un des meilleurs au monde, poursuive la modernisation de ses pratiques et de ses référentiels de soins. La démarche de la CFHTB, qui s'efforce depuis 20 ans de structurer l'hypnose à un niveau professionnel et thérapeutique et réserve ses formations aux seuls professionnels de la santé et psychologues, s'inscrit dans le courant actuel de la Santé Intégrative et des Thérapies Complémentaires portées par un certain nombre d'instances, de collègues et de groupes de réflexions partenaires (CUMIC, CEPS, GETCOP...).

Nous proposons 10 recommandations pratiques de nature à promouvoir la légitimité, la pratique et l'efficacité de l'hypnose en se basant sur des critères éthiques, diagnostics et scientifiques validés et dans le but d'améliorer la qualité des soins, de respecter les droits et les attentes des malades et que, face aux dérives potentielles, cette démarche s'inscrive dans un cadre plus large de Santé publique.

10 RECOMMANDATIONS

1

STRUCTURER ET RÉGLEMENTER :
Mieux définir et encadrer
la pratique de l'hypnose

2

INFORMER :
Favoriser l'information du
public vis-à-vis de l'hypnose

3

FORMER :
Promouvoir une formation
en hypnose de qualité pour tous
les professionnels du soin

4

ENCOURAGER :
Faciliter l'utilisation de l'hypnose
dans les établissements et
structures de santé français

5

ÉVALUER :
Mettre en place une
démarche d'évaluation des
pratiques en hypnose

6

DÉVELOPPER LA RECHERCHE :
Soutenir une recherche
scientifique de qualité

7

ÉCHANGER :
Adopter une culture
de pluridisciplinarité
et de regards croisés

8

INNOVER :
Activer une conduite
d'innovation en hypnose à par-
tir des technologies nouvelles

9

RÉFLÉCHIR :
Poursuivre une réflexion
de la société civile sur l'apport
de l'hypnose dans la santé humaine

10

CRÉER UN ORGANISME NATIONAL
spécialisé dans le domaine
de l'hypnose en santé

1

STRUCTURER ET RÉGLEMENTER : Mieux définir et encadrer la pratique de l'hypnose

- 1.1- Établir une charte de bonne pratique pour l'utilisation de l'hypnose dans le champ de la santé en vue d'une validation par la Haute Autorité de Santé (HAS).
- 1.2- Ouvrir des concertations entre la CFHTB et les différents ordres professionnels médicaux et paramédicaux concernés.
- 1.3- Poursuivre la réglementation de ces pratiques autour de la notion clé de « champ de compétence » en lien avec les instances habilitées.
- 1.4- Faire respecter dans le cadre de la pratique de l'hypnose, les Droits humains et les Objectifs du Développement durable (ODD) soutenus par l'OMS, et élaborer une réglementation de cette pratique à l'instar des mesures déjà prises à l'échelle internationale.

2

INFORMER : Favoriser l'information du public vis-à-vis de l'hypnose

- 2.1- Développer des circuits d'information des usagers et des patients sur les possibilités qu'offre l'hypnose dans le champ de la santé dans le respect de la charte de bonnes pratiques professionnelles.
- 2.2- Éduquer et mieux informer le public et les professionnels sur les inconvénients du non-respect de ces réglementations et les pratiques sans lien avec l'hypnose pratiquée par les professionnels de santé et les psychologues : Dérives sectaires, influence, désinformation et phénomène de « fake medicine », hypnose de rue, hypnose de spectacle, etc. (DGOS, MIVILUDES).
- 2.3. Encourager les patients à la pratique de l'autohypnose lorsque cela peut être possible et adapté dans une perspective d'autonomie thérapeutique et d'économie de santé.

3

FORMER : Promouvoir une formation en hypnose de qualité pour tous les professionnels du soin

- 3.1- Favoriser la formation dès le deuxième cycle universitaire dans tous les cursus de formation de santé en sensibilisant précocement les étudiants à l'existence des thérapies complémentaires, d'interventions non médicamenteuses, de soins de support...
- 3.2- Préciser et stratifier les contenus pédagogiques et préciser les référentiels de formation, de compétence et de supervisions recommandés pour les futurs acteurs professionnels de l'hypnose dans le soin (notions de sensibilisation, d'initiation, de perfectionnement, limites d'intervention dans le champ des compétences de la profession de base, analyser la demande, capacité d'évaluer la pertinence de l'utilisation de l'hypnose et d'établir un diagnostic, etc.).
- 3.3- Recenser les organismes de formations en hypnose respectant les critères pédagogiques reconnus en santé ainsi que les limites de compétences pour chaque profession de santé.
- 3.4- Favoriser l'implication et le point de vue du patient dans la formation (notion de « patient expert »)
- 3.5- Favoriser la formation continue, la supervision et l'actualisation des connaissances (ONDPC).

4

ENCOURAGER : Faciliter l'utilisation de l'hypnose dans les établissements et structures de santé français

- 4.1- Favoriser le recensement des personnels formés et leur mise en réseau au sein d'un même établissement. Favoriser les démarches d'équipes réunissant des professionnels d'horizons différents regroupés autour de projets thérapeutiques communs (Dimension pluridisciplinaire et notion « d'hypnose coordonnée ») en particulier dans les grands établissements de santé (CHU, CHG, cliniques).
- 4.2- Faciliter la pratique de l'hypnose thérapeutique dans les cabinets libéraux des professions médicales, professionnels de santé et psychologues dans une optique d'optimisation du soin.
- 4.3- Permettre à ces professionnels d'exercer dans des conditions professionnelles adaptées en veillant à la définition claire du projet de soin, des échéances et au respect du champ de compétences de chacun.

5

ÉVALUER :
Mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques en hypnose

- 5.1- Évaluer les économies générées par une utilisation plus systématique de l'hypnose en santé (explorations fonctionnelles, hypnoanalgésie, gestion de la douleur, soins palliatifs, pédiatrie, gériatrie, etc.).
- 5.2- Mettre en œuvre des évaluations sur les modifications intervenues dans la vie du patient et sur la qualité de la relation patient(te) thérapeute après utilisation de l'hypnose (alliance et observance thérapeutique).
- 5.3- Évaluer l'impact de la dimension humaine et relationnelle mise en œuvre dans la pratique de l'hypnose par les personnels de santé impliqués (gestion du stress, prévention du burn-out, absentéisme, etc.).
- 5.4- Impliquer les patients et les professionnels de santé dans l'évaluation et la surveillance des pratiques et des praticiens en hypnose.

6

DÉVELOPPER LA RECHERCHE :
Soutenir une recherche scientifique de qualité

- 6.1- Inciter les unités de recherches labellisées des Établissements Publics de Sciences et Technologies (EPST) à s'investir dans la recherche expérimentale et clinique en hypnose dans tous les champs de la science (Médecine, psychologie, orthophonie, biologie, épidémiologie, économie de la santé, sociologie, anthropologie, soins infirmiers, etc.).
- 6.2- Favoriser la création d'appels d'offres incitatifs par les organismes publics et les fondations privées (Appels d'offres, bourses et prix de recherche).
- 6.3- Promouvoir la création de diplômes universitaires en hypnose thérapeutique dont la direction est effectivement assurée par des universitaires titulaires (et aux résultats validés par eux, comme la réglementation l'exige), et à destination des thérapeutes. Faciliter l'intégration de modules de sensibilisation et de formation à l'hypnose dans les cursus thématiques adaptés en Licence, Master et Doctorat (LMD).
- 6.4- Développer la formation à la recherche qualitative auprès des différents corps professionnels concernés afin de faciliter l'intégration du patient dans les recherches (notion de « Patient reported outcome »).

7

ÉCHANGER :
Adopter une culture de pluridisciplinarité et de regards croisés

- 7.1- Partager entre les différents groupes de réflexion, collèges universitaires et Sociétés savantes concernés par l'hypnose pour faciliter les échanges de pratiques et l'émergence d'idées neuves.
- 7.2- Travailler en lien étroit avec les pouvoirs publics, les associations de patients et les représentants des usagers.

8

INNOVER :
Activer une conduite d'innovation en hypnose à partir des technologies nouvelles

- 8.1- S'appuyer sur les technologies de l'information et de la communication (TIC), leurs possibilités, mais aussi leurs risques et leurs enjeux (réseaux sociaux, applis smartphone, etc.).
- 8.2- Impliquer les dispositifs connectés (casques de réalité virtuelle, bracelets connectés, etc.) et l'intelligence artificielle (IA) qui préfigurent la médecine de demain ou « eMedecine ».

9

RÉFLÉCHIR :
Poursuivre une réflexion
de la société civile sur l'apport
de l'hypnose dans la santé humaine

- 9.1- Favoriser les conférences, échanges et débats d'opinion dans les domaines de l'éthique et de la philosophie, de la sociologie, de l'anthropologie, etc.
- 9.2- Impliquer les instances adaptées et concernées par la personne humaine et les droits des malades (Comité National d'Éthique, Académie de Médecine, Académie des sciences, UNESCO, etc.).

10

CRÉER UN ORGANISME NATIONAL
spécialisé dans le domaine
de l'hypnose en santé

Cet organisme permettrait de jouer un rôle de coordination et d'interface entre les différents acteurs du domaine et les pouvoirs publics (Observatoire ou Institut National d'Hypnose en Santé).

CHAPITRES



I - Historique

Aujourd'hui, la Confédération Française d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB) représente la structure historique de l'hypnose clinique et thérapeutique en France et dans la francophonie. La CFHTB a été créée en 1996 à Vaison-la-Romaine, par les présidents des instituts de formation de l'époque.

Ces instituts avaient été mis en place dans le sillon du tout premier Institut Milton H. Erickson de Paris, créé en 1983 par les docteurs Godin et Malarewicz. Le Docteur Milton H. Erickson (1901-1980), psychiatre américain a développé une nouvelle approche de l'hypnose médicale clinique et thérapeutique et formé de nombreux médecins de par le monde durant le XX^e siècle, avant son décès en 1980.

En France, tous formés par le premier institut éricksonien, les initiateurs de la CFHTB ont partagé alors des socles communs de connaissances, de pratiques et de référentiels théoriques.

Cet esprit commun reste très présent au sein de la Confédération aujourd'hui avec 2 axes :

- Former à l'hypnose les professionnels de la santé dans un esprit qui s'inscrit dans la déontologie médicale et l'éthique et positionne le sujet au centre de l'alliance thérapeutique et dans le cadre des compétences de chaque discipline.
- Se confédérer pour favoriser le développement de la recherche, harmoniser l'enseignement de l'hypnose et des thérapies brèves, transmettre un esprit commun de l'hypnose thérapeutique.

II - Organisation

La CFHTB, regroupe, rapproche, et fédère 35 instituts membres de pays francophones : France, Belgique, Luxembourg, Suisse, Québec, Liban, Maroc. Elle assure un maillage autour de points d'ancrage avec un esprit, des valeurs communes et une seule et même langue partagée : la langue française. Le tout, en relevant le défi de respecter la diversité et la spécificité de chacun.

La moitié des 35 Instituts Francophones membres de la Confédération sont des instituts Milton Erickson reconnus par la fondation Milton Erickson de Phoenix en Arizona, appartenance qui insuffle la qualité et le sérieux de la culture médicale et thérapeutique issue de l'enseignement du Dr Milton H Erickson.

Pour intégrer la Confédération, chaque nouveau membre doit proposer sa candidature, parrainée par trois autres membres de la CFHTB et s'engager à respecter les critères indiqués dans les statuts et le règlement intérieur de la CFHTB. (voir annexe)

L'association adhérente s'engage au respect du code éthique de la CFHTB (voir annexe) qui doit être signée par les membres de l'association.

Les associations membres de la CFHTB se réunissent lors d'une assemblée générale annuelle. Elle organise par ailleurs tous les deux ans un forum, occasion de rencontre et de partage entre ses membres.

III - Mission de formation et de recherche

La CFHTB a pour mission de rassembler des organismes de formation et de recherche.

Les rôles de la CFHTB sont :

- La représentation auprès des instances administratives, des médias, et autres organisations professionnelles.
- Le support, la promotion et la diffusion de l'hypnose de soin clinique et thérapeutique.
- La défense de l'éthique et de la qualité des formations .
- L'harmonisation des recommandations pour les formations proposées par ses Instituts.
- La validation de la formation par un certificat de formation de qualité : le Certificat de formation à l'Hypnose clinique et thérapeutique (CHCT).
- L'engagement de garantir une qualité et une reconnaissance des formations
- Le développement et la valorisation de travaux de recherches cliniques et scientifiques.

IV - Actions de diffusion et de partage

La CFHTB ainsi née dans l'objectif de fédérer, partager, et de travailler ensemble, se donne comme moyens d'action la publication d'articles et l'organisation d'un Forum.

IV-1 Les forums

Les forums ont lieu tous les deux ans. Après les deux premiers à Vaison-la-Romaine en 1997 et 2000, 9 forums ont suivi : 2003 Sanary, 2005 Saint-Malo, 2007 Liège, 2009 Nantes, 2011 Biarritz, 20013 Strasbourg, 2015 Paris sous l'égide de la Société Internationale d'Hypnose (ISH), 2017 Clermont-Ferrand, et Montpellier en mai 2019. Plus de 1 000 professionnels de santé ont participé aux 3 derniers forums entre 2015 et 2019.

IV-2 Les publications

Les deux premiers forums, ont donné lieu à la publication des actes de ces congrès, dans la revue « De Sensus » préfacée par le Pr Zarifian psychiatre à Caen. Ensuite, l'enseignement de l'hypnose et les congrès se sont adossés à l'édition d'une revue professionnelle : la première depuis 1906. Phoenix Éditions crée en 1988 a laissé la place en 2006 à la revue « Hypnose et Thérapies Brèves » aux Éditions Métawalk et plus récemment, une seconde revue « Transes » publiée aux éditions Dunod.

V - La CFHTB sur le plan international

V-1 Adhésion de la CFHTB aux sociétés internationales

La Confédération est membre de l'ESH (Société Européenne d'Hypnose) et de l'ISH (Société Internationale d'Hypnose).

Elle contribue ainsi à une dynamique reconnue dans le monde où la France est considérée comme l'un des pays les plus actifs dans le domaine de l'enseignement et de la pratique de l'hypnose clinique et thérapeutique.

V-2 L'hypnose dans le monde

Si l'hypnose médicale est officiellement apparue en France à l'époque de la révolution, vers 1780, elle a diffusé progressivement dans le monde entier pour être présente aujourd'hui sur les 5 continents et dans 71 pays identifiés par un institut officiel.

Par continent, la distribution est la suivante : Europe : 31 pays, Amérique (Nord, Centrale, Sud) : 19 pays, Asie : 10 pays, Afrique, 7 pays et Océanie : 4 pays. (cf. carte)

Plusieurs continents ont créé une structure fédératrice : l'Europe, un ensemble regroupant l'Amérique du Sud, l'Amérique centrale et la Caraïbe. Bientôt une société asiatique d'hypnose va voir le jour.

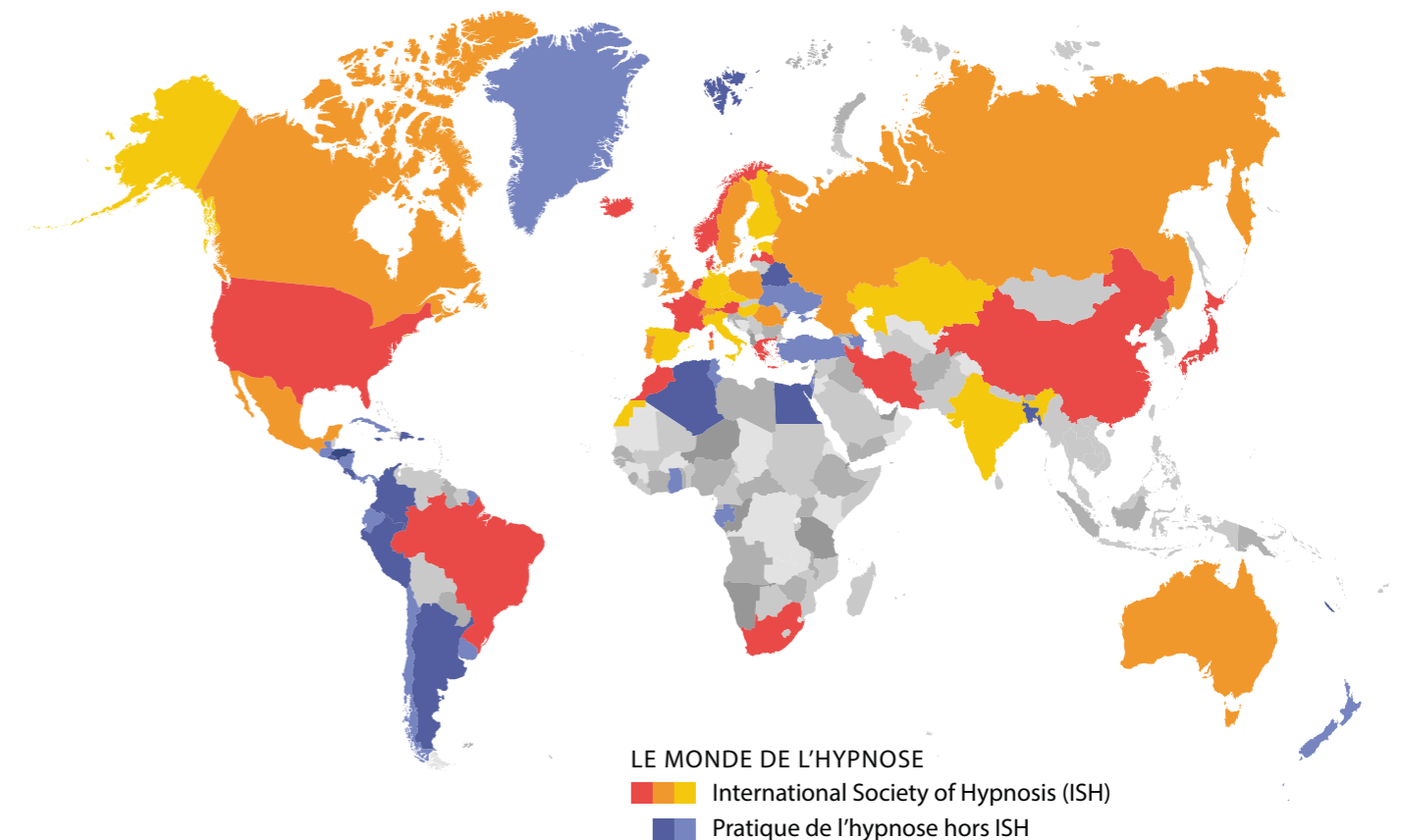
V-3 La Société Internationale d'Hypnose (ISH)

Venant des 5 continents, les nations dans lesquelles le développement de l'hypnose est le plus affirmé ont créé dès 1959 une Société Internationale d'Hypnose qui organisa en 1965 le 3^e congrès mondial. Rappelons rapidement que les deux premiers congrès mondiaux d'hypnose se sont tenus à Paris, en 1889 et en 1900.

À ce jour, 29 pays y collaborent : 18 d'Europe, 4 des Amériques, 4 d'Asie, 2 d'Afrique et un d'Océanie. (cf. carte).

L'ISH remplit 4 missions fondamentales pour permettre un développement harmonieux et fiable de l'hypnose médicale :

- Définir les critères éthiques de bonne pratique professionnelle, critères validés par tous les pays en tenant compte de certaines différences culturelles entre les pays ou les continents. Ces critères sont respectés par les pays membres et relayés par les sociétés continentales et par la CFHTB.
- Organiser un congrès mondial tous les 3 ans : Kyoto, Melbourne, San Diego, Jérusalem, Brème, Rome, Paris, quelques-unes des villes qui ont accueilli ce congrès mondial. En 2015, le congrès de Paris a réuni 2500 participants venant de 56 pays; au nombre de 300 les conférenciers sont venus de 32 nations. En 2021, ce congrès se tiendra à Cracovie puis en 2024 à Pékin.
- Soutenir et orienter les programmes de recherche internationaux. L'ISH lors de ses congrès permet la réunion des équipes de recherche fondamentale et de recherche clinique afin d'aller vers une harmonisation des programmes et d'inviter ces équipes à orienter leurs programmes vers les besoins exprimés sur le terrain par les praticiens. Ce soutien à la recherche s'exprime aussi par le partenariat actif de l'ISH avec la principale revue scientifique : l'International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.
- Cette dernière mission est peut-être la plus fondamentale : **obtenir la reconnaissance de l'hypnose médicale par l'Organisation mondiale de la Santé. Ce processus est en cours grâce aux nombreuses publications scientifiques de haut niveau.**



VI - Les engagements de la CFHTB

Concernée par la défense de la qualité des soins effectués par hypnose et par le cadre déontologique dans lequel ils sont proposés, la Confédération décide d'œuvrer et de soutenir la réflexion conduisant à une meilleure sécurité du patient.

La nature de ces engagements induit 3 questions essentielles liées à la formation (qui seront traitées plus en détail dans un chapitre ultérieur) :

Qui forme ?

Des formateurs expérimentés, professionnels de santé et psychologues, praticiens en position d'expertise du fait de leur propre pratique, et proposant un accompagnement, une guidance.

Qui est formé ?

Les professionnels médicaux, paramédicaux et diplômés d'état des métiers de la santé, psychologues, et autres professionnels s'engageant à utiliser l'hypnose dans le cadre de leurs compétences et dans un cadre déontologique et médico-légal protégeant les patients.

Par quel type de formation ?

Celui qui répond à des recommandations apportant les éléments d'une pratique de l'hypnose dans le domaine du seul champ de compétence du professionnel qui l'apprend.



De très nombreuses structures de formation, qui ne respectent pas les mêmes principes et ne partagent pas les mêmes valeurs se sont développées, dans un vide juridique laissant libre cours à toutes sortes de pratiques de soins parallèles.

Par ailleurs, l'hypnose de spectacle s'est aussi beaucoup développée avec un accueil incroyable et fasciné de la part du public et des médias.

Ces pratiques de l'hypnose « hors cadre protecteur » mettent la confusion dans l'esprit des patients, du public, des institutions. La France, contrairement à d'autres pays, n'a pas encore posé de cadre médico-légal pour une utilisation protégée de l'hypnose clinique et thérapeutique.

Bibliographie

BELLETT Patrick, 2002, L'hypnose, Odile Jacob, Paris



Enseignements universitaires :

DESU

1. Hypnose médicale
Université d'Aix-Marseille
Dr Flavie Derynck-Godchaux

DIU

1. Hypnose médicale
Université de Bordeaux
Dr Sylvie Colombani

2. Hypnose médicale et clinique
Dijon, Université de Bourgogne
Pr Antoine Bioy

3. Hypnose médicale
Université de Montpellier-Nîmes
Dr Isabelle Nickles

4. Hypnose médicale et des techniques d'activation et d'orientation de l'attention et de la conscience
Université Paris 11
Dr Jean Becchio

5. Hypnose médicale et clinique
Rennes Université de Bretagne Occidentale et de Bourgogne
Dr Lolita Mercadié

DU

1. Hypnose
Université Clermont Auvergne Clermont-Ferrand
Pr Pierre-Michel Llorca

2. Hypnothérapie
Dijon, Université de Bourgogne
Pr Antoine Bioy

3. Hypnose thérapeutique et médicale pour les professionnels de la santé
Grenoble Université Grenoble Alpes
Pr Bruno Bonaz
Dr Cécile Sabourdy

4. Hypnose clinique
Université de LILLE
Pr Olivier Cottencin

5. Hypnose médicale
Université de Lyon
Pr Frédéric Aubrun

6. Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes
Université de Limoges
Pr Jean-Pierre Clément
Dr Eric Charles, Dr Hervé Fischer

7. Hypnose et communications thérapeutiques

Université de Nantes
Pr Julien Nizard

8. Hypnose médicale et formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique

Université de Nice Sophia Antipolis
Dr Nadine Memran

9. Hypnose médicale

Université Paris 6
Dr Jean-Marc Benhaiem

10. Hypnose en anesthésie

Université Paris 11
Dr Pascale Arnoud
Pr Laurent Rigal

11. Hypnose médicale et clinique

Université de la Réunion
Dr Marceline Ducrocq-Grondin

12. Hypnose médicale

Université de Toulouse
Pr Laurent Schmitt

13. Hypnose et prise en charge de la douleur

Université de Strasbourg
Pr Jacques Kopferschmitt
Dr Eric Salvat
Dr Patrick Bellet

14. Hypnoalgésie et utilisation de techniques non pharmacologiques dans le traitement de la douleur

Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Pr Dominique Fletcher

15. Hypnose médicale

Université de Tours
Pr Pierre Castelnau (accepté - ouvre en octobre 2019)

16. DU Hypnose et anesthésie
faculté de médecine Paris XI.

17. D.U. d' Hypnose Clinique
Paris XI, Bicêtre – Orsay

Enseignements privés membres de la CFHTB :

AAH – ACADÉMIE AZURÉENNE D'HYPNOSE

21 avenue Aubert
06000 Nice France
04 92 00 60 90
contact.aah06@orange.fr
www.academie-ah.org/

ACTIIF – ASSOCIATION CORRÉZIENNE POUR DES THÉRAPIES INNOVANTES ET DES INTERVENTIONS FAMILIALES

20 boulevard Jules Ferry
19100 Brive France
+33 (0) 5 55 92 61 50
contact@actiif-hypnose.fr
www.actiif-hypnose.fr/

AFEHM – ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DE L'HYPNOSE MÉDICALE

19, avenue Franklin D. Roosevelt
75008 Paris France
+33 (0) 1 42 56 65 65
contact@hypnose-medicale.com
afehm.hypnose.medicale.pagesperso-orange.fr/default.html

AFHD – ASSOCIATION FRANCOPHONE D'HYPNOSE DENTAIRE

Champ de la Vigne
79220 Champdeniers
Saint-Denis France
+33 6 25 51 65 72
info@hypnoteeth.com
www.hypnoteeth.com/

AFHYP – ASSOCIATION FRANÇAISE D'HYPNOSE
102 rue nationale
75013 Paris France
info@afhyp.fr
www.afhyp.fr/

AMHYC – ASSOCIATION MAROCAINE D'HYPNOSE CLINIQUE
178 Bd des Ambassadeurs
Ben Aïcha
APT 23 Roches Noires
20300 Casablanca Maroc
05 22 39 87 22
contact@amhyc.ma

AREPTA – IMHENA – INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE NANTES
1 rue Eugène Varlin
les Dorides 44200 Nantes France
secretariat.arepta@gmail.com
www.imhena.com/

CENTRE UNIVERSITAIRE D'HYPNOSE DE LIÈGE
CHU de Liège - Batiment 35
4000 Liège 1 Belgique
+ 32 4 366 80 33
mfaymonville@chu.ulg.ac.be
www.hypnose.ulg.ac.be

CHTIP – COLLÈGE D'HYPNOSE ET THÉRAPIES INTÉGRATIVES DE PARIS
41, rue Oberkampf
75011 Paris France
09 51 00 86 48
formation.hypnose.paris@gmail.com
www.formation-hypnose.com

ÉMERGENCES
6bis, avenue Louis-Barthou 35000
Rennes France
+33 (0) 9 62 16 34 17
information@hypnoses.com
www.hypnoses.com/

ETHHYC – ÉCOLE DE THÉRAPIE BRÈVE ET D'HYPNOSE CLINIQUE
4 rue de la Barutte
31000 Toulouse France
0562890800
amer-safeddine@wanadoo.fr
www.ethhyc.fr/

HYPNOSE 33
115, cours Saint-Louis
33300 Bordeaux France
scolombani@orange.fr
www.hypnose33.org/

HYPNOSE AUVERGNE
110 avenue de Royat
63400 Chamalières France
04 73 36 83 68
contact@hypnoseauvergne.fr
www.hypnoseauvergne.fr

IETSP – INSTITUT EUROPÉEN DE THÉRAPIES SOMATO-PSYCHIQUES
41 rue Boissière
75116 Paris France
+33 (0) 6 12 34 11 95
mayer@ietsp.fr
www.ietsp.fr/

IFPPC – INSTITUT FRANÇAIS DES PRATIQUES PSYCHOCORPORELLES
Centre CAMKeys
7 rue des Cordelières
75013 Paris
09 53 81 84 40
www.ifppc.eu

IME LIBAN – INSTITUT MILTON ERICKSON DU LIBAN
1bis rue des vignes
44860 Pont-Saint-Martin France
+33 (0) 6 85 08 43 84
imeliban@gmail.com
www.ime-lb.org/

IMHEIDF – INSTITUT MILTON H. ERICKSON ILE-DE-FRANCE
106 rue Vieille du Temple
75003 Paris France
01 40 36 04 94
imheidf@gmail.com

IMHEL – INSTITUT MILTON H. ERICKSON DU LUXEMBOURG
Dr Marco Klop - ZithaKlinik
36, rue Ste-Zithe
L-2763 Luxembourg
contact@imhel.lu
www.imhel.lu/index.php

IMHEM – INSTITUT MONTELLIÉRAIN D'HYPNOSE ERICKSONIENNE MÉDICALE
10, boulevard Victor-Hugo
34000 Montpellier France
+33 (0) 4 67 92 46 08
isabelle.nickles@wanadoo.fr
www.institut-montpellierain-dhypnose-medica.asso-web.com/

IMHEN – INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE NORMANDIE
33, rue de Beaunay
76420 Bihorel France
+33 (0) 6 72 93 81 62
imhen@orange.fr
www.hypnose-normande.fr

IMHERB – INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE RENNES-BRETAGNE
https://imherb35.com

IMHESA – INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE STRASBOURG ALSACE
182, route de La Wantzenau
67085 Strasbourg France
+33 (0) 3 88 45 81 54
info@imhesa.fr
www.imhesa.fr/

IMHETO – INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE TOULOUSE
7 rue Théron de Montaugé
31200 Toulouse France
+33 (0) 5 61 73 11 87
contact@imheto.com
www.imheto.com

INSTITUT MILTON ERICKSON DE LYON
3 cours Charlemagne, BP 2597
69217 Lyon - CEDEX 02
contact@imelyon.fr
http://imelyon.fr/

INSTITUT MILTON H. ERICKSON D'AVIGNON-PROVENCE
1, avenue Jules-Ferry
84110 Vaison-La-Romaine
+33 (0) 6 40 07 28 80
bellet.pat@free.fr
www.hypnose-clinique.com/

INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE BIARRITZ-PAYS BASQUE
1, rue d'Haïtzart
64200 Biarritz France
+33 (0) 6 03 85 60 26
hypnosium64@gmail.com
www.hypnosium.com/

INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE LIÈGE
rue Émile-Collard
30 4030 Liège Belgique
+ 32 477 39 49 79
institut.erickson.liege@gmail.com *http://www.hypnose-ericksonienne.be/*

INSTITUT MILTON H. ERICKSON DE MÉDITERRANÉE – TOULON-MARSEILLE
151, chemin de Châteauevallon 83190
Ollioules France
+33 (0) 4 94 18 97 22
erickson.medite@wanadoo.fr
www.laferrane.com/

INSTITUT MILTON H. ERICKSON DU PACIFIQUE ET NOUMÉA
9, impasse Fernand-Legras
Baie des citrons 98800 Nouméa
+ (687) 26 97 68
hypnose.erickson@lagoon.nc

INSTITUT MILTON H. ERICKSON NICE CÔTE D'AZUR
21, rue Tonduti de l'Escarène
06000 Nice France
+33 (0) 4 93 13 81 69
francine-helene.samak@wanadoo.fr
www.abchypnose.net/

INSTITUT MIMETHYS
18 boulevard Babin Chevaye
44200 Nantes France
+33 (0) 2 40 93 62 39
+33 (0) 6 11 01 01 72
contact@mimethys.com
www.mimethys.com

INSTITUT UTHYL
non renseigné
54000 Nancy France
infos@institut-uthyl.com
www.institut-uthyl.com

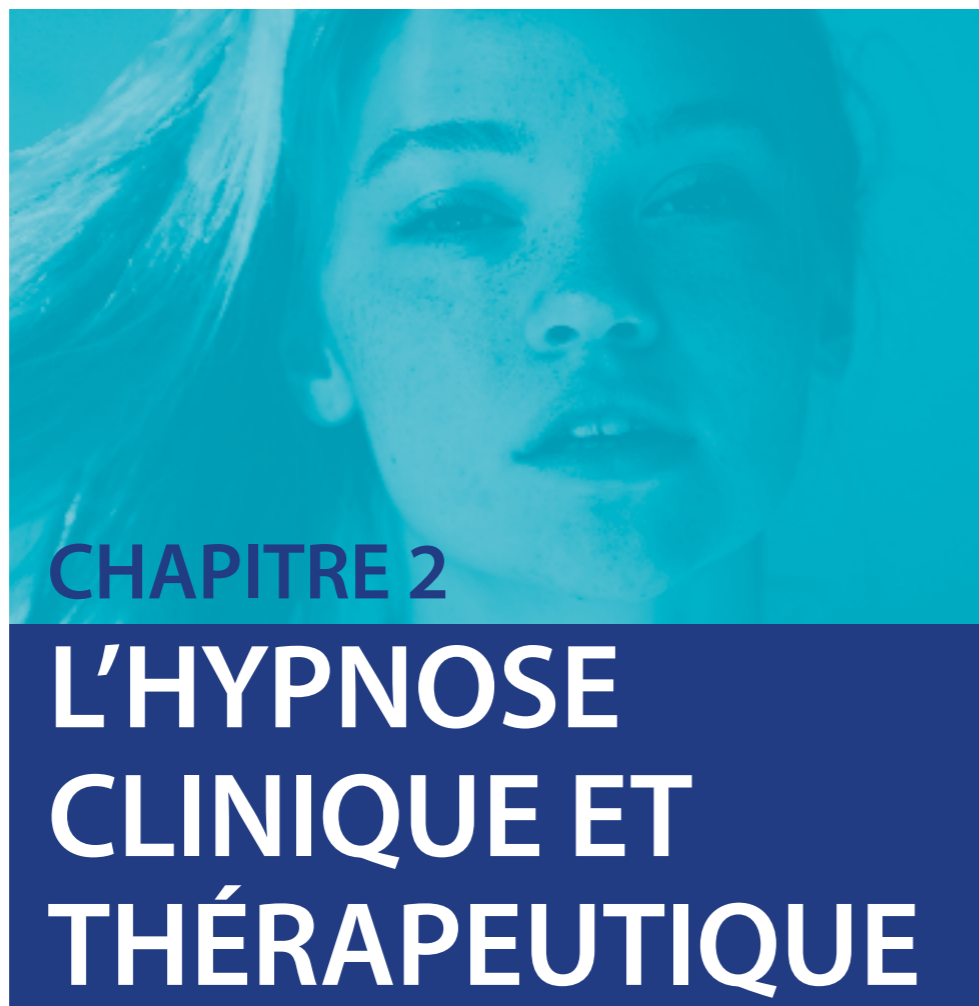
IRHYS – INSTITUT ROMAND SUISSE D'HYPNOSE
24, rue de la Charmette
1868 Collombey Suisse
+41 (0) 24 471 17 62
info@irhys.ch
www.irhys.ch/

PRISME – CENTRE DE FORMATION HYPNOSE ET THÉRAPIES INTÉGRATIVES
32 rue Grande Chevière
6001 Marcinelle Belgique
+32 472 87 15 75
info@prismeformations-charleroi.org
www.rprismeformations-charleroi.org

RIME – INSTITUT MILTON ERICKSON DE REZÉ
15 avenue Louise Michel
44000 Rezé France
+33 (0) 6 75 36 90 07
contact.rime44@gmail.com
www.rime44.com

SFH – SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYPNOSE
41, rue Boissière
75016 Paris France
+33 (0) 1 48 04 92 96
contact@hypnose-sfh.com
www.hypnose-sfh.com/

TACT – TECHNIQUES & APPLICATION DE LA COMMUNICATION EN THÉRAPIE
208, rue Marius-Lacroix
17000 La Rochelle France
+33 (0)6 17 26 02 54
jp.gully@association-tact.fr
association-tact.fr/web/



CHAPITRE 2

L'HYPNOSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

I - Définition

L'hypnose est définie comme un mode de fonctionnement induit, par lequel le sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.

La CFHTB s'appuie principalement sur une définition internationale, retenue par l'American Psychological Association (Elkins et al, 2014, ref1) qui l'entendent comme «un état de conscience incluant une focalisation de l'attention ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisée par une capacité accrue à répondre à une suggestion».

II - Un processus psychophysologique

Il existe un phénomène physiologique : la « transe naturelle », positive, féconde, utile à la bonne santé. Elle est impliquée dans les processus intégratifs des fonctions supérieures du cerveau. Elle est assimilée parfois à une sorte de « rêverie ».

Son fonctionnement est spontané et physiologique, avec un rythme quotidien propre comme le sont les autres cycles neurophysiologiques, par exemple ceux du sommeil ou de l'attention.

Ces processus physiologiques peuvent aussi être déclenchés par des situations de stress ou de traumatisme. Ils agissent comme des réactions réflexes de protections ou d'adaptations (Sidération, amnésie sélective), mais ce mécanisme de protection, destiné à survivre au traumatisme n'empêche pas la survenue de syndromes post-traumatiques divers, avec parfois hypermnésie en flash-back... (Bellet, réf 2)

Lorsque l'état d'hypnose est induit volontairement par un soignant dans un objectif de soin, on parle d'hypnose thérapeutique qui respecte l'intérêt et l'autonomie du sujet hypnotisé. Pour qu'il y ait hypnose, il faut qu'il y ait une intention initiale et un espace de travail défini (alliance thérapeutique).

La question du cadre éthique et déontologique de son utilisation est donc au cœur du débat actuel sur l'hypnose.

III - Caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'hypnose

III-1 Le terme d'hypnose renvoie à trois notions sémantiques différentes :

- Un état objectivable (avec des signes cliniques objectifs et subjectifs ressentis et décrits par le patient hypnotisé)
- Un processus de fonctionnement psychique, physique et affectif que cet état permet et dont les phénomènes sont recherchés et utilisés,
- Un acte technique relationnel produit en interaction pour provoquer sur elle l'état hypnotique ou utiliser ses phénomènes.

III-2 Ces signes cliniques peuvent être décrits selon les domaines

Signes psychiques

- Cognitifs et intellectuels :
Modification attentionnelle, inhibition sélective ou déconnection de certaines opérations mentales (Cojan et al., 2009 (3)), focalisation interne et absorption de l'attention sur des idées, des pensées, des souvenirs, avec dé-focalisation et désintérêt pour l'environnement extérieur, ce fameux état de « lâcher prise ».
- Trouble des processus de la mémoire : amnésie ou au contraire hypermnésie de certains éléments, distorsion temporelle...
- Littéralité dans la compréhension des paroles du thérapeute : le patient prend celles-ci « au pied de la lettre ».

Ces phénomènes particuliers de l'esprit du sujet en état d'hypnose font référence à ce que le Dr Milton Erickson définissait comme appartenant aux processus inconscients de l'esprit, par opposition au processus conscient du fonctionnement en état d'éveil.

- Émotionnel :
Modification des réactions émotionnelles, reviviscence des émotions en lien avec des souvenirs, accès à des souvenirs affectifs non accessibles normalement, capacité à ressentir ce qui est lui est évoqué par la personne qui hypnotise.
- Physiques :
Psychomoteur : détente et relaxation générale, ralentissement, rigidité catatonie, immobilité, ou fonctionnement somnambulique, modifications du tonus musculaire : hypotonie, relaxation musculaire, hypertonie, catalepsie ou rigidité d'un segment de membre, mouvements musculaires automatiques...
Certains chercheurs ont proposé un modèle de paralysie en état d'hypnose (Burgmer et al, 2012, Cojan et al, 2012 réf 4) : les processus impliqués dans une pseudo-paralysie d'un membre suggérée au sujet en état d'hypnose, sont liés à des blocages attentionnels et de la représentation de soi et non à une atteinte des circuits propres à la motricité.
 - Sensoriels : modification de la sensorialité avec anesthésie, hyperesthésie, perception de type illusion ou hallucination tactile, thermique...
 - Viscéraux et neurovégétatifs : ralentissement du rythme respiratoire, ralentissement de la fréquence cardiaque, modification tensionnelle et cardio-vasculaire, modifications de la température cutanée (chaleur ou fraîcheur, modification du péristaltisme intestinal, mouvements de déglutition, larmes, sanglots, rires, rougeur pouvant aller jusqu'à des érythèmes provoqués par la suggestion (nous citerons l'expérience de Léon Chertok qui suggère qu'une pièce de monnaie posée sur la peau est incandescente et la peau en réaction fait apparaître une phlyctène, expérience qui néanmoins n'a jamais été reproduite et n'était pas contrôlée).
 Selon l'intensité des processus, on peut parler de profondeur de l'état hypnotique qui varie de la simple absorption par le discours de celui qui hypnotise, jusqu'à un état très profond, proche de celui observé lors du somnambulisme du sommeil. Ces signes ne pourront pas servir à prédire l'efficacité de la séance et de l'acte de soin.

III-3 Dans les neurosciences

Le processus est exploré et décrit avec des particularités qui ont été mises en évidence lors des études en imagerie fonctionnelle ou de test neuropsychologiques avec comparaison des résultats entre des sujets hypnotisés et des sujets non hypnotisés. L'exploration en imagerie cérébrale fonctionnelle des sujets induits en état d'hypnose montre un fonctionnement spécifique de certaines zones cérébrales de la substance grise corticale et des noyaux gris centraux :

- L'activation du cortex cingulaire antérieur,
- La désactivation du cortex cingulaire postérieur,
- Une modification de l'activation de la zone du Précunéus, petite zone corticale de la partie centrale du cerveau, impliquée habituellement dans la perception et la conscience de soi (Cojan et al. 2009, 2012).

Il a été décrit aussi une déconnection des structures cérébrales qui commandent le mouvement moteur sous l'influence de stimuli extérieurs et augmentation de l'activité des zones facilitant la motricité sous l'influence des représentations internes personnelles imaginaires du sujet lui-même ou suggérées par l'hypnotiseur. Cette zone particulière du Précunéus est encore impliquée et retrouvée dans de nombreuses études. (Deeley et al. 2014)

L'exploration avec l'Électroencéphalogramme (études des ondes électriques du cerveau), ne met pas en évidence de tracé spécifique propre à l'état d'hypnose, mais dans les tranches profondes avec relaxation, la synchronisation des ondes avec prédominances d'ondes alpha typiques de la relaxation et de la méditation. Par ailleurs les sujets facilement hypnotisables montreraient des ondes bêta dans certaines zones corticales qui correspondent à celles d'un état de veille calme focalisée sur une attention particulière. (Corrélation entre l'EEG et l'hypnose en réalité virtuelle» David White, Joseph Ciorciari, Colin Carbis & David Liley, 2008. réf 5)

L'implication des neurones miroir est aussi étudiée dans les processus de suggestibilité et d'hypnotisabilité.

D'autres études ont mis en évidence l'amélioration de certaines performances cognitives d'attention et de rapidité d'analyse en état d'hypnose. (Shapiro, and all, 2002 réf 6)

L'ensemble de ces éléments non exhaustifs tend à décrire le processus hypnotique comme permettant d'optimiser à la fois les fonctions de récupération et les performances psychiques et physiologiques du sujet hypnotisé.

IV - L'hypnose un processus de fonctionnement

Les éléments cliniques et paracliniques observables chez un sujet en état d'hypnose relèvent de phénomènes hypnotiques très particuliers. Ils témoignent d'un fonctionnement de l'esprit très différent de celui de l'éveil habituel.

Ces phénomènes sont recherchés au service du soin et de la relation dans le cadre de l'hypnose médicale et thérapeutique.

Ils sont aussi à la fois des « outils » au service du soignant pour :

- L'induction de l'état hypnotique, le sujet lâche son état d'éveil habituel pour entrer en état d'hypnose.
- Le travail thérapeutique, une fois que l'induction est installée.
- Ils peuvent être en eux-mêmes thérapeutiques lorsqu'ils sont produits (comme par exemple la léthargie, la détente, l'ouverture de l'esprit sur les ressources inconscientes) - Ils peuvent aussi servir un objectif précis qui permet de réaliser le soin (utilisation de l'hypermnésie pour un ancrage par exemple).
- Ils ont aussi des témoins de l'état hypnotique :
Lorsqu'ils apparaissent, ils indiquent que le sujet est bien en état d'hypnose. Ils sont produits par la suggestion de leur apparition et sont ainsi la conséquence de cette suggestion faite par l'hypnotiseur, de « vivre ces phénomènes ».

Ainsi observables par celui qui hypnotise et observe, ou bien, ressentis et vécu par celui qui est hypnotisé, ces phénomènes sont le témoin de la réalité de cet état d'hypnose.

Ils représentent aussi le côté fascinant recherché par les hypnotiseurs de scènes pour leur caractère spectaculaire.

V - L'hypnose clinique et thérapeutique

Par définition, elle ne se pratique pas dans l'objectif d'un « spectacle ». Elle respecte le cadre de l'intérêt du patient et met son efficacité au service de l'objectif de soin.

Les différents phénomènes peuvent être décrits selon le système de neuro-fonctionnement concerné :

Les phénomènes hypnotiques dépendants des fonctions cognitives supérieures:

- Processus mnésiques : Amnésie, Hypermnésie.
- Perception du Temps : Distorsion temporelle (impression que le temps est ralenti ou accéléré), régression en âge, progression vers le futur.
- Capacité de trouver des solutions et de développer des processus de changement de pensée, de regard, d'attitude, de croyance.

Les phénomènes hypnotiques dépendants des fonctions sensori-motrices:

- Perception sensorielle : anesthésie, analgésie, hyperesthésie, illusion hallucination positive ou négatives.
- Processus idéomoteurs : « l'idée devient acte » : catalepsie et lévitation, écriture automatique, production de mouvements « comme si ».

De nombreux auteurs, décrivant le processus hypnotique, parlent de « dissociation », pour décrire une orientation particulière de l'attention, différente de l'état de conscience critique habituelle, qui fait que le sujet est là et en même temps ailleurs, parti dans ses pensées, dans le passé et ses souvenirs, ou dans le futur et son imaginaire. Il n'y a pas de dissociation de personnalité, et ce terme de dissociation est une métaphore de ce que l'on observe chez le sujet en hypnose.

À titre d'exemple

- Son bras se soulève alors qu'il a l'impression que ce n'est pas sous l'effet de sa volonté.
- Son corps est immobile comme paralysé alors qu'il essaie de le mobiliser, ce qui peut apparaître avec ou sans la suggestion (pieds collés au sol, alors qu'il tente de bouger, paupières collées fermées, alors qu'il tente de les ouvrir, sensation de main gantée, en bois ou en pierre...).
- Il écrit en état d'hypnose et considère ensuite son écriture produite comme n'étant pas de lui (écriture automatique).

...

Cet état dépend de cette relation très particulière instaurée entre celui qui hypnotise et celui qui est hypnotisé, de la technique utilisée dans la pratique de l'hypnose, de la suggestibilité du sujet hypnotisé.

On parle de suggestibilité pour décrire la facilité du sujet hypnotisé à accueillir la parole de l'hypnotiseur et lui rendre une certaine réalité ou d'y répondre facilement. Plus le sujet est suggestible plus la parole de l'hypnotiseur a de l'impact sur lui.

VI - L'hypnose et ses facettes

VI-1 L'hypnose comme art de la communication thérapeutique :

En elle-même l'hypnose n'est pas thérapeutique. C'est lorsqu'elle est utilisée par un professionnel formé, avec une méthode adaptée que sa dimension thérapeutique est développée.

L'hypnose thérapeutique repose sur l'instauration d'une relation qui permet cet espace-temps d'échange et produit lui-même les phénomènes hypnotiques.

Elle ne peut se pratiquer sans :

- La bonne connaissance de la clinique de l'état hypnotique. (Reconnaître, repérer, surveiller son installation lors de l'induction, surveiller son évolution, la profondeur, le retour à l'éveil après une séance, repérer les états de transe négative liés aux situations pathologiques comme les situations de stress, les situations médicales d'annonces de diagnostic, situations d'urgences...).
- Le respect des bases relationnelles entre le soignant et le patient nécessaire à l'utilisation de cet état au service du soin : positionnement, entente, empathie et confiance.
- La technique de communication produisant l'état hypnotique qui repose sur le maniement du langage verbal et non verbal : l'art des suggestions directes et indirectes, l'art de la synchronisation, l'art de l'utilisation des ressources du sujet (son langage, ses références, son univers...).
- La maîtrise d'une profession de santé qui assure les compétences pour l'élaboration du diagnostic et la pratique du soin : l'hypnose en elle-même n'est pas un métier ni une profession.

VI-2 L'hypnose comme méthode :

L'hypnose peut être formelle : la séance suit en général des étapes similaires dans tous les cas de soins :

- Induction de l'état hypnotique qui devient observable, objectivable, et attendu.
- La focalisation du sujet (la fixation oculaire d'un point, le récit d'une histoire qui captive, la relaxation...).
- La mise entre parenthèses de la conscience qui passe à un mode de pensée différent.
- L'utilisation de la surprise qui provoque une sorte de dissociation psychique qui ouvre un espace **psychique nouveau**.
- **Les suggestions ouvertes, les analogies, le** rythme vocal et les métaphores contribuent à cette recherche qui engendre des processus inconscients propices à de nouvelles associations, inconscientes, de sensations et/ou d'émotions avec une modification d'accès à la mémoire et à ses contenus.
- Le travail hypnotique une phase de travail qui est l'objet même des soins et se définit donc en fonction de la spécialité du soignant et de la pathologie du sujet, de l'objectif de soin.
- Une phase de retour à l'état de conscience ordinaire, moment clé de la suggestion post-hypnotique, celle qui permet de projeter les effets du soin au-delà de la séance (suggestion d'amélioration de guérison, de réutilisation d'ancrage de geste utile pour retrouver du bien-être, d'autohypnose ultérieure que le sujet utilisera à sa guise...).

L'hypnose informelle ou conversationnelle :

Il s'agit d'une hypnose induite tout en dialoguant avec le patient. Il s'agit d'une sorte d'induction particulière qui a été largement utilisée par le Dr MH Erickson et qui nécessite une bonne connaissance de l'hypnose formelle et des processus hypnotiques. Cet aspect méconnu de l'hypnose contemporaine surprend les patients dans l'attente d'une induction spectaculaire et de l'apparition d'un état extraordinaire.

UN LEVIER : L'ALLIANCE DANS UNE RELATION DE CONFIANCE

A. Bioy et M. Bachelart (2010) définissent l'alliance thérapeutique comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés ». Il ne s'agit ni plus ni moins de nommer, d'analyser et de comprendre la dimension relationnelle au cours d'une rencontre temporaire. ES. Bordin (1979) la considère comme « un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer au suivi, investir et prolonger sa prise en charge ». Qu'il s'agisse d'une séance unique lors d'une rencontre d'urgence ou d'un suivi au long cours, cette étape est essentielle au soin par hypnose.

VII - La pratique de l'hypnose en plusieurs questions

VII- 1 Quels buts ?

L'hypnose n'est pas un but en soi et l'objectif n'est pas d'obtenir l'hypnose pour l'hypnose. L'objectif est clinique : le changement qui accompagne l'amélioration du symptôme et dans certains cas la guérison.

La définition et la précision des objectifs du soin et du choix des techniques sont un temps incontournable de la consultation.

Les objectifs dépendent des pathologies et des spécialités dans lesquelles l'hypnose est utilisée.

À TITRE D'EXEMPLE :

Dans l'acte d'anesthésie au bloc avant une anesthésie générale, dans la réalisation des anesthésies locorégionales et dans l'accompagnement d'un geste chirurgical ou d'exploration, l'outil hypnotique autorise la « mise à distance » du patient vis-à-vis de l'acte médical et de son contexte. La relation thérapeutique et la suggestion hypnotique sont même dans ce contexte les socles de cette mise à distance et donc des changements des perceptions.

De même aux urgences, dans les soins infirmiers plus ou moins invasifs cet objectif de « mise à distance » qui est probablement l'un des premiers temps de l'hypnose permet de rassurer, d'apaiser, et d'analgésier. Quelle que soit la technique que le praticien met à la disposition de son patient (focalisation, imagination d'un lieu agréable, fixation d'un élément de l'environnement, hypnose conversationnelle, etc.), c'est dans la présence et la relation que cette mise à distance vis-à-vis du contexte s'installe. Dans le cadre plus complexe des maladies chroniques cancéreuses et non cancéreuses et de ses douleurs d'accompagnement, l'outil hypnotique viendra compléter une prise en charge plus large dans un contexte thérapeutique multidisciplinaire.

L'utilisation de l'hypnose nécessite l'établissement d'objectifs, dans des temps d'anamnèse et d'entretien préalables permettant l'alliance thérapeutique au premier plan. Le sujet est alors considéré dans la globalité de ses ressources, de ses potentialités, de son autonomie.

Une attention toute particulière est faite à la demande propre du sujet, sa façon de comprendre sa maladie et les perspectives possibles d'évolution avec l'hypnose. Les risques de l'hypnose sont à prendre en compte : l'intolérance à l'hypnose de certains patients avec des troubles de la personnalité ou de pathologies complexes psychotiques si le soignant n'a pas les bases pour les repérer et les prendre en charge...

VII-2 Quelle autonomie pour le patient ?

L'objectif ultime qui symbolise l'autonomisation du patient, son appropriation des processus, peut être représenté par l'autohypnose qui témoigne de la capacité du patient d'utiliser la technique pour, à terme, prendre soin de lui-même lorsque c'est possible et indiqué.

Dans le domaine du soin et de la médecine, l'hypnose, enseignée et utilisée depuis plusieurs décennies, met le patient hypnotisé en position de sujet à part entière respectant son autonomie au maximum et développant son discernement. Les soins par hypnose sont alors une coopération où le sujet est pris dans sa globalité et dispose librement de ce qui lui est proposé. Ce type d'hypnose met l'accent sur l'alliance thérapeutique entre le soignant et le sujet, le respect et l'utilisation des ressources psychologiques personnelles du sujet au service du soin.

VII-3 Quel titre pour le soignant qui utilise l'hypnose ?

Le terme hypnotiseur n'est plus adapté faisant trop référence à l'hypnose dite de spectacle.

Le terme d'hypnothérapeute est parfois utilisé par des psychothérapeutes utilisant l'hypnose comme technique de psychothérapie dans le cadre de leur métier.

Dans ce cas, ce terme devrait être accompagné de la profession exercée : « médecin généraliste, psychiatre, psychologue... »

Le terme d'hypnopratien est parfois proposé pour les soignants pratiquant l'hypnose dans le cadre de leur métier, ce qui est imprécis et ne permet pas au public de connaître la réelle qualification professionnelle du praticien qu'ils souhaitent consulter... ce qui laisse la porte ouverte aux abus...

“

Malheureusement ce terme d'hypnothérapeute sert le plus souvent à abuser le public en masquant l'absence de qualification de soignant et en faisant croire que l'hypnose serait une discipline, une qualification professionnelle se suffisant d'elle-même. Rappelons qu'il n'existe pas actuellement de profession d'hypnothérapeute réglementée.

Pour la CFHTB, le thérapeute qui est formé à l'hypnose est avant tout un soignant dans le métier pour lequel il est déjà diplômé : médecin, infirmier, sage-femme, chirurgien-dentiste... et qui se propose de pratiquer l'hypnose en plus de son exercice lorsqu'elle s'avère devoir être mise en avant.

Le problème est donc posé par les personnes, qui ne sont pas formées initialement pour le soin et le diagnostic, qui ne maîtrisent donc pas les éléments de base de la clinique et de la thérapeutique et qui proposent des thérapies et des soins sans les diplômes qui nous apparaissent indispensables.

”

VII-4 L'hypnose « technique », « outil », ou « thérapie » ?

Le principe de base est désormais de faire « avec l'hypnose que ce que l'on faisait avant sans... » et l'on pourrait rajouter : pas plus... mais mieux !

« L'outil hypnose » devient alors un « outil de plus dans sa mallette de soin ».

Un outil très spécial, car facilitateur et puissant. Il peut être à double tranchant si son utilisation ne respecte les principes de connaissances et d'utilisation adaptée. Car l'hypnose est bien plus qu'un outil. C'est un état d'esprit, qui change le regard de celui qui l'utilise, humanisant les soins. Le soignant et les soins qu'il propose sont alors plus proches du patient qui est considéré comme un sujet acteur et collaborateur de ses soins.

VII-5 Quelle action sur le symptôme ?

L'hypnose agit bien au-delà du simple symptôme. Si elle met la personne en position d'être très suggestible et très sensible à tout ce que dit celui qui l'hypnotise, l'état hypnotique est en même temps un puissant catalyseur de changement, de résilience, de progression, d'intégration. La relation soignant soigné prend alors une dimension très particulière. Le soignant doit être conscient de cette particularité et la prendre en compte pour évaluer l'efficacité, la tolérance et l'évolution du soin par hypnose qu'il propose.

VII-6 En quoi l'éthique et de la déontologie sont-elles primordiales ?

Au même titre que toute action de soin, l'utilisation de l'hypnose nécessite la protection du sujet hypnotisé et de celui qui l'utilise. Les règles que la déontologie médicale propose sont protectrices et sécurisantes.

Ces règles reposent sur quatre points cardinaux :

- L'autonomie du patient qui doit pouvoir garder son discernement et sa liberté d'adhésion. L'alliance thérapeutique est essentielle, nécessitant une entente avec la prise en considération de ses attentes sous-jacentes à la demande et de la faisabilité de ces attentes.
- La bienfaisance du thérapeute qui a des obligations de moyens dans un cadre de compétence déterminées par les lois qui régissent la pratique de sa profession (référentiels des bonnes pratiques, recommandations officielles, formation initiale souvent des diplômés d'état, formation continue...). L'hypnose est malheureusement insuffisamment enseignée dans les formations initiales.
- La non-malfaisance du thérapeute et le respect du rapport bénéfice-risque au sein duquel, prennent tout leur sens les principes :
 - Du savoir et des connaissances du soignant, notamment de la clinique des limites thérapeutiques et de l'évolution
 - Du savoir-être dans la relation au patient
 - Du savoir-faire dans sa pratique, ses techniques, leurs indications et leurs limites
- Enfin la question médico-légale : les obligations de moyens au service du soin soulèvent les insuffisances d'un système où la technologie de pointe réduit le patient à un organe ou une pathologie. Lorsque cette humanité est en elle-même thérapeutique, et que la technique de l'hypnose médicale a prouvé son efficacité et son accessibilité, il serait juste de la développer et de la réserver à un cadre éthique protecteur.

L'hypnose n'est pas une « alternative » aux échecs des autres pratiques de soins, elle n'est pas vouée à les remplacer. Elle est un « complément » à la réussite de ces soins, impliquant cette humanité incontournable à son utilisation dans le cadre des compétences des professions médicales, paramédicales et des métiers de la santé.

En conclusion

- **L'hypnose médicale améliore l'observance des traitements et diminue les réactions de déni de la maladie, ou d'abandon de traitement. Cet effet remarquable, bien supérieur à tout ce qu'on peut obtenir par l'éducation thérapeutique conventionnelle, est lié notamment au changement du mode de relation entre les patients et les soignants (médecins, psychologues ou professionnels de santé) qui vont faciliter l'accès du patient à ses ressources et compétences qu'il va pouvoir utiliser pour lutter contre la maladie.**
- **L'hypnose est une pratique complémentaire aux pratiques médicales conventionnelles, elle ne substitue pas à l'application d'un protocole de soins efficaces.**
- **L'hypnose est un outil thérapeutique puissant, qui permet d'enrichir la pratique médicale traditionnelle, de diminuer l'inconfort des patients, d'améliorer l'adhésion des patients à la thérapeutique médicale, faciliter la réalisation de certains examens complémentaires, réduire la consommation de médicaments.**
- **L'hypnose réduit les coûts de santé. Plusieurs études ont chiffré les économies réalisées dans les services d'imagerie médicale interventionnelle ou d'IRM, quand le personnel a été formé à l'utilisation de l'hypnose pour faciliter la pratique de ces examens.**

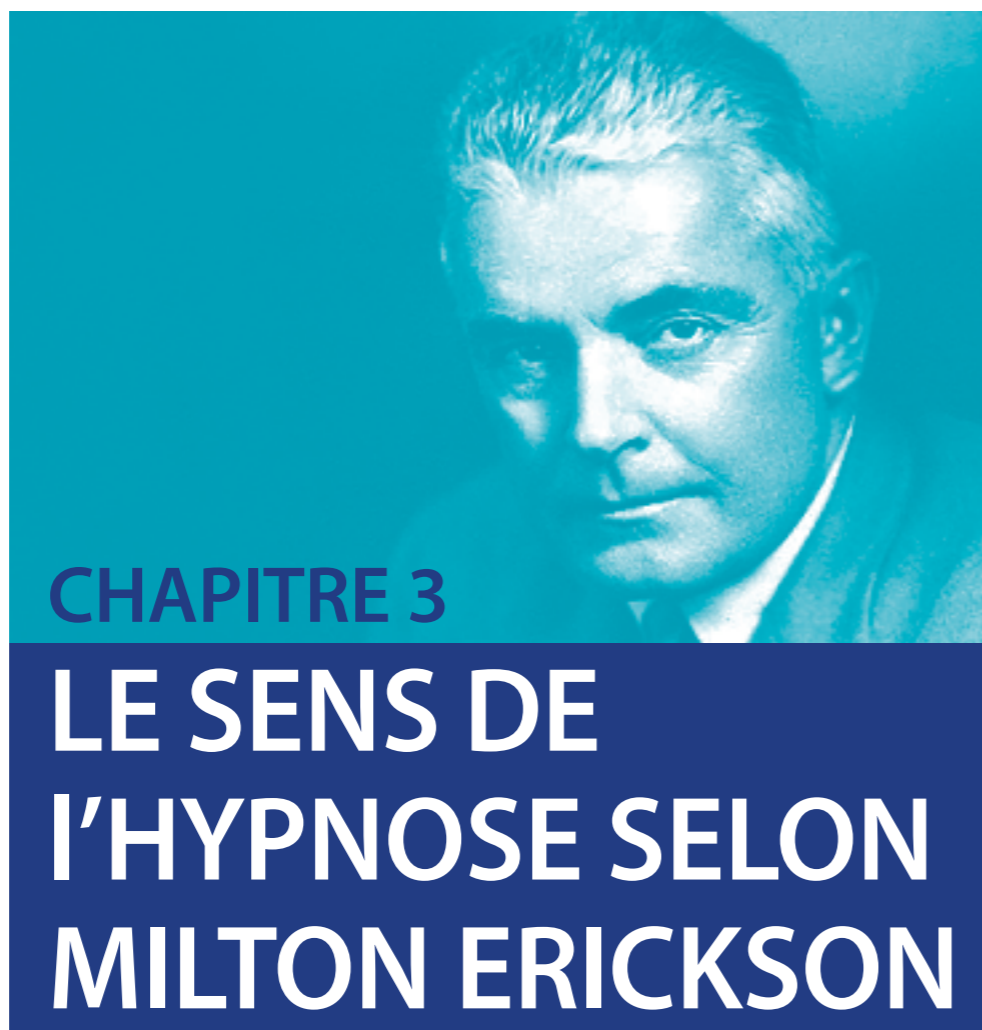
- Lors des soins, la focalisation de l'attention sur des sensations agréables, ressenties dans l'instant ou remémorées, permet de s'extraire d'un présent inconfortable. On évite alors de prêter attention à des sensations désagréables. Surtout, on s'affranchit des réactions émotionnelles liées habituellement aux sensations douloureuses. Toutes ces propriétés font du processus hypnotique un outil de choix pour l'analgésie et l'anesthésie. Il est ainsi possible de diminuer ou de supprimer une douleur, d'opérer sans anesthésie chimique, de réduire ou de supprimer l'anxiété lors d'examens ou de soins médicaux, infirmiers, ou dentaires.
- Enfin l'anxiété, le mal-être, les phobies, la souffrance liée aux stress, les syndromes dépressifs, trouvent dans l'hypnose un moyen de traitement particulièrement intéressant, qui réduit la consommation médicamenteuse de psychotropes.

Une étude randomisée de 236 femmes devant subir une biopsie du sein à l'aiguille a permis d'objectiver l'effet de l'hypnose pour réduire douleur et anxiété liées à l'acte interventionnel, sans coût supplémentaire. (réf 8)
Or, l'anticipation anxieuse de l'examen favorise les effets secondaires et incidents liés à la procédure (réf 9)
La formation adéquate du personnel d'imagerie médicale a permis dans une vaste étude portant sur 12 930 examens d'IRM, de chiffrer de 8370 \$ à 12 800 \$ le bénéfice pour 1000 RV de patients (réf 10)

- L'hypnose, utilisée en période préopératoire chirurgicale a été montrée efficace pour améliorer les suites opératoires, et réduire la durée de séjour, apportant à l'établissement de soins un bénéfice financier important, et au patient un confort marqué. (économie due principalement à la réduction de la durée de séjour : \$ 772 par patient (réf 11)

Bibliographie

- 1) Elkins et al, 2014
- 2) Bellet Patrick, 2002, L'hypnose, Odile Jacob, Paris
- 3) Cojan et al, 2009
- 4) Cojean et Burgmer et al, 2012
- 5) David White, Joseph Ciorciari ,Colin Carbis & David Liley ; Journal International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis Volume 57, 2008.)
- 6) Shapiro T., and all, (« Hypnotic suggestion and modulation of Stroop interference » Amir RazArch Gen Psychiatry 2002, 59 1159 1161).
- 7) A. Bioy et M. Bachelart (2010)
- 8) P Hyperlink «<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16959427>»ain. 2006 Dec 15;126(1-3):155-64. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy.Lang EV1, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, Berbaum ML, Laser E, Baum J.
- 9) J Vasc Interv Radiol. 2017 Dec;28(12):1732-1738. doi: 10.1016/j.jvir.2017.07.014. Epub 2017 Sep 1.Effects of Patients' Affect on Adverse Procedural Events during Image-Guided Interventions. Kadom N1, Nguyen XV2, Jensen MP3, Lang EV4.
- 10) J Am Coll Radiol. 2018 Dec;15(12):1775-1783. doi: 10.1016/j.jacr.2018.01.017. Epub 2018 Mar 9. Economics of MRI Operations After Implementation of Interpersonal Skills Training.Ladapo JA1, Spritzer CE2, Nguyen XV3, Pool J2, Lang E4.
- 11) G.H. Montgomery, and all, A randomised clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patientsJNatl Cancer Inst 2007 ;99 ; 1304-12



CHAPITRE 3

LE SENS DE L'HYPNOSE SELON MILTON ERICKSON

Dans ses représentations sociales et communes, l'hypnose est réduite à une forme de suggestion ou à des comportements manipulateurs déclinés sur plusieurs registres :

- Celui du behaviorisme avec des représentations centrées sur la suppression immédiate des symptômes
- Celui du spectacle dans la mise en scène de jeux de rôles qui font croire à la réalité du pouvoir d'un être humain sur un autre, comme le serpent Kaa avec Mowgli.
- Celui d'un état de sidération provoqué par la peur pour diminuer la douleur ou la souffrance (comme lors d'un attentat, d'un accident dans lequel le sujet se protège en se dissociant afin d'échapper à une réalité invivable).

I - Confusion sur les significations de l'hypnose

Elle a des effets jusque dans le rapport de l'INSERM de 2015 qui, tout en publiant des résultats significatifs sur l'hypnosédation, les colopathies fonctionnelles, le syndrome du côlon irritable, ne peut en rendre raison. De quelle hypnose s'agit-il, de la suggestion autoritaire ou de l'hypnose relationnelle et de la créativité ? Si ce rapport reconnaît l'intérêt thérapeutique potentiel de l'hypnose dans ces indications, il ne précise jamais la signification de ce terme, rendant de ce fait difficile la compréhension du processus actif dans les modifications corporelles observées. Faire des recherches pertinentes sur l'efficacité de l'hypnose impliquerait de définir à quelle représentation de l'hypnose on fait référence ; cette clarification nous semble indispensable si l'on veut, comme nous l'indique le rapport de l'INSERM, non seulement « réaliser des études comparatives randomisées », mais aussi « mener des études qualitatives indispensables pour déterminer ce que les patients ont vécu subjectivement lors de ces prises en charge, ce point de vue subjectif étant essentiel compte tenu des cibles thérapeutiques de l'hypnose ».

II - L'hypnose, à la fois un état et un processus

Il est important que la façon dont on étudie chacun de ses aspects soit adaptée à son objet.

- En tant qu'état, on peut s'appuyer sur les travaux neurophysiologiques qui existent et dont les résultats sont connus et validés (modifications dans le cortex cingulaire antérieur, etc.)
- En tant que processus, l'hypnose est une modalité du corps relationnel, en lien avec les neurones miroirs. Les études à ce sujet, en montrant le lien entre l'accordage corporel, le mouvement et l'intentionnalité, ouvrent une perspective de recherche sur la manière dont le processus hypnotique se déroule dans la remise en mouvement du sujet bloqué sur son symptôme. Il est essentiel de comprendre que la manière dont le sujet accueille ou rejette sa sensorialité, en lien avec son vécu affectif et relationnel, participe à l'activation ou au blocage des processus de changement.
- Le terme « état modifié de conscience » que l'on retrouve dans beaucoup d'ouvrages n'est évidemment pas adéquat. Au moins pour trois raisons :
 - Parce que l'être humain modifie sans arrêt son état de conscience, sinon ce serait croire qu'il existe un état non modifié de conscience, ce qui n'a pas de sens. Si la notion de modification peut signifier quelque chose, il vaudrait mieux préciser que dans le processus hypnotique on observe une modification attentionnelle.
 - Il serait préférable de reprendre la formulation de François Roustang d'une « perceptude », qui indique une perception non pas réduite à la conscience représentative, mais impliquant la totalité du corps sentant dans son monde.
 - Enfin, comme l'hypnose est une modalité de la relation permettant la créativité, il est nécessaire de faire apparaître l'importance d'une écoute thérapeutique sans a priori, on pourrait parler d'une écoute amplifiée. Le thérapeute ne veut rien pour le sujet, il est simplement là. Françoise Dolto dirait : « Je n'y comprenais rien, mais j'étais toutes oreilles. Et c'est déjà pas mal ».

III - Une relation sécurée...

C'est ce processus qui permet la mise en place d'une relation sécurée, dans laquelle, comme nous le rappelle Erickson « *il n'y a pas de résistance* », mais une relation de coopération. C'est cette coopération qui est la condition de la ré-association, dans laquelle le sujet, en sécurité, peut refaire l'expérience d'être libre dans la continuité du lien. Il s'agit au sein d'une relation sécurée, de permettre au sujet d'accueillir ses affects, pour remettre en mouvement la singularité de son processus de pensée.

Elle favorise une « régulation émotionnelle » qui est l'un des effets de l'expérience « d'autonomie relationnelle ». On peut donc dire, pour commencer, que l'hypnose thérapeutique est une autohypnose relationnelle. Cette expression porte une contradiction qui n'est qu'apparente : une autohypnose, donc un processus interne au sujet, mais relationnel, c'est-à-dire où le sujet n'est pas seul.

Comment être autonome tout en étant en relation ? Cette question est la clé pour comprendre l'hypnose comme processus (psycho) thérapeutique. En expérimentant une relation sécurée dans laquelle le sujet, aussi bien que le thérapeute, est impliqué. C'est ce type de relation qui permet la créativité, autant chez l'un que chez l'autre. Cette relation co-créatrice se traduit par un lâcher-prise qui implique pour le sujet l'acceptation de sa vulnérabilité et la traversée de ses angoisses d'abandon. En même temps, le thérapeute est en position d'acceptation inconditionnelle, il accepte tout, même s'il ne se passe rien. Mais pour accéder à ce fameux lâcher-prise, pour pouvoir rentrer en relation avec soi-même, il faut être en confiance dans la relation à l'autre. Être en relation à l'autre pour être en relation à soi, c'est le processus hypnotique au sein de la dynamique relationnelle. En somme un thérapeute présent, dont le seul but est que le patient se saisisse de sa propre liberté.

On est donc bien loin de la simple réduction du sens de l'hypnose à la suggestion où le thérapeute pense à la place du sujet et sait ce dont il a besoin !

IV - La vision éricksonienne de l'hypnose

Cette vision de l'être humain est inscrite dès le départ dans le travail de Milton Erickson qui prend ses distances avec le comportementisme de l'hypnose-suggestion du XIX^e siècle, en critiquant, dès le début de ses recherches, les échelles standardisées d'hypnotisabilité de Clark L. Hull. Cette critique n'est compréhensible que par l'attention que portait Erickson à la singularité du sujet. Il lui arrivait souvent de comparer le caractère unique et original de chacun à celui d'empreintes digitales. Erickson dessine ainsi une anthropologie relationnelle de l'être humain, anthropologie où la singularité émerge d'une relation vivante ; et où cette singularité est utilisée comme l'outil thérapeutique par excellence. Lorsque le sujet vit une relation sécurée et vivante, il habite son corps, c'est-à-dire qu'il est dans la capacité de lâcher prise, de faire confiance à l'autre pour se retrouver dans un espace partagé où « *plus je suis en relation avec l'autre, plus je suis en relation avec moi-même* ».

Nous pouvons donc comprendre, pourquoi Erickson affirme que l'« *On avance trop souvent, de manière mal fondée et injustifiée que, comme l'état de transe est induit et maintenu par la suggestion, et comme les manifestations hypnotiques peuvent être suscitées par la suggestion, tout ce qui se développe en hypnose doit nécessairement être entièrement le résultat de la suggestion et être fondamentalement une expression de celle-ci. En réalité, c'est tout le contraire de ces conceptions erronées, et la personne hypnotisée demeure la même personne.* »

« (...) L'induction est le maintien d'une transe qui permet de disposer d'un état psychologique spécial dans lequel le patient peut réassocier et réorganiser ses complexités psychologiques internes et utiliser ses propres aptitudes... en accord avec ses expériences de vie personnelles ».

(Intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose, Tome IV, chap 4, pp 58-59)

V - Réassocier

Bien que l'on assimile souvent le processus hypnotique à une « dissociation », pour Erickson, c'est la réassociation qui est le processus actif dans l'hypnose thérapeutique, elle permet à la subjectivité d'exister à nouveau dans la relation à l'autre.

Cette approche est fondamentalement différente de l'hypnosuggestion du XIX^e siècle qui a pour modèle l'apprentissage automatique associé à une vision réflexe du psychisme. Par exemple au XIX^e siècle, on pouvait suggérer à quelqu'un souhaitant arrêter de fumer : *« Maintenant, dès que vous aurez envie de fumer, vous aurez des nausées »*, ce qui est l'équivalent de prendre un médicament antitabac. Pour Erickson, la dimension subjective reste centrale, le but de la séance d'hypnose est de permettre au sujet de retrouver dans sa relation à la cigarette, la capacité de choix qu'il a perdue dans l'addiction au tabac.

Ce choix n'existe que lorsque la personne est dans un processus de réassociation, c'est-à-dire qu'elle est, en même temps, dans une relation vivante avec soi et avec l'autre. *« Si je suis dans une relation où je suis en contradiction avec l'autre sans arriver à être moi-même dans cette relation, alors ma relation (par exemple au tabac) devient un objet et l'addiction prend le contrôle »*.

En ce sens, la pratique de l'hypnose thérapeutique doit pouvoir être évaluée, mais pas comme une simple technique dans laquelle le thérapeute est extérieur à la dynamique relationnelle, et donc avec la complexité que ce genre d'évaluation imposerait.

VI - Les processus d'accordage

Le dispositif hypnotique prend en compte le développement des neurones miroirs, avec les processus d'accordage dans le développement psychoaffectif. L'enfant va se découvrir, va avoir accès à sa subjectivité à partir de la position de l'autre. La relation à soi n'est pas directe, elle est médiatisée par la position de l'autre. Lorsque la relation à l'autre et la relation à soi sont en concordance, la relation s'installe avec du plaisir, du partage, de la différence, de la vie, du dynamisme...

Dans la relation insécure, la personne est envahie par un champ d'émotions chaotiques, elle n'est plus « dans son corps », elle est « dans la tête ». Il y a une séparation entre le vécu cognitif et les affects. Or nous savons aujourd'hui que les affects sont au centre des cognitions et qu'il n'y a pas de cognition qui se développe au départ sans une expérience affective et relationnelle.

Ainsi, l'hypnose thérapeutique a pour but d'amener un sujet prisonnier d'expériences relationnelles insécures à expérimenter des relations sécurisées, dans lesquelles il peut faire confiance à l'autre pour avoir confiance en lui-même, reconnecter corps et esprit, affects et pensées.

L'ÊTRE HUMAIN EST UN ÊTRE DÉTERMINÉ PAR SES RELATIONS : L'enfant pour se construire harmonieusement doit pouvoir, comme nous l'a montré la théorie de l'attachement, expérimenter une relation sécurisée avec son entourage : maman sourit, bébé sourit, et l'enfant peut ensuite apprendre l'autonomie au sein d'un contexte relationnel stimulant (il peut décider de sourire ou pas dans un contexte où il se sent accueilli dans ses émotions, même contradictoires ou inattendues). Lorsqu'il y a une perte de sécurité, la relation à l'autre et la relation à soi deviennent contradictoires (si j'exprime une contradiction, je serai rejeté, mais si je me plie à l'autre je perds ma liberté), des blocages dissociatifs se mettent en place : le corps se bloque, les pensées deviennent des ruminations, l'affectif se coupe du cognitif, les gestes deviennent automatiques (rituels, addictions, comportements violents, etc.). D'où l'importance de la sécurité, donc de l'accordage comme base de la relation hypnotique.

C'est cela qui est au centre de l'hypnose éricksonienne lorsque Milton Erickson dit *« qu'il n'y a pas de résistance »*. Quoi que fasse le sujet, derrière sa différence, il y a une intention de coopération, reconnue et mise en valeur.

Le style personnel de chacun doit être accueilli dans la relation, dans la coopération, pour que celle-ci soit vivante

Cette pensée de la coopération ne s'exprime pas uniquement au niveau cognitif, elle est liée à une expérience corporelle et psychique dans laquelle chacun est en relation avec l'autre, et en même temps en relation avec lui-même. C'est cela qui crée un sentiment intérieur de bien-être.

Dans un monde où l'imaginaire est basé sur l'individualisme compétitif, avec très peu de moments relationnels apaisants, pouvoir prendre le temps d'être avec l'autre, de l'accueillir et de sentir accueilli, caractérise la pertinence de la relation hypnotique pour le soin dans notre culture.

VII - Aller du monde de la survie au monde de la vie

La psychopathologie est liée à un processus de blocage dissociatif, lié à une relation à l'autre basée sur la méfiance et la rivalité. Dans ce type de relation, le sujet ne perçoit pas les intentions positives de l'autre, son désir de rentrer en relation lorsque l'autre exprime des points de vue différents du sien.

L'apport de l'hypnose est lié à une expérience émotionnelle correctrice rendue possible par l'accordage corporel, condition de la perception des intentions coopératives en particulier lorsque l'autre a un point de vue différent pour construire le sens de relation. Cette attention au mouvement d'accordage, lié à l'acceptation de la résistance, va permettre la réassociation en modifiant la position du sujet grâce à l'accueil de ses affects.

Ce processus de la transe, qui est d'être en même temps avec l'autre et avec soi-même, est au centre du mouvement de réassociation.

On peut ainsi distinguer **deux types de pratique de l'hypnose** :

- **Soit le sujet est non dissocié**, que l'on va aider, pendant les soins, à être ailleurs (par exemple dans son jardin), à se désassocier temporairement : il est dans un espace sécurisé au lieu d'être focalisé sur le soin, sur l'examen douloureux. Il s'agirait d'hypnose médicale, d'hypnoalgésie, etc.
- **Soit le sujet est dans un blocage dissociatif**, c'est-à-dire dans un processus psychopathologique, et l'hypnose thérapeutique vise alors à favoriser la réassociation, en créant un contexte pour que le sujet puisse mobiliser ses ressources, accueillir ses ressentis sensoriels, lâcher prise et traverser l'angoisse liée à l'arrivée de la subjectivité dans sa relation à l'autre

Par rapport à la liberté du sujet, et pour que cela ne soit pas un concept vide, il faut que la liberté soit vécue dans le corps en tant qu'une expérience, c'est-à-dire qu'il y ait à la fois du sens et de la chair. Il s'agirait ici de psychothérapie par l'hypnose, d'hypnothérapie, etc.

C'est aussi en commençant à défaire les représentations sociales dominantes qui réduisent l'hypnose à une technique et le sujet à une marionnette, que nous pourrions percevoir la place centrale de l'intelligence relationnelle et de l'imagination créatrice au sein du processus hypnotique.

L'humanité ne cesse de se faire et de se défaire devant nous.

Donc

- **si on peut proposer au sujet de disposer d'un espace dans lequel il se déplace à la vitesse qui lui convient (et pas à la nôtre !),**
- **si on installe cette présence thérapeutique qui revient naturellement, pour réinvestir ce présent dans un « ici et ailleurs » inscrit dans la chair avec un appel à l'imaginaire relié au corps...**

Alors, effectivement, nous sommes étonnés des résultats que l'on voit émerger.

Non seulement le patient est amélioré, mais nous aussi, nous sommes améliorés.

Au total :

Quel est donc le champ d'action de l'hypnose ? Il est illimité. Dans la mesure où il y a un processus relationnel, on va pouvoir l'appliquer. On dit toujours qu'avec l'hypnose, les gens vont mieux, se sentent mieux, sont plus tranquilles, sont plus en sécurité avec eux-mêmes et qu'on les installe dans leur « safe place ». Proposition qui ne veut d'ailleurs, pas simplement dire le lieu sûr, mais aussi « sauf » donc « vivant », c'est-à-dire là où le sujet retrouve un espace vital.

Effectivement, nous sommes dans un monde où l'on a de moins en moins de temps. Avec l'hypnose, on peut se redonner un espace, que l'on dit souvent « ici et maintenant ». Mais étymologiquement, « maintenant » n'est pas le bon terme, parce que « maintenant » veut dire : « main-tenant ». Préférons-lui le mot « présence » parce que dans « présence », il y a un cadeau, le cadeau de la relation qui est donnée, et « présence », dans son étymologie latine, veut dire « légèrement en avant de soi ».

En hypnose, ce n'est pas ici et maintenant. Le patient est ici et ailleurs, et même le thérapeute, qui est lui-même un peu en état d'hypnose, est aussi un peu ici et ailleurs. C'est cet « ici et ailleurs » qui permet un mystère qui nous échappe et qui permet au processus thérapeutique de s'installer.

Bibliographie

BELLET Patrick, L'hypnose, Odile Jacob, 2002

BELLET Patrick, L'hypnose pour réhumaniser le soin, Odile Jacob, 2015

GALY Marc, Être là.

BENHAÏEM JM, ROUSTANG F. L'hypnose ou les portes de la guérison. Paris, O Jacob, 2012.

BETBÈZE J. OSTERMANN G. L'identité narrative, in "La lettre du Psychiatre", vol XI n° 5, 2015, p126-132.

BETBÈZE J. De Milton Erickson à Michael White, le corps au centre de la thérapie. In: Blanc-Sahoun P, editor, Les pratiques de l'approche narrative. Malakoff, InterEditions, 2017, p25-46.

BETBÈZE J. Hypnose et thérapie brève, Hors série n° 11 : Autonomie relationnelle. Avon, Metawalk, 2017, p50-61.

DE SHAZER S. Différence. Bruxelles, Satas, 1996.

DOURELUGNE Y, COTTENCIN O, BETBÈZE J, ISEBAERT L, MEGGLÉ D. Interventions et thérapies brèves : 10 stratégies concrètes, crises et opportunités. Paris, Masson, 2016.

ERICKSON M-H. L'intégrale des articles d'Erickson sur l'hypnose, Tome IV : Innovations en hypnothérapie. Bruxelles, Satas, 1999, p58-59.

MEGGLÉ D. Douze conférences, sur l'hypnose, la thérapie brève et les sangliers. Bruxelles, Le Germe-Satas, 2005.

NARDONE G., LORIEDO C, ZEIG J, WATZLAWICK P. Hypnose et thérapies hypnotiques : Mystères dévoilés et légendes démythifiées, Enrick B. Editions.2019

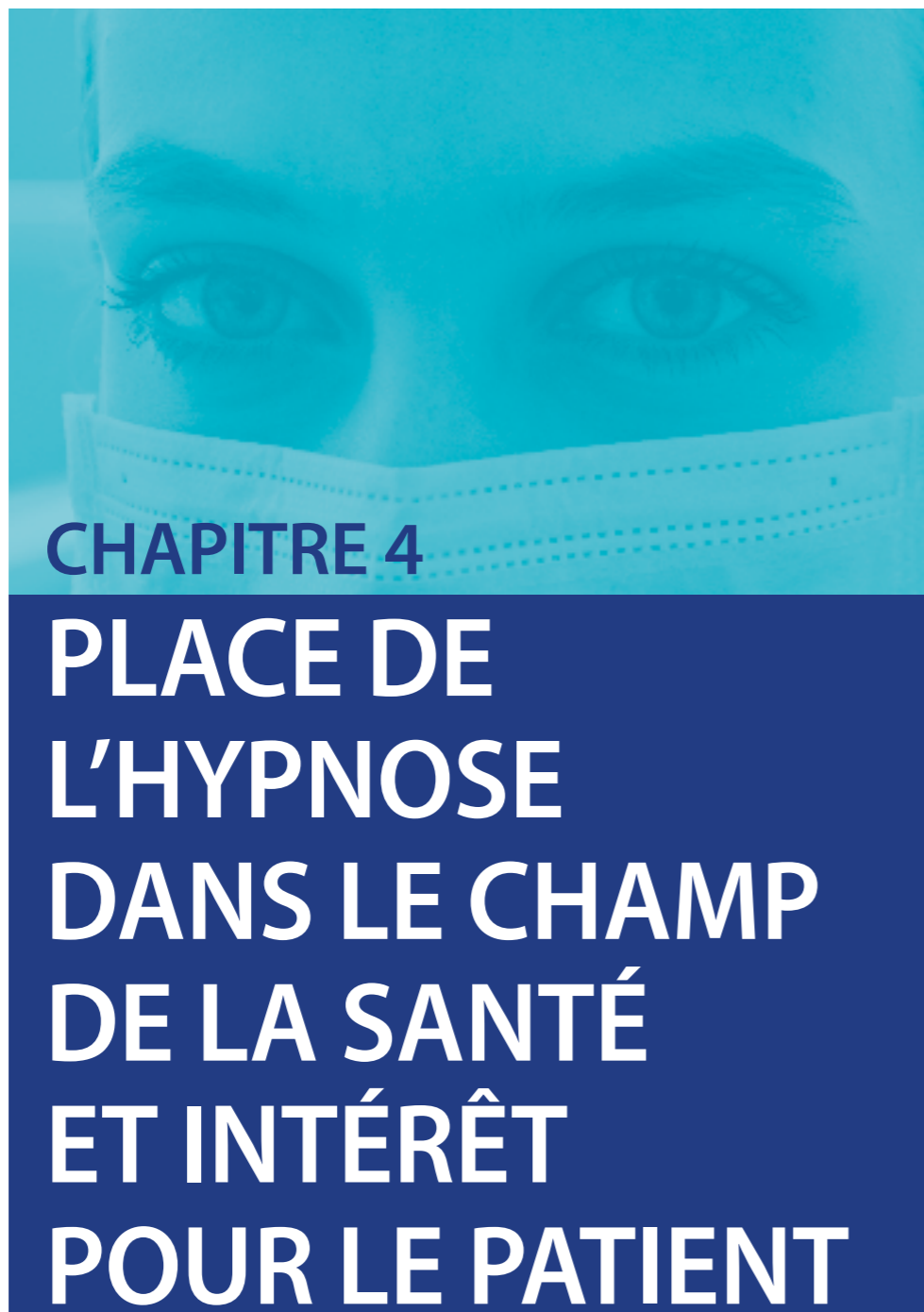
Rapport INSERM Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, 2015.

ROSSI E. Du symptôme à la lumière. Bruxelles, Satas, 2001.

ROUSTANG F. Jamais contre d'abord. Paris, Odile Jacob, 2015.

WHITE M. Cartes des pratiques narratives. Bruxelles, SATUS, 2009.

MALAREWICZ JA, GODIN J. Milton H Erickson, de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. Paris, ESF, 1986



CHAPITRE 4

PLACE DE L'HYPNOSE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ ET INTÉRÊT POUR LE PATIENT

Chaque profession de santé, dans son domaine de compétence, peut recourir à la pratique de l'hypnose afin d'en améliorer les bénéfices pour les patients, les rendre acteurs et parties prenantes de leur guérison. Que ce soit en établissements de santé ou en libéral, anesthésistes, médecins généralistes ou spécialistes, psychologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmières se forment aujourd'hui et témoignent de la valeur ajoutée de l'hypnose médicale à leur profession.

Cependant, plusieurs ordres professionnels médicaux et paramédicaux n'autorisent pas à ce jour leurs membres à afficher leur pratique de l'hypnose, les professionnels de santé formés se voient alors dans l'obligation d'abandonner la pratique de l'hypnose ou leur titre.

Les preuves scientifiques reconnues de l'efficacité de l'hypnose nous permettent donc aujourd'hui de formuler des recommandations et de proposer une concertation avec les différents ordres afin de permettre à tous les professionnels de santé dans leurs domaines professionnels reconnus d'utiliser cette compétence en hypnose.

L'apprentissage de l'hypnose permet au soignant d'acquérir des techniques relationnelles de qualité qui ne sont souvent pas enseignées au cours de leurs études. Ces techniques de communication permettent d'optimiser le lien avec le patient, en dehors de toute utilisation d'hypnose à proprement parler et d'améliorer la relation patient soignant⁽⁴⁾.

La connaissance de phénomènes hypnotiques spontanés, souvent présents chez des patients hospitalisés, permet de plus au soignant de les prendre en compte et d'agir en connaissance de cause en évitant les mauvaises formulations qui pourraient devenir de mauvaises suggestions.

Cette place essentielle de l'hypnose est illustrée dans ce Livre Blanc par des témoignages :

I - L'hypnose dans les établissements de santé

I-1 Regard d'un médecin anesthésiste

En 2015, une enquête de santé publique⁽¹⁾ révèle que 72 % de la population française entre 18 et 65 ans est favorable à l'introduction de médecines dites complémentaires.

C'est sans doute pour cette raison et parce que les scientifiques en ont prouvé l'efficacité dans le domaine de la prise en charge de la douleur, que depuis quelques années, l'hypnose connaît un développement sans précédent dans les blocs opératoires. Grâce à l'emploi de certaines techniques, un sujet induit chez un autre l'apparition de processus hypnotiques cérébraux particuliers, transe provoquée ou hypnose. De nombreuses études⁽²⁾ montrent que notre cerveau fonctionne alors de manière spécifique avec des modifications reproductibles.

- Les techniques hypnotiques entraînent trois types de processus⁽³⁾.
 - Il existe tout d'abord des modifications des perceptions sensorielles traduites au niveau d'un réseau cérébral dit de la saillance, avec dans la plupart des cas une augmentation d'activité du cortex cingulaire antérieur; celui-ci effectue une sorte de tri des informations qui parviennent de la périphérie vers le cerveau; ces modifications fonctionnelles expliquent la capacité de l'hypnose à diminuer la perception de la douleur.
 - Le deuxième type de processus concerne la modulation de l'activité du réseau nommé : « réseau mode par défaut » avec une modification voire une diminution relative de la perception ou de la conscience de soi dans son environnement, état très intéressant dans la gestion de l'anxiété générée par le contexte de soin.
 - Enfin il existe constamment une diminution des fonctions exécutives (fonction de contrôle, d'esprit critique) qui se manifeste par une hypersuggestibilité, qui rend les suggestions faites par le soignant beaucoup plus efficaces; c'est notamment le cas pour les suggestions d'analgésie et d'anxiolyse ainsi que le rapporte un article d'une prestigieuse revue d'anesthésie qui fait une large méta-analyse sur le sujet⁽²⁾.

• L'hypnose au bloc opératoire peut être utilisée de façon formelle, contractuelle en remplacement ou en complément d'une autre technique d'anesthésie comme c'est le cas pour réaliser des endoscopies digestives ou de la petite chirurgie de surface. Le patient sait qu'on utilise l'hypnose, c'est un choix de sa part. Les conditions de sécurité et de surveillance dans lesquelles il est opéré sont les mêmes que pour toute anesthésie. Une communication non verbale entre le patient et le soignant est établie au préalable de l'induction de l'hypnose (par exemple en cas de souci, le patient peut serrer la main du soignant). Cela permet de modifier le protocole en injectant des doses très restreintes de produits analgésiant voire exceptionnellement de modifier la technique et de revenir à une anesthésie générale.

- Plusieurs études objectivent une nette diminution des produits injectés par rapport à l'anesthésie générale ou à la sédation avec un confort plus important notamment grâce à la réduction de l'anxiété non seulement pendant et après le geste.

Sur le plan de la cognition : l'absence de perte de conscience diminue très probablement les troubles de la cognition postopératoires observés au décours des anesthésies générales, mais aucune étude à ce jour n'a apporté de preuve formelle de l'impact de l'anesthésie générale sur les fonctions cognitives⁽⁵⁾.

Au niveau de la réhabilitation postopératoire, la sortie est plus précoce et l'indice de satisfaction statistiquement plus élevé qu'avec une anesthésie générale.

Enfin, beaucoup d'équipes ressentent un confort de travail supérieur autant sur le plan technique que sur le niveau de stress au travail. Quant au patient, il est devenu acteur de son soin.

Entre l'utilisation simple de techniques de communication issues de l'apprentissage de l'hypnose et la mise en place de séances d'hypnose formelle et contractuelle, il existe de nombreuses applications de l'hypnose dans un cadre moins formel et non contractuel. C'est ce qui est souvent décrit comme étant de l'hypnose conversationnelle, appellation souvent impropre puisque ces techniques n'impliquent pas forcément la participation orale du patient. Nous lui préférons de loin le terme d'hypnose informelle.

Ainsi des techniques d'hypnose vont venir aider le praticien lors d'actes simples comme :

- la pose d'une perfusion,
- la réalisation d'une anesthésie locorégionale,
- la pose d'une péridurale à la maternité,
- l'accompagnement de césariennes,
- la mise en œuvre d'une anesthésie générale...

Il s'agit de focaliser le patient soit sur un élément extérieur comme par exemple un écran d'échographie ou interne comme la respiration tout en utilisant ce qui se présente. Cette approche utilisationnelle simplifie le soin et le rend plus confortable et agréable. Là encore, l'activation de processus hypnotiques permet de délivrer des suggestions qui se révèlent efficaces et facilitent le soin. Pour terminer, nous citerons deux contextes particuliers dans lesquels l'hypnose aide l'anesthésiste qui y est confronté :

- l'obstétrique tout d'abord où la femme qui va accoucher est très souvent en transe et l'utilisation de l'hypnose est très facile et très puissante⁽⁶⁾.
- le cadre de la douleur chronique et notamment de la cancérologie où un grand nombre de techniques rend des services là où la médecine plus traditionnelle a parfois trouvé ses limites.

L'hypnose est un outil qu'il convient à chacun d'utiliser dans son champ de compétences et après avoir suivi une formation adaptée à cette utilisation. Il existe en France quelques formations spécialisées pour les anesthésistes et les soignants confrontés quotidiennement à la douleur, la France étant très en avance sur ce point, en comparaison avec les autres pays européens.

Bibliographie

- (1) Enquête Viavoice pour l'Institut Curie (2015)
- (2) KEKECS Z. et al. (2014) «The Effectiveness of Suggestive Techniques in Reducing Postoperative Side Effects: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials», *Anesth. Anal.*, 119 (6):1407-19.
- (3) LANDRY M. et al. (2017), «Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* », *Neurosci Biobehav Rev*, 81 (Pt A): 75-98.
- (4) DELAUNAY L. et al. (2006), « Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire », *Congrès Agora.*
- (5) MUSELLEC H. et al. (2012), « Hypnose en anesthésie : aspects techniques et application pratique dans un établissement. », *Vigilance* : 25.
- (6) HALFON Y. (2008), *Doul et Analg* , 21:31-33.

I-2 Regard d'un psychiatre

Aujourd'hui, au sein du pôle psychiatrie, des praticiens formés prennent en charge des patients en intégrant l'hypnose éricksonienne et les thérapies brèves. Ces thérapies doivent être comprises comme des conversations hypnotiques activant les processus de réassociation et la responsabilité des patients.

- La bienveillance : C'est la prise en compte de celle-ci associée dans les soins, associée à l'amélioration de l'ambiance dans les équipes, qui nous semblent être au centre de l'intérêt grandissant des soignants pour l'hypnose. Cet intérêt est renforcé par des demandes régulières de formation au « langage hypnotique dans la pratique des soins », permettant de travailler dans des situations difficiles avec davantage de confort dans la relation soignant-soigné.
- La supervision une nécessité : En tant que psychiatre pratiquant la thérapie brève et l'hypnose, j'effectue depuis de nombreuses années des supervisions dans différents secteurs, comme la psychiatrie, les soins palliatifs, ou avec l'équipe douleur du CHU. En psychiatrie, l'hypnose se pratique en association avec les thérapies stratégiques, « solutionnistes » et narratives. Elle permet, en remettant la relation au centre du dispositif soignant, de mieux gérer les situations de crise et d'humaniser les prises en charge. La co-construction d'objectifs réalistes et écologiques rend tout son dynamisme à la prise en charge soignante et encourage les alternatives à l'hospitalisation. L'alliance thérapeutique est favorisée par le regard non pathologisant des soignants, les symptômes étant compris comme secondaires à des dysfonctionnements relationnels.

Pratiquer et comprendre l'hypnothérapie comme une remise en mouvement du sujet, modifie profondément le regard psychiatrique classique, qui a tendance à réduire le sujet souffrant à sa pathologie.

Pour ma part, cette pratique thérapeutique centrée sur la singularité et la richesse de chaque rencontre, m'a permis de maintenir un plaisir renouvelé pour ce métier.

Témoignage



L'efficacité de la pratique de l'hypnose m'a interrogé sur le manque d'informations dispensées à ce sujet durant mes études médicales. En 1978, j'ai eu la chance de travailler avec Paul Watzlawick, dont le livre « Une logique de la communication » commençait à avoir une influence notable sur la pragmatique de la communication thérapeutique. Il nous a parlé de son admiration pour Milton Erickson.

Cette lecture m'a amené ainsi à me former auprès de Jean Godin à l'Institut Milton Erickson de Paris. Son enseignement, centré sur la relation de coopération, associé à une confiance dans les ressources de chaque être humain, a été un véritable message d'espoir pour faire évoluer les pratiques psychiatriques enfermées dans des représentations identitaires et une conception pauvre de la relation.

L'hypnose thérapeutique n'était pas pratiquée en psychiatrie, et souvent confondue avec la suggestion. Toutefois, prenant un poste dans un service hospitalier en milieu pénitentiaire (SMPR), j'ai pu pratiquer l'hypnose thérapeutique et vérifier son intérêt auprès de patients souffrant de troubles graves de la personnalité. La constatation des effets bénéfiques sur ces patients peu demandeurs de psychothérapie m'a donné envie de transmettre cette approche à mes collègues.

L'arrivée de l'hypnose dans les établissements publics de santé : elle s'est d'abord manifestée dans les services s'occupant de la prise en charge de la douleur. J'ai ainsi été sollicité pour intervenir sur des patients douloureux chroniques au centre de la douleur du CHU de Nantes. À cette période, l'hypnoanesthésie a commencé à être associée à certaines interventions chirurgicales. En ce qui concerne la psychiatrie, de nombreux psychiatres, dont plusieurs chefs de service, ont pu se former à partir des années 1990 à la pratique de l'hypnose, dans le cadre de la formation médicale continue.



Bibliographie

- BETBÈZE J., OSTERMANN G. (sept-oct 2015), « L'identité narrative », in La lettre du Psychiatre, vol XI n° 5, 126-132.
- BETBÈZE J. (2017), « Autonomie relationnelle », Hypnose et thérapies brèves, Hors-série n° 11. Avon, Metawalk, 50-61.
- DE SHAZER S. (1996), Différence. Bruxelles, Satas.
- DOUTRELUGNE Y., COTTENCIN O., BETBÈZE J. (2013), Thérapies brèves : principes et outils pratiques, Paris, Masson.
- ROUSTANG F. (2015), Jamais contre d'abord : La présence d'un corps, Paris, Odile Jacob.
- MALAREWICZ JA., GODIN J. (1986), Milton H Erickson, de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique, Paris, ESF.
- WATZLAWICK P. (1967, Trad 1972), Une logique de la communication, Paris, Seuil.
- WHITE M. (2009), Cartes des pratiques narratives, Bruxelles, SATAS..

1-3 Regard d'un psychologue

Le titre de psychologue est protégé ⁽¹⁾ (il possède un numéro ADELI), obtenu après 5 ans de formation universitaire.

Le psychologue clinicien possède une double compétence :

- En psychopathologie : sa formation l'autorise à évaluer les processus psychologiques ainsi que les contextes d'expression normale et pathologique d'une personne. Il s'agit par exemple des bilans de personnalités ou des expertises psychologiques. Ces évaluations peuvent être soutenues par des outils (questionnaires, tests, échelles, épreuves projectives ou psychométriques) qui sont pour la plupart protégés et seuls les psychologues y sont formés. Ce savoir et cette approche de la psychopathologie lui permettent de faire des diagnostics psychologiques, avec des indications de prise en charge.
- En psychothérapie (et suivis psychologiques) : sa formation – adossée aux connaissances psychopathologiques et les 500 H de stage clinique minimum pour obtenir le titre - fait qu'il est psychothérapeute de droit ⁽²⁾.

Ce regard sur les contextes des patients, leur histoire, leurs mouvements internes fait que la spécificité de leur approche clinique est l'interprétation, c'est-à-dire pouvoir construire du sens aux conduites présentées et de travailler avec les patients sur cette question du sens, notamment à travers les productions narratives (discours produits à partir de soi, de son histoire, de ses ressentis).

Le psychologue est officiellement reconnu comme un acteur du champ de la santé mentale (L.3221-2 du CSP).

Pour autant, ce professionnel du psychisme n'est ni profession médicale ni profession paramédicale. D'abord, car sa formation n'est pas celle-ci (c'est la raison pour laquelle sa formation dépend du ministère de l'Éducation nationale et non celui de la santé), mais dans le champ des sciences humaines, éventuellement appliquées au domaine de la santé, mais pas forcément (ni uniquement). Aussi, car cela lui garantit de pouvoir le cas échéant aider les professions paramédicales et médicales sans lien hiérarchique, qui empêcherait une dynamique pertinente par exemple des groupes de parole, d'analyse des pratiques ou de débriefing. Il n'est pas non plus professionnel de santé (non répertorié dans le Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé institué en 2017). La raison est que le titre de psychologue est générique, d'autres parcours que clinique existent et ne travaillent pas forcément en santé : psychologue du travail, psychologue expérimentaliste, psychologue ergonomiste, etc.).

La pratique de l'hypnose par un psychologue clinicien va donc être adossée à un savoir psychopathologique, à une démarche psychothérapeutique (cadre, méthode, objectifs spécifiquement de cet ordre) et ouvre à la possibilité de l'interprétation diagnostic (à partir des conduites produites dans la situation d'hypnose) ou de l'interprétation du sens (à partir des contenus psychocorporels issus de l'expérience hypnotique). Là réside la spécificité de son approche et il peut l'appliquer dans l'ensemble des secteurs du soin au titre de spécialiste de la santé mentale, et ce sans être subordonné à une autorité médicale ou paramédicale. Le choix de l'hypnose comme approche thérapeutique dans le cadre de son exercice est le fait de sa responsabilité professionnelle, régit par les lois générales de sa profession et en respect du code de déontologie des psychologues (actualisé en 2012). L'article L6146-1 du code de santé publique permet de faire reconnaître l'importance de ce code en secteur hospitalier comme « guide » de pratique.

1 - Article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et décret n° 90-255 du 22 mars 1990. L'usurpation du titre de psychologue est un délit (article 433-17 du Code pénal).

2 - Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute

Témoignage d'une psychologue hospitalière



• L'hypnose est l'un des outils de la pratique hospitalière du psychologue dans l'accompagnement thérapeutique.

Cette approche implique un relationnel particulier pour les patients, qui s'intègre très bien à d'autres types d'accompagnements thérapeutiques : thérapie comportementale et cognitive, méditation, thérapie familiale, etc. Grâce à la communication hypnotique, les psychologues sont armés pour accompagner leurs patients, quel que soit le champ d'application : une consultation douleur, des services de maternité ou drépanocytaires, oncologie, urgences, etc.

De nombreuses recherches scientifiques confirment cette avancée, notamment sur le vécu des patients douloureux chroniques, particulièrement en Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (UETD).

• Un travail thérapeutique encore peu connu des patients « douloureux chroniques »

De nombreux patients diagnostiqués « douloureux chroniques » arrivent dans une UETD après parfois des mois, voire des années de nomadisme médical. À l'hôpital, ils sont reçus en première consultation douleur par un médecin. Si ce celui-ci est formé à l'hypnose et en a une image positive, il va souvent prescrire l'apprentissage de l'autohypnose à ses patients douloureux, en complément d'un réajustement de traitement.

• Le rôle du psychologue

Sous couvert d'apprendre des techniques d'autohypnose, les patients vont en général accepter un accompagnement auprès d'un psychologue. Ils ont alors l'opportunité d'être accompagnés durant quelques séances à l'hôpital – généralement quatre à dix – par un psychologue qui pratique l'hypnose.

Ce dernier est présent pour écouter les éléments personnels de la vie, difficultés psychologiques et relationnelles du patient, qui peuvent entourer la douleur : difficultés familiales, deuils non résolus, dépression, stress, etc.

Le problème reste que bon nombre de patients n'ont souvent pas le budget pour un suivi en libéral, ou pas l'envie d'un travail thérapeutique, d'autant plus si celui-ci s'inscrit dans une certaine durée.

• L'autohypnose : vers une meilleure autonomie du patient pour gérer sa douleur. L'apprentissage de l'autohypnose se révèle essentiel pour tous : D'une part, le patient devient acteur du traitement de sa maladie. Il reprend le dessus plutôt que d'en subir uniquement les effets. D'autre part, le ou les soignants peuvent prodiguer un accompagnement interdisciplinaire encore plus aidant. Enfin, cela représente une économie pour l'hôpital non négligeable.

En France, 12 millions de personnes souffrent de douleurs chroniques.

Ce sont autant de patients qui ont besoin d'un accompagnement global et ont tout à gagner à être sensibilisés à l'autohypnose. Car un patient qui sait traiter sa douleur de façon « autonome » est bien plus économe à la société, qu'un patient qui attend d'être pris en charge. Dans le cadre de l'ETP (Éducation thérapeutique) notamment, l'apprentissage de l'autohypnose est souvent un objectif recherché aussi bien par le soigné que par le personnel soignant.

À l'issue de leur suivi en hypnothérapie, nombreux se sentent plus libres face à leur douleur. Ils ont le sentiment d'avoir pris en main une partie de leurs problématiques de santé.



Bibliographie

MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2007), Manuel d'hypnose pour les professions de santé, Paris, Maloine.

BIOY A. FAYMONVILLE ME. (2018), La révolution de l'hypnose, Paris, Dunod, 2018.

1- 4 Regard d'un infirmier de psychiatrie en milieu hospitalier

L'hypnose et les Thérapies Brèves (HTB) représentent une approche humaniste, sensible, du ici et maintenant. En focalisant l'attention des patients sur leurs compétences et leurs ressources, elle est un outil précieux pour les infirmiers en milieu psychiatrique.

- L'hypnose va si bien à notre profession...
Un infirmier est une richesse et a toute sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Infirmier et hypnose, en fait c'est une vieille histoire!
L'histoire infirmière est étroitement liée au personnel ancillaire, aux religieuses, aux femmes, aux mères et au maternage...

- La profession infirmière s'inscrit dans le Code de Santé publique (CSP) et ses conditions d'exercice sont définies dans une partie législative (articles L4311-6) et dans une partie réglementaire (R4312-50). Le décret de compétence infirmière est le texte officiel qui régit la profession et c'est avant tout un listing des actes infirmiers.

- Le Code de Déontologie publié en 2016 comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Et depuis cette année, dans le code de la Santé publique le chapitre « innover pour préparer les métiers de demain » prépare « un exercice infirmier en pratique avancée » pour élargir les compétences infirmières.

Dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé, les délégations de tâches, transferts et coopérations ont un objectif identique... Cette profession évolue donc vers plus d'autonomie même si elle est encore en manque important de reconnaissance...

- Le décret de compétence : il sépare le rôle infirmier d'une part en « rôle prescrit » et d'autre part « en rôle propre ».

Ce qui entoure ce soin (la qualité de la présence, l'écoute, l'observation, les mots prononcés ou non, la proximité, l'empathie) ne saurait être prescrit. L'espace d'autonomie de l'infirmière apparaît ainsi comme considérable : la réalité du prendre soin lui appartient. L'infirmier soigne en collaboration avec le médecin et le « prendre soin » est de son rôle autonome. Comme pour les soins infirmiers la clé de la communication et du processus hypnotique se trouve dans l'humilité, la sincérité, et la conscience de ses limites.

Infirmier est donc une profession qui évolue : elle construit son savoir dans la rencontre avec la personne soignée et son intimité, dans le « prendre soin », dans la modestie et l'accompagnement respectueux.

Comme le métier d'infirmier, l'hypnose est une approche sensible. C'est une pratique construite à partir d'une rencontre. C'est la façon d'être en contact, en lien avec l'autre, qui fait l'hypnose.

Le sujet possède déjà en lui les capacités pour résoudre ses difficultés et les solutions qu'il trouvera seront les siennes. Toutefois le sujet ne connaît pas encore ses propres possibilités. L'infirmier n'est pas dans une relation prescriptrice. Il est là pour offrir un espace de sécurité pour faciliter ce processus notamment en psychiatrie.

- S'adapter, utiliser, respecter, mettre du sens, favoriser le changement En ce sens, ces 5 règles de l'hypnose proposées par le Dr Jean Becchio, s'adaptent parfaitement au métier d'infirmier.

- La communication positive : L'hypnose conversationnelle utilise entre autres,

une communication positive, les suggestions, les métaphores. Elle s'utilise au quotidien, dans un entretien spontané, lors d'un soin.

- L'observation est inscrite dans la formation initiale des Étudiants en Soins infirmiers ; ceci afin de recueillir des données utiles à la prise en soins. Cette compétence relève du rôle propre et s'enrichit au fur et à mesure de notre expérience professionnelle.

- Coresponsabilité et co-expertise : L'hypnose permet de circulariser les informations, les vécus du patient pour les lui restituer enrichis, recadrés... Dans cette relation de co-responsabilité et de co-expertise, le soignant ne cherche pas à prendre le contrôle, le pouvoir, mais à le partager. Il s'agit donc d'accepter l'autre comme il est, de façon inconditionnelle, de l'autoriser à être naturel et authentique ; d'accueillir sa souffrance comme étant digne, humaine, partageable et capable d'être mise en mots. Permettre au patient de trouver, pour reprendre Paul Watzlawick, « une petite différence qui fait la différence », qui lui permettra de dire « je n'avais jamais vu les choses comme cela ».

- C'est dans son humilité que le travail infirmier est le plus spectaculaire. Et c'est de la manière la plus simple, au quotidien, que l'hypnose est la plus extraordinaire. En conclusion en forme de vœu : La formation en Hypnose et en thérapies brèves pour les paramédicaux devrait être obligatoire.

Témoignage

“

C'est une infirmière libérale qui me l'a le mieux démontré : Je me souviens d'elle et de son aiguille pour les prélèvements sanguins « *Asseyez-vous, donnez-moi votre bras... L'aiguille ? Non elle n'est pas si grosse que cela... Vous êtes bien douillet aussi...* ». Alors vous imaginez ma surprise quand un jour elle me dit « *Je vous laisse trouver la position la plus agréable possible pour me permettre de faire ce soin confortablement pour vous, j'ai trouvé du matériel au plus près de ce que vous souhaitez... Et pendant que je fais ce soin, vous pouvez me raconter ce voyage que vous avez tellement aimé...* »

Par la suite, elle m'a également raconté ce que cela changeait au quotidien, les pansements plus confortables pour les patients et plus faciles pour elle...

Il n'y a pas que pour les infirmiers : mon kiné ne me dit plus : « *Vous avez une contracture ici, il y a une rétractation là. Vous la sentez ?* ». Maintenant il m'aide à retrouver les sensations, les mouvements, la souplesse dont j'étais capable lorsque je faisais du hockey sur glace... Mon infirmière, mon kiné et moi savons que l'hypnose et l'autohypnose non seulement nous accompagnent dans le plaisir, la passion de notre métier, mais également que tous ces « petits » changements, ce prendre soin de soi, nous protègent efficacement contre le burn-out.

”

1- 5 Regard d'une infirmière à l'hôpital

La profession d'infirmière occupe depuis plusieurs années une place significative dans les instituts de formation à l'hypnose.

Parallèlement à ce développement de l'apprentissage puis de la pratique de l'hypnose par le corps infirmier⁽¹⁾, des infirmières, intégrées à un travail d'équipe et encadrées par un responsable médical peuvent intervenir dans divers domaines comme celui des pathologies chroniques, de la douleur et des pathologies cancéreuses, qu'il s'agisse d'un rôle d'évaluation, de conseil, d'éducation thérapeutique, de relation d'aide ou de dispensation de soins techniques (soins de plaies par exemple).

• Définition de la mission des soins infirmiers

L'OMS définit la mission des soins infirmiers dans la société de la manière suivante : « [...] aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. [...] »

• Les indications pour les soins infirmiers

Au regard de ces éléments, nous comprenons l'engouement des infirmier(e)s à intégrer et pratiquer l'hypnose dans le champ strict de leurs compétences bien définies au sein d'une équipe de soin telle que définie à l'article L1411-11-1 et sous responsabilité médicale. (cf. recommandations ANDPC)

Ainsi du fait de la pluralité des soins infirmiers et de la diversité des services médicaux et chirurgicaux, ces professionnels de santé utilisent l'hypnose pour accompagner des soins ou des gestes médicaux à risque de douleurs induites : pose de perfusion, soins de plaies, pose de sonde naso-gastrique, etc.

Elles y ont aussi recours pour aider les patients à diminuer leur anxiété avant un examen médical (IRM par exemple en synergie avec les manipulateurs radio et en accord avec les radiologues), un soin, ou pour favoriser l'endormissement et le sommeil altérés de certains lorsqu'ils travaillent la nuit.

Les vertus antalgiques de l'hypnose leur permettent d'en faire bénéficier les patients pour soulager des douleurs aiguës postopératoires ou liées à certaines pathologies, très généralement en complément d'une thérapeutique médicamenteuse.

Au bloc opératoire, les infirmières anesthésistes, sous contrôle du médecin anesthésiste, peuvent pratiquer l'hypnose en accompagnant des patients lors d'exams invasifs comme les coloscopies, les fibroscopies gastriques...

Dans tous les services d'hospitalisation ambulatoire ou conventionnelle, pédiatriques ou pour adultes, dans lesquels des infirmières sont formées à l'hypnose médicale, elles peuvent proposer dans le cadre d'un travail d'équipe et sous l'autorité du chef de service un accompagnement hypnotique aux patients, à visées préventives, d'éducation thérapeutique, d'accompagnements.

Dans certains établissements, sous responsabilité médicale et au sein d'un travail pluridisciplinaire et encadré, des infirmières peuvent utiliser l'hypnose thérapeutique, en oncologie ou dans le cadre de consultations dans des centres antidouleur pour aider les patients à gérer des symptômes liés aux traitements : nausées, bouffées de chaleur, douleurs neuropathiques, favorisant ainsi leur autonomie par l'apprentissage de l'autohypnose.

Comme pour tous les soins, l'hypnose s'inscrit dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire, sous responsabilité médicale et participe à la prise en charge globale des patients en termes de prévention, de gestion des symptômes et de relation d'aide.

Bibliographie

[1] Barbier E., Étienne R. (sous la direction de) (2016), Aide-mémoire d'hypnose en soins infirmiers en 29 notions, Dunod.



1-6 Regard d'un médecin-urgentiste au SAMU et aux urgences

Contrairement aux idées reçues parmi les professionnels de santé non formés, mais aussi trop souvent parmi les praticiens de l'hypnose, celle-ci trouve toute sa place en médecine d'urgence. L'hypnose est pratiquée depuis une dizaine d'années au SAMU 35 puis au SAMU 22 et il a été démontré⁽¹⁾, suivis par d'autres auteurs⁽²⁾ que ni le temps, ni l'agitation, les bruits ou le stress inhérents à l'urgence ne sont des freins à l'outil hypnotique, bien au contraire, ce sont des facilitateurs. L'hypnose est également un gain de temps en médecine d'urgence et un moyen de redonner confiance aux patients pour leurs futurs soins. Les indications sont nombreuses⁽³⁾ depuis la régulation de l'appel au SAMU jusqu'aux urgences en passant par les interventions SMUR.

Elles sont identifiables selon deux axes principaux et une indication très particulière :

- Le premier somatique, où l'hypnose thérapeutique permettra, seule ou en complément des antalgiques usuels, d'accompagner les gestes douloureux : réduction de fracture ou de luxation, points de suture, immobilisation plâtrée, ponction lombaire, pose de drain thoracique, voies centrales; en pré-hospitalier lors d'interventions en milieux difficiles (désincarcération, chutes en falaise) avec brancardage long, périlleux, voire douloureux du fait des blessures. Si l'hypnose vient en complément des antalgiques usuels, ceux-ci seront alors prescrits à des doses beaucoup plus faibles avec moins d'effets secondaires.
- Le second psychologique, où l'hypnose est une aide pour les soignants comme les patients pour la gestion du stress, de la peur, tous deux liés à l'événement urgent et inattendu et qui pourraient être des facteurs d'aggravations de la pathologie (syndrome coronarien aigu, détresses respiratoires, AVC, hypertension aiguë, etc.). Elle permet également une prévention des phénomènes de stress post-traumatique par les suggestions per et post-hypnotiques pendant l'accompagnement en urgence.
- Plus spécifiquement encore, l'hypnose est utilisée lors des accouchements inopinés avec pour objectif en pré hospitalier de ralentir le travail et de permettre d'arriver à l'hôpital ou à l'inverse, si besoin, d'accélérer le travail et de diminuer la douleur et le stress de la future maman.
L'urgence est un travail d'équipe où médecins, infirmières, infirmières-anesthésistes travaillent ensemble au chevet des patients. Il est primordial que l'équipe au complet soit formée pour que chacun des membres puisse réaliser l'accompagnement hypnotique et échanger leurs rôles en fonction des événements.
La place des paramédicaux est capitale dans ce champ de l'hypnose, car ce sont les infirmières qui passent le plus de temps réel auprès des patients. De ce fait, leurs expertises et leur empathie, par cette approche, apportent une grande valeur ajoutée aux soins des patients. Pour nombre d'entre eux, la relation est plus facile avec les paramédicaux qu'avec les médecins, cela potentialise alors grandement les apports de l'hypnose.
Enfin, la pratique de l'hypnose apporte, selon tous les témoignages, une aide précieuse aux équipes d'urgence par des conditions de travail plus apaisées et une prévention du burn-out.

Bibliographie

- 1- Franck Garden-Breche, Stéphanie Desanneaux-Guillou, « Hypnose en situation difficile », Éditions Arnette John Libbey, 2014
- 2 - Claude Viot, Franck Bernard, « Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie » 2^e édition, Éditions Arnette John Libbey 2019
- 3 - Dabney M Ewin, "101 things I wish I'd known when I started using hypnosis", Crown House Publishing Ltd



II. Place de l'hypnose en cabinet libéral

II-1 Regard d'un médecin généraliste

L'hypnose peut être utilisée dans de multiples champs thérapeutiques. Les plus fréquentes demandes auprès du médecin généraliste sont :

- La gestion des douleurs aiguës et chroniques, états migraineux,
- les troubles de la dépendance (tabac, alcool),
- les troubles du comportement alimentaire,
- les troubles digestifs (colopathie et somatisations digestives...),
- les troubles anxieux, les phobies, les troubles du sommeil,
- Une aide dans l'accompagnement dans le cadre des soins palliatifs.

Le patient arrive avec son symptôme. Celui-ci est le reflet d'une souffrance et peut être considéré comme la partie visible de l'iceberg. C'est en parlant, et surtout en écoutant que l'on découvre la cause de cette manifestation qui est parfois très éloignée de ce pourquoi il est venu. On peut comprendre, dans ces conditions, que le choix des termes utilisés est primordial. Des mots anxiogènes ou des paroles maladroitement utilisés, par la simple évocation qu'ils provoquent, peuvent faire dévier, perturber ou agacer la pensée du patient.

Utiliser des phrases positives, avoir une attitude rassurante, une écoute active et une posture subtilement congruente facilite le rapprochement et accompagne le patient vers une transe positive lui permettant d'être en confiance. On utilise alors l'imaginaire pour toucher l'émotion, le corps et l'inconscient.

L'hypnose conversationnelle permet au médecin généraliste d'établir une communication adéquate autant pour le patient que pour lui-même, en le positionnant comme aidant au service du changement basé sur les ressources du patient. Sans s'interroger ni s'appesantir sur la plainte, le praticien en hypnose se concentre sur les capacités de ressentir les forces vivantes dans le moment présent en ouvrant des perspectives nouvelles et différentes.

S'appuyant sur les apports des neurosciences le médecin généraliste se situe dans une prise en charge globale.

Les patients ne sont pas qu'un organe douloureux. Ils sont un corps et un esprit complexe avec des facteurs extérieurs, une histoire personnelle et familiale.

Et petit à petit, en comprenant qu'il faut être attentif à l'autre, à chaque mot qui puisse être utilisé, parfois attentif à ses silences, cela permet de déchiffrer, sans saturer l'échange. Cela permet aussi d'appréhender ses besoins, ses attentes et de comprendre en fonction de son « stress » dans quel état d'esprit il se trouve et ainsi quelle réponse le médecin pourrait apporter.

L'intérêt de l'hypnose dans la profession de médecin généraliste est quotidien avec le bénéfice d'une alliance permettant un échange et une coopération avec le patient au plan somatique et psychologique. Mais elle est toujours utilisée de manière éthique et déontologique.

Le suivi régulier apporté par la médecine générale permet de voir l'évolution favorable des patients, le mieux-être obtenu et une économie de santé en termes de rapidité d'évolution.

Bibliographie

Roustang F. (2015), *Jamais contre d'abord : La présence d'un corps*, Paris, Odile Jacob.

Chami P., Du Perron D. (2017), *30 jours pour pratiquer l'autohypnose : Pour en finir avec le stress, les angoisses, les insomnies, les addictions...*, Mango

Corydon Hammond D. (sous la direction de) (1990, Trad 2004), *Métaphores et suggestions hypnotiques*, American Society of Clinical Hypnosis, Satas.

II-2 Regard d'une sage-femme :

- La sage-femme installée en libéral est en relation plus étroite et personnelle avec les futures mères et parents qu'en établissement de soins.

Elle sort d'un rôle uniquement technique médical (surveiller chez une patiente des paramètres indicateurs de normalité, établir un diagnostic quand ces paramètres s'écartent de la normale et proposer le traitement adéquat ou l'orienter vers un spécialiste.)

Les demandes et les souffrances de certaines patientes concernent en effet d'autres aspects, plus « humains », lesquels dépassent la seule surveillance globale de la grossesse, l'accouchement, et le post-partum, et peuvent constituer une source de stress et d'anxiété. Il manque alors des outils pour accompagner efficacement les patientes, que certaines sages-femmes ont trouvées avec l'hypnose.

Ainsi en allant puiser dans les ressources conscientes et inconscientes de la patiente, il est possible d'atteindre un objectif pertinent.

- L'utilisation de l'hypnose dans sa pratique par une sage-femme peut démarquer à tous les niveaux :
 - Dès le 1^{er} entretien pour déterminer les attentes des patientes, les objectifs de la collaboration, les ressources personnelles sur lesquelles elles vont pouvoir s'appuyer, et les obstacles à franchir pour réaliser les objectifs. Ce type d'entretien, inhabituel dans la consultation médicale, permet d'établir une alliance thérapeutique, de s'assurer la coopération de la patiente, de lui donner de l'autonomie et d'en faire une partenaire au lieu d'un sujet.
 - Dans la préparation à la naissance, l'approche éricksonienne peut être utilisée pour déterminer un projet de naissance et mettre en œuvre les aspects nécessaires à sa réalisation. Il s'agit pour l'essentiel de préparer le corps et l'esprit au bon déroulement naturel de l'accouchement, par un apprentissage à la gestion des émotions et des sensations, l'installation d'un bon niveau de confiance et la mise en place d'outils pour faire face à tout ce qui peut se présenter le jour J. L'apprentissage à l'autohypnose occupe une place de choix dans ce type de préparation.
 - Dans le suivi et la surveillance de la grossesse, l'hypnose va contribuer à la « correction » de certains comportements (sevrage tabagique par exemple); elle constitue un traitement complémentaire dans certaines pathologies (menace d'accouchement prématuré, hypertension...), et un traitement efficace pour traiter les signes « sympathiques » de la grossesse (nausées, hypersialorrhée...).
 - Dans la période de post-partum, les patientes ayant déjà bénéficié des possibilités qu'offre l'hypnose, continuent à mettre en pratique leurs techniques d'autohypnose pour gérer l'anxiété, la fatigue, les problèmes de sommeil. N'étant pas du tout sûre que l'accouchement se passe en compagnie d'une sage-femme formée à l'hypnose, il est également proposé pendant la grossesse l'entraînement à l'autohypnose dans le but de favoriser l'autonomie de la mère le jour J.

Témoignage

“

Lorsque j'ai commencé à utiliser l'hypnose il y a 30 ans, je ne revendiquais pas officiellement cette pratique, préférant parler de « techniques de relaxation ».

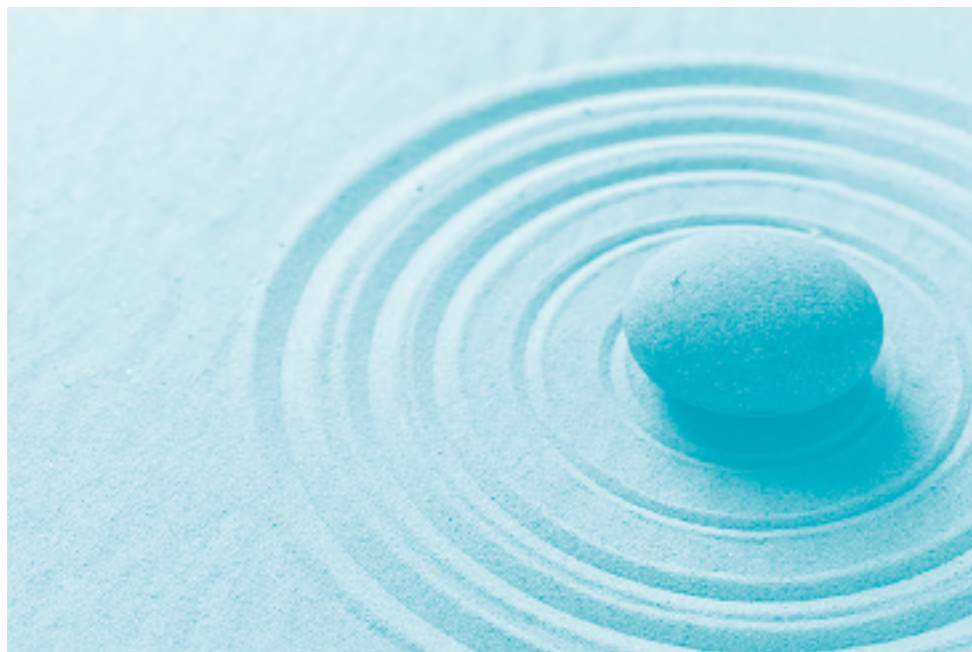
Il circulait encore beaucoup de fausses idées sur cette pratique, avec notamment la crainte d'être « manipulé ». Aujourd'hui, ce sont les patientes qui sont demandeuses; la plupart ont déjà fait l'expérience de ses avantages.

Après toutes ces années de pratique, je ne peux que constater l'intérêt d'intégrer l'approche éricksonienne dans la pratique de sage-femme, car elle nous permet d'identifier très rapidement (le manque de temps étant l'un des principaux problèmes actuels) la demande et les moyens d'y répondre, en considérant l'individu dans sa globalité. Tout comme mes patientes, j'y ai gagné en confiance et en efficacité.

”

Bibliographie

- Touyarot A. : (2006), Pas à pas : guide d'auto-préparation à l'accouchement par l'hypnose, Bruxelles, SATAS.
- (mai 2001), « Préparation à l'accouchement et hypnose » : Actes du 2^e Forum francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, Tome II, Éditions de l'Arbousier.
- (avril 2007), « De l'hypnose à l'autohypnose dans la préparation à l'accouchement », Hypnose et Thérapies Brèves, Hors-série n° 1, Métawalk.
- (avril 2009), « L'hypnose et la maternité », Neuf mois. (septembre 2010), « Analgésie alternative : hypnose en maternité », Profession Sage-Femme, n° 168.
- (avril 2011), « Lorsque la dépression paraît... Premiers soins maternels » Hypnose et Thérapies Brèves, Hors-série n° 5, Métawalk.
- (août 2011), « L'hypnose peut aussi accompagner les futures mamans », Famili, n° 212.
- (18 au 24 octobre 2011), « Hypnose », Mieux vivre santé, Nous Deux, n° 3355.
- (février 2013), « L'hypnose dans la préparation à la naissance », Profession Sage-Femme, n° 192.
- (février 2013), « Accoucher sous hypnose », Psycho Enfants, n° 46.
- Touyarot A., Benchimol F., (2014), « Déliances de l'enfance, relices de l'adulte », Hypnose et Thérapies Brèves, Hors-série n° 8, 2014, Métawalk.
- Bargele I., Touyarot A. (2014), « À propos du réseau Hypnose et maternité », Hypnose et Thérapies Brèves, n° 33, Métawalk
- Touyarot A. (2017), « Une approche éricksonienne du vaginisme », Kairos.



II-3 Regard d'un psychologue clinicien au domicile du patient

La pratique de l'hypnose au domicile du patient s'accorde avec l'ensemble des principes déontologiques qui encadrent la profession de psychologue clinicien (code de déontologie des psychologues actualisé en 2012).

Elle s'inscrit de fait dans la pratique d'une hypnose formalisée, consentie et éclairée, faisant très souvent partie de la demande initiale de prise en soin du patient. Il convient de considérer la place et l'usage de l'hypnose thérapeutique vis-à-vis de cette demande initiale et de l'ajuster de façon systématique à chaque personne (histoire, besoins, contexte...).

- Les objectifs thérapeutiques sont questionnés avec le patient et s'inscrivent dans le courant psychothérapeutique auquel le praticien est formé en tant que psychologue.
- L'hypnothérapie est facilitée par le contexte du domicile : personnel et riche en renseignements et matière pour l'ajustement personnalisé de l'accompagnement.

La pratique de l'hypnose en psychologie clinique, couplée au contexte du domicile facilite ainsi la levée des freins thérapeutiques classiques. La qualité de l'alliance thérapeutique est renforcée par la conjonction du « cadre » thérapeutique portée par le professionnel et la sécurité du cadre physique connue que représente le domicile.

- La situation de handicap, le manque d'accessibilité, la spécificité de certaines pathologies psychiques peuvent justifier la consultation à domicile et dans ce cadre, l'hypnothérapie et l'hypnoanalgésie sont adaptées à ces indications.

Nous garderons à l'esprit que la pratique « isolée » de l'hypnothérapie requiert une expertise théorique et clinique dans le domaine de prise en charge qu'elle explore. L'hypnothérapie ne saurait se satisfaire d'une pratique sans connaissance ni formation en psychopathologie clinique solide.

Le métier de « santé » initial reste la première garantie de l'intégrité psychique de nos patients.

Bibliographie

- Segers-laurent A. (2015), « Éthique et clinique », Cahiers de psychologie clinique, vol. 44, no. 1, 7-12.
- Pager R. (2012), « De la perte du pare-excitation de l'enveloppe psychique au renfort par l'enveloppe domicile : histoire clinique dans un dispositif d'had », Cliniques, vol. 4, no. 2, 16-29.
- Djaoui E. (2011), « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », Dialogue, vol. 192, no. 2, 7-18.

II-4 Regard d'un psychologue clinicien en cabinet

Les demandes de consultation d'hypnose, sont très nombreuses, variées, et parfois « irréalistes » et motifs de refus.

C'est pourquoi la formation préalable de psychologue clinicien est un élément fondamental dans sa capacité à analyser la demande et d'évaluer l'indication. Il est rodé à la psychopathologie ce qui est indispensable pour poser une indication adaptée ainsi que pour offrir un cadre explicite aux patients désireux de se débarrasser de leurs troubles. L'autre élément fondamental de la pratique en cabinet libéral, est de créer une relation de confiance et d'alliance thérapeutique, car l'hypnose ne peut se faire sans l'accord « éclairé » du patient.

- Il peut être nécessaire de refuser une demande d'hypnose lorsqu'il s'agit notamment de patients souffrant de troubles psychiques dissociatifs (schizophrénie par exemple). Le psychologue doit alors expliquer de manière empathique et claire, la raison du refus d'hypnose et lui proposer une autre prise en charge adaptée à sa pathologie, pour qu'il ne reste pas sans soin.
- D'autres motifs de refus existent, car certaines demandes peuvent être tout à fait « irréalistes » et correspondre à des idées préconçues de l'hypnose. Là encore, la formation préalable de psychologue clinicien permet de recadrer la demande et d'aider le patient dans sa démarche pour aller vers un mieux-être.
- Ainsi que la demande vienne du patient lui-même, ou bien qu'elle lui soit proposée comme outil adapté au décours d'une prise en charge psychothérapeutique, la pratique de l'hypnose ne pourra se faire que si le patient se sent en sécurité et en confiance avec son thérapeute.

Pour le patient, le fait de savoir que le praticien consulté en hypnose possède un diplôme et une expérience de psychologue clinicien, qu'il est formé en psychothérapie, qu'il adhère à un code de déontologie (code de déontologie des psychologues, actualisé en 2012) offre ce cadre rassurant, base nécessaire à cette alliance thérapeutique.

La bonne indication, la confiance, l'alliance thérapeutique vont alors permettre au patient de profiter des bienfaits de cet outil psychothérapeutique qu'est l'hypnose.

Bibliographie

Bloy A., Mlchaux D. (sous la direction de) (2007), *Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications*, Paris, Dunod.

II-5 Regard de la psychologue sexologue clinicienne

La prise en charge des troubles sexuels par l'hypnose de la femme, de l'homme et du couple, est par essence pluridisciplinaire et fait appel à diverses connaissances et compétences tant biologiques, physiologiques que psychologiques et comportementales. Celle-ci intègre aussi les éléments sociaux et environnementaux de l'individu.

La sexologie s'inscrit dans la définition plus large de l'OMS en matière de Santé sexuelle. En ce sens les formations universitaires (DIU) proposent en France aux professionnels de santé diplômés des cursus qui leur permettront d'exercer sur les bases de leur profession initiale. C'est déjà un point commun avec l'hypnose... mais pas le seul... Historiquement, hypnose et sexologie ont suscité un regain d'intérêt dans les mêmes années 70/80... Beaucoup de points communs donc entre les 2 champs. (Mignot, 2006) Depuis, ils se sont structurés notamment à l'université à travers différents diplômes.

• Originalité de l'hypnose pour un accompagnement sur mesure

Face aux difficultés sexuelles souvent douloureuses psychiquement, mais aussi qui s'inscrivent dans le corps et les émotions, l'hypnose est une approche à la fois originale et efficace tant sur l'aide à la qualité de la communication avec le patient que dans les processus mis en place pour améliorer la vie sexuelle et affective des patients et leur permettre d'utiliser leurs propres ressources sensuelles, sexuelles et érotiques. C'est pourquoi hypnose conversationnelle et hypnose formelle pourront tour à tour être utilisées :

- **l'hypnose conversationnelle** : elle va favoriser la communication en particulier dans les premiers entretiens, libérer la parole parfois difficile pour les patients en souffrance dans leur intimité et permettre de s'appuyer sur les ressources positives de leur sexualité et les expériences du sujet.
- **l'hypnose formelle** : elle aura pour but un processus thérapeutique cohérent et justifié au regard de l'analyse du cas, des éléments de l'histoire sexuelle et de la construction de la vie affective, corporelle et émotionnelle et des habiletés, mais aussi du sens (ou du non-sens) de la sexualité pour le patient. La démarche clinique sera donc la base de toute prise en charge.

• Pourquoi donc l'hypnose en sexologie ?

C'est un « processus de conscience modifiée », voire élargie, très proche de celui vécu dans l'état amoureux et dans la sexualité : c'est aussi une forme de « dé-potentialisation » de la conscience qui intègre à la fois le corps et l'esprit dans toutes leurs dimensions.

- Ce processus global à la fois psychique et corporel permet le dialogue intérieur, une « reconnection » avec les éléments acquis, positifs, mais aussi dans d'autres cas refoulés, l'accès à l'inconscient et à ses relations avec les vécus inscrits dans le corps : le processus dissociation, mais surtout de réassociation en est la base.
- Par sa capacité d'absorption vécue en hypnose, le patient peut alors entrer en contact et renouer avec son intimité sans angoisse, mais aussi avoir accès à ses cognitions négatives (AHN, Arraoz, 2000).
- Il favorise la prise de contact avec le corps et l'ouverture de champ de conscience corporel, actualise et favorise la présence à soi et à l'autre par la qualité de l'attention, très important dans la sexualité.
- Il permet de restaurer le lien entre le corps et l'imaginaire, en particulier par l'utilisation de la métaphore, lien qui est souvent coupé, ignoré ou abîmé dans le symptôme sexuel. (Mignot, 2013)

- **Quelles sont les conditions de bases, piliers de la prise en charge en hypnose ?**

- En premier lieu, l'observation clinique dans toutes les dimensions de la singularité du sujet, verbales, para verbales et non verbales, l'écoute attentive et bienveillante et l'information, l'éducation thérapeutique en matière de sexualité (Mignot, 2013) ainsi que l'appui sur les valeurs éthiques conformes aux principes des Droits humains comme le Respect de la Dignité, la recherche de l'Autonomie, les principes de sécurité et de consentement... (Mignot, 2015)
- Une analyse précise de la demande... de la plainte et des attentes, la mise en perspective de la complexité des processus conscients et inconscients en question (dimension bio-physiologique, image du corps, vie fantasmatique, rapport à la sensorialité, vie relationnelle mais aussi les habiletés...)
- Une démarche et une méthode : évaluation et repérage, diagnostic sexologique, prise en charge et/ou orientation
- Un cadre et des objectifs : avec différents niveaux d'intervention face au symptôme : Du plus direct (ex : travail sur une douleur sexuelle et/génitale, un bien être, un élément de vie...), au plus profond avec l'hypno-analyse et le travail sur le sens de la vie sensuelle, érotique et relationnelle...

- **Quelles sont les indications ?**

Chez la femme : les troubles du plaisir et de l'orgasme, les dyspareunies, les vaginismes et les troubles du désir

Chez l'homme : les dysfonctions érectiles, les éjaculations rapides, les éjaculations retardées et les anéjaculations, les troubles du désir, les addictions sexuelles ou l'hypersexualité (Mignot, 2019)

Pour le couple : les difficultés de communication érotique, les crises conjugales, les conflits, les difficultés d'accordage sexuel...

Conclusion

La richesse de l'expérience hypnotique améliore le lien indissociable corps/esprit, socle de la sexualité humaine, renforce la souplesse psychique face aux idées reçues, aux schémas sexuels rigides et à la morale, ceux qui font le lit des difficultés voire des pathologies et mettent en péril la bonne santé sexuelle. L'hypnose dépasse la fonction du simple outil thérapeutique à partir de la qualité de la relation thérapeutique, fondamentale en sexologie. Elle s'inscrit dans un véritable processus thérapeutique intégratif également d'autres approches, validées par l'expérience clinique auprès des patients. Ils acquièrent ainsi de nouvelles compétences et surtout deviennent plus libres dans leur sexualité, dans leurs relations et dans leur vie. Des études cliniques, sur l'homme, la femme ou le couple, restent néanmoins à mettre en place pour éclairer de façon plus objective tous ces processus.

Bibliographie

Araoz D. (2000), Hypnose et sexologie. Paris, Albin Michel.

Haley J. (1990), Changer les couples, conversations avec Milton Erikson, Paris, ESF.

Haley J. (1984), Un thérapeute hors du commun, Paris, Coll.Hommes et groupes, Epi.

Mignot J. :

(2013), Aide-Mémoire de Psychosexologie, Dunod.

(2006), Hypnose et sexualité, un mariage bien consommé. Revue Hypnose et thérapies brèves, Metalwalk, 1 : 60-67.

(2013), Le féminin, dans Aide-Mémoire d'Hypnothérapie et hypnose médicale, dirigé par Antoine Bioy et Isabelle Célestin-Lhopiteau, Dunod.

(2013), Être un homme est-il être un mâle ?, dans Aide-Mémoire d'Hypnothérapie et hypnose médicale, dirigé par Antoine Bioy et Isabelle Célestin-Lhopiteau, Dunod.

(2017), Hypnose et sexologie, un exemple : à quoi ça sert pour les hommes ? in Les ateliers de praticiens, 15 cas pratiques en hypnothérapie, coll, Dunod.

(2019), Addict au sexe, est possible ?, dans Revue Hypnose et thérapies brèves, Soigner les addictions HS N° 13, Éditions Métawalk, Avon.

Mignot J. et Coll (2011), Soigner les troubles sexuels par l'hypnose, Hors Série N° 1 de la revue Sexualités Humaines.

Mignot J. et Coll (2013), Soigner les troubles sexuels par l'hypnose, Hors Série N° 2 de la revue Sexualités Humaines.

Mignot J., Troussier T. et coll, (2015), les valeurs de la Santé sexuelle, dans Santé sexuelle et Droits Humains, De Boeck-Solal, Paris

II-6 Regard d'un kinésithérapeute

Les apports de l'hypnose dans la pratique du kinésithérapeute :

- De manière générale l'hypnose attire les patients qui veulent une prise en charge plus individualisée, une écoute différente et veulent s'impliquer dans leur traitement.
- Le relâchement musculaire est tel qu'il permet au patient de lâcher des tensions, ce qu'il n'aurait pas obtenu autrement. Il s'agit du premier constat du patient : une détente rarement voire jamais ressentie.
- L'hypnose conversationnelle permet de détourner l'attention des patients lors de mobilisations douloureuses.

Les principales indications sont :

- **L'hémiplégie** : travail de sollicitation et d'activation neuronale par visualisation de l'hémicorps paralysé
- **La maladie de Parkinson** : les tremblements sont diminués, et grâce à l'Auto Hypnose pratiquée régulièrement l'hyper tonus musculaire devient moins handicapant.
- **Les migraines et cervicalgies** : de l'enfant à l'adulte, l'hypnose dans la prise en charge de la migraine est un outil très efficace.
- **L'algodystrophie** : L'hypnose permet au patient de «redécouvrir» son articulation et l'intégrer dans ses activités quotidiennes en hypnose sans douleur. La répétition des séances et la prescription d'autohypnose permettent au patient de voir les résultats s'accélérer alors qu'ils stagnaient en rééducation classique.
- **L'après-chirurgie orthopédique** : l'utilisation de l'outil hypnotique permet une récupération plus rapide et une meilleure prise en charge du patient par lui-même (prescription d'exercices d'autohypnose, hygiène de vie...).
- **La prise en charge des personnes âgées** : elle bénéficiera de l'hypnose pour toutes les mobilisations douloureuses, dans le travail sur l'équilibre et la gestion des douleurs chroniques. L'autohypnose est également très indiquée.
- **Les troubles respiratoires** : apprentissage de l'autohypnose, y compris avec les enfants, ce qui permet de rendre le patient acteur de sa thérapie.

Cette ETP (Éducation Thérapeutique du Patient) est fortement encouragée actuellement par les ARS.

- **Les troubles du sommeil** : Bien souvent associés à des douleurs physiques, l'apprentissage d'exercices et une pratique régulière assurent aux patients une prise en charge des troubles du sommeil avec une baisse concomitante des traitements potentiellement addictogènes : insomnies, troubles de l'endormissement...

De plus en plus de kinésithérapeutes libéraux surmenés sont fragilisés dans leur pratique et l'autohypnose permet d'améliorer aussi leur qualité de vie professionnelle. Il serait ainsi souhaitable de proposer une journée de découverte de l'autohypnose pour leur permettre d'apprendre à mieux gérer leurs difficultés en prévention des troubles physiques et/ou psychologiques.

Bibliographie

Bioy A., Découvrir l'hypnose, InterEditions, 2013

Bioy A., Michaux D., Traité d'hypnothérapie, Dunod, 2007

Bioy A., Wood C., Celestin-LHopiteau I., Michaux D., L'Aide-mémoire d'hypnose - en 50 notions, Dunod, 2010

Dehaene S, Le code de la Conscience, Odile Jacob, 2014

Michaux, D., Halfon, Y., Wood, C., Manuel d'hypnose pour les professions de santé, Paris : Maloine

Lelarge.E, Prevot Stimec.I, Prendre soin de soi par l'autohypnose, Dunod, 2017

II-7 Regards d'infirmières en libéral

• La profession d'infirmière en libéral

Elle offre la possibilité de développer différentes compétences selon le parcours professionnel. Certaines d'entre nous préférant l'aspect technique de notre métier et d'autres l'aspect plus relationnel. Cette orientation plus relationnelle relève tout autant du rôle propre infirmier clairement défini dans différents articles du décret de compétences relatif à l'exercice de la profession. (R.4311.1, 4311,2, 4311,3, 4311,5)⁽¹⁾.

Le cadre protecteur du rôle propre infirmier est assuré par celui des diagnostics infirmiers qui garantissent alors les possibilités et limites de nos pratiques et assure la sécurité des patients comme celle des professionnels⁽²⁾.

• Un rôle éducatif et préventif

La pratique de l'hypnose thérapeutique et les outils qu'elle propose associés au rôle propre infirmier permettent de développer cet aspect éducatif et préventif. Le patient trouve par cet accompagnement le moyen de redevenir l'acteur de sa meilleure santé. Il apprend à participer activement à l'amélioration de son confort de vie aussi bien physique qu'émotionnel.

En effet, comme le détermine notre décret de compétence par le triptyque prévention, éducation, accompagnement, ces consultations permettent par exemple aux patients d'être accompagnés par des techniques d'hypnose en prévision d'examens qu'ils redoutent (IRM, scanner, biopsie...), en post-annonce de maladies chroniques comme les pathologies cancéreuses, neurologiques invalidantes, et toutes autres ayant un impact sur la qualité de leur vie quotidienne, et donc vers une meilleure acceptation de leur état de santé et des traitements. Mais aussi de prévenir et modérer par ces techniques d'hypnose

- les effets secondaires des traitements
- les troubles de sommeil
- les complications cardio-vasculaires ou pulmonaires et les pathologies cancéreuses par l'arrêt du tabac
- de bénéficier par l'hypnose d'une éducation dans la gestion du stress et dans la gestion de leur traitement au long cours afin que les patients redeviennent partie prenante à l'amélioration de leur santé.

• L'importance du travail en réseau

Les infirmières travaillent par ailleurs toujours en étroite collaboration avec les différents partenaires médicaux et paramédicaux. Cette dynamique pluridisciplinaire fait partie intégrante de la profession. Que ce soit en pratique hospitalière ou libérale, nombre d'entre elles font des comptes rendus de leurs soins qu'elles adressent aux médecins généralistes, psychiatres, psychologues et autres professions de santé qui ont orienté leurs patients vers les consultations infirmières en hypnose.

Grâce à ce concept de travail en réseau, plébiscité par les instances, les différents professionnels de santé notamment les médecins non formés en hypnose observent et témoignent d'une meilleure implication des patients dans leur santé, et peuvent souvent d'ailleurs ajuster leurs traitements à la baisse.

Néanmoins, en secteur libéral, ces temps de consultation en tant qu'infirmières qui pratiquent l'hypnose ne sont pas autorisés actuellement, notamment par l'ordre des infirmiers.

Une réelle réflexion et un travail avec nos instances gouvernantes sont à prévoir pour améliorer l'offre de soins par les infirmiers, aux patients en libéral.

UN BEAU PROJET DE MAISON DE SANTÉ INTÉGRANT L'HYPNOSE

De l'importance de la pluridisciplinarité en réseau du secteur libéral, naissent de beaux projets, comme celui des Côtes-d'Armor à Erquy, une maison de santé de plus de 700 m².

Ce réseau de plus de 20 professionnels de la santé s'unit dans ce partage de compétences et cette transversalité indispensable aujourd'hui dans la prise en charge des patients en secteur libéral. Maison de santé dans laquelle certains auront leur cabinet et d'autres profiteront de permanences autour d'une thématique sur la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires.

Bibliographie

(1) <https://www.legifrance.gouv.fr> ⁽²⁾

(2) <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/le-diagnostic-infirmier-une-clef-dacces-a-linformation.html>

Témoignage

“

Infirmière libérale depuis plus de 15 ans, soigner m'a renvoyé à un perpétuel questionnement de ma pratique, de mon positionnement, de mon approche soignant/soigné. Au fil de mon expérience professionnelle et de mes formations, j'ai appris à utiliser les théories en soins et les diagnostics infirmiers. Ces solides bases m'ont amenée à un certain degré d'autonomie, de reconnaissance et de qualité de soins pour la personne soignée. Il est essentiel dans mon quotidien professionnel d'aider les patients à améliorer leur capacité à faire face à leurs problèmes plutôt que de leur apporter des solutions. Dans le panel des théories en soins infirmiers, c'est celle prônant le paradigme de la transformation qui m'a amenée vers l'hypnose. Une approche qui situe le sujet comme étant un acteur, mais aussi un décideur de sa santé. L'hypnose me permet « d'être avec » le patient et non plus de « faire pour » le patient.

”

- **Les leviers pour l'infirmière libérale utilisant l'hypnose sont les suivants :**
 - Soigner ses patients différemment par une écoute attentive, mais surtout une disponibilité à l'autre souvent peu consciente auparavant.
 - Initier les patients à l'autohypnose et les aider dans la gestion de leur douleur.
 - Appréhender des situations de soins potentiellement douloureux, en particulier avec les enfants (prise de sang, soins suite de brûlures, pansements avec détersion...) et prévenir des états de stress et d'anxiété en situation de soin.
 - Participer dans un cadre relationnel au soutien des patients pour sortir de situations d'addiction, de comportements répétitifs et délétères pour eux.
 - Accompagner le patient et ses proches dans des situations difficiles (fin de vie, deuil, annonce de la maladie...)
 - Participer à l'éducation thérapeutique du patient par l'hypnose dans la gestion du stress, le suivi d'un traitement au long court.

- **Les freins :**

Certaines règles d'acceptation par l'Agence nationale du DPC des actions relatives à l'hypnose ont fait l'objet de modifications en septembre 2018.

Dans un communiqué, l'Agence précise que « la pratique de l'hypnose n'est légale que sous responsabilité médicale et dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur. »

L'Agence précise par ailleurs qu'elle « n'accepte les actions de DPC sur l'hypnose pour ces professionnels que lorsqu'elles se réalisent en équipes de soins telles que définies à l'article L.1411-11-1 du CSP constituées en établissement ou en ambulatoire et appelées à travailler concrètement ensemble sur la base de protocoles et a communiqué en ce sens en mars 2017. »

Les infirmiers ne peuvent désormais bénéficier de l'indemnisation au titre du DPC pour une formation hypnose que lorsque celle-ci se réalise en équipe de soins telles que définies à l'article déjà cité. Ils doivent produire tout document attestant que cette formation est rendue nécessaire par un projet d'équipe sous responsabilité médicale.

Ces nouvelles règles sont un frein à l'utilisation de l'hypnose par l'infirmière libérale, alors qu'elle a toute sa place dans le soin infirmier.

II-8 Regard d'un psychiatre

La situation de la pratique hypnotique en psychiatrie libérale est marquée par deux aspects contradictoires :

- En premier lieu, on assiste depuis déjà de nombreuses années à un déclin général de la pratique psychothérapeutique du psychiatre, non seulement en France, mais aussi dans l'ensemble des pays occidentaux.

Plusieurs facteurs peuvent être invoqués :

- détérioration de la tarification des psychiatres au cours des 50 dernières années, amenant ceux-ci à raccourcir la durée des consultations.
- déclin de la psychanalyse.
- intérêt tardif des psychiatres pour les pratiques psychothérapeutiques dites brèves (thérapies cognitives aux comportementales, thérapies brèves d'inspiration systémique et stratégique, hypnose thérapies).
- resserrement des pratiques autour de la prescription médicamenteuse.

- En contrepoint, même s'il est difficile d'en chiffrer le nombre, il existe incontestablement des psychiatres libéraux qui pratiquent l'hypnose.

Au détriment souvent de leur rémunération habituelle, ces psychiatres s'investissent dans cette pratique, son efficacité et la dimension créative qu'ils vivent dans leur travail et le climat coopératif qu'ils connaissent avec leurs patients.

Ainsi, la liberté de pratique, davantage possible en psychiatrie libérale qu'en milieu hospitalier, fait que l'hypnose est pratiquée dans ce secteur comme une approche innovante et vivante.

La non-reconnaissance actuelle de l'hypnose par l'Assurance maladie, l'absence de prise en compte des effets thérapeutiques bénéfiques à court, moyen et long terme, pèsent lourd sur les praticiens psychiatres et leurs patients. Cet état de fait amène certains psychiatres réputés à se déconventionner au moins temporairement.

Compte tenu de cette situation, et grâce à la demande accrue des patients et de leurs familles, on peut espérer que le développement de l'hypnothérapie en psychiatrie puisse contribuer à de meilleures pratiques notamment dans le champ des troubles anxieux et de la dépression.

III - Témoignage d'une patiente



L'hypnose est une pratique à l'écoute, elle le montre ici en proposant de se situer du côté des patients, c'est à dire des « utilisateurs finaux » qui deviennent alors co-acteurs de leur santé.

QUELQUES ÉLÉMENTS DE MON PARCOURS

Alors que je commençais ma carrière à Paris après mes études supérieures, une maladie auto-immune dégradant mes muscles s'est déclarée.

Ces années de traitements divers et successifs ont été très difficiles à vivre pour moi, car s'accompagnant de forts sentiments de mal être : sensations de double peine, injustice, confusion, perte de repères, colère rentrée, culpabilité, incompréhensions multiples... Auxquels s'est ajoutée la frustration, en raison d'un régime alimentaire sans sucre-sans sel.

Après 2 rechutes sur une dizaine d'années, les choses se sont stabilisées, la destruction musculaire s'est arrêtée. Je présente des séquelles importantes, principalement une faiblesse musculaire généralisée, c'est-à-dire une forme de handicap moteur, engendrant restrictions et fatigues.

J'ai cruellement manqué de mise en perspective, de sens, de dialogue et d'humanité au cours de certains épisodes de ce parcours, que l'on pourrait nommer « maladresses » hospitalières.

La stabilisation des symptômes m'a permis de chercher différentes façons d'aller mieux. J'ai ainsi rencontré l'hypnose, à travers l'autohypnose et des séances d'hypnose avec des médecins.

JE REGROUPE LES BÉNÉFICES DE L'HYPNOSE DANS 2 DOMAINES

- La réconciliation avec la médecine, grâce à la relation soignant soigné, la co-expertise et l'alliance thérapeutique :

Je ne connaissais de la médecine que les prescriptions de médicaments et les relations techniques, difficiles et hiérarchiques.

Or le praticien en hypnose replace le soin dans la relation ; il accompagne, donnant toute son importance à la parole, aux ressentis du patient, pour une coopération efficiente. Le patient prend réellement une place de co-acteur, quels que soient (quasiment) son âge, sa condition physique et son niveau social.

L'hypnose n'est pas intrusive ni dans le corps ni dans l'esprit tandis qu'elle permet au patient de mieux se connaître, le situant même dans une « co-expertise ».

Le praticien, souvent lui-même en état modifié de conscience, installe la confiance et l'alliance thérapeutique pour une collaboration fructueuse, sans ingérence et de manière globale, à moindre coût. Je trouve que l'hypnose rend tout le monde « meilleur » : meilleur soignant, qui accompagne l'autre avec moins de stress et plus d'empathie, pour des soins dont l'efficacité est prouvée tout en préservant son propre équilibre ; meilleur soigné qui découvre ses ressources internes et interagit pour améliorer sa santé.

- La réconciliation personnelle et l'autonomisation du patient, qui devient partie prenante : Pour moi l'hypnose a permis un retour bienveillant sur mon histoire, une réconciliation avec moi-même. En effet, en se servant des souvenirs du patient, de ses propres images, sans les juger, en les intégrant, elle ne renforce pas les traumatismes, elle valorise ses ressources et permet de se (re) construire !

Visant l'autonomie du patient, l'autohypnose représente désormais pour moi une boîte à outils disponible au quotidien : en cas de découragement, je peux aller voir à l'intérieur de moi, activant mes ressources en fonction de ce qui m'arrive, ou lors de certains problèmes physiques, je peux faire des exercices contre la douleur, retrouver de l'énergie, en tous cas prendre soin de moi naturellement. Je terminerai en vous disant merci de pratiquer et de développer l'hypnose !





CHAPITRE 5

L'ENSEIGNEMENT DE L'HYPNOSE EN FRANCE

“ L’hypnose permet de faire mieux,
ce que l’on faisait déjà avant sans hypnose ”

Pr M.E Faymonville

Depuis 1996, la Confédération Francophone d’Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB), effectue un important travail d’enseignement et de transmission avec les 35 instituts et associations adhérentes. (Statuts en annexe). Elle est la structure historique de l’enseignement de l’hypnose en France et depuis sa création, elle considère la formation comme un enjeu majeur pour la qualité des soins et la prise en charge des patients. Dans ce domaine, la CFHTB est activement engagée. Positionnée comme force de propositions, elle est également une ressource pour ses adhérents.

I - Les formations privées

Les formations en hypnose sont très demandées et constituent un marché attractif dans le créneau du bien-être. Nombreuses propositions, dénuées de toute validation scientifique et médicale, de durées très variables, parfois même en e-learning non présentiel... entretiennent la promesse de résultats quasi miraculeux...

Ces formations ouvertes à tous, non réservées aux seuls professionnels de santé, soulèvent des interrogations d’ordre éthique. Parfois labellisées « hypnose thérapeutique », elles jouent sur l’idée de soins par l’hypnose. S’il n’existe pas encore de texte légal interdisant la dispense de ces formations à des non-professionnels de santé, la pratique de l’hypnose à visée thérapeutique par des non-médecins a par contre déjà fait l’objet de condamnations⁽³⁾ pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du code de la santé publique).

Face à cela, **la CFHTB propose une régulation et un contrôle des pratiques, et met en avant des formations de qualité, réservées aux seuls professionnels de santé.**

I-1 Les Instituts de formation en hypnose...

La CFHTB regroupe des Instituts Milton Erickson et des associations de praticiens travaillant dans le champ de l’hypnose et des psychothérapies brèves. Elle représente environ 3000 professionnels en France, Belgique, Luxembourg, Suisse, Québec... Elle réunit des associations qui répondent à de stricts critères d’éligibilité (exclusivement médecins, psychologues, dentistes et autres professionnels de santé, tous acceptant des critères éthiques rigoureux, dans le respect des patients).

I-2 L’harmonisation des formations

La CFHTB définit un cadre pour les formations délivrées par ses instituts adhérents. Les formations en Hypnose et Thérapies Brèves ne peuvent être dispensées qu’à des professionnels de santé, médecins, auxiliaires médicaux Diplômés d’État (Bac + 3) ou des psychologues. Les autres professionnels de santé ou assimilés doivent être « recommandés » par un réseau de soins, un hôpital et doivent ensuite exercer dans ce cadre strict.

Il est demandé à chaque stagiaire, avant de débiter une formation, de signer une charte éthique (en annexe). Le point 5 y précise : « Dans tous les cas, le passage à la pratique de l’hypnose restera conditionné à l’obtention d’une qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les étudiants des professions paramédicales, la pratique de l’hypnose supposera la mise en place d’une structure de travail supervisé selon le champ d’application par un hypnopratricien médecin, psychiatre, psychologue, ou Docteur en chirurgie dentaire ayant au moins 5 ans d’ancienneté de pratique en hypnose médicale ».

Un mémoire et/ou un travail personnel de fin de formation est demandé aux professionnels formés. Il valide la formation.

I-3 Le Certificat d’Hypnose clinique et thérapeutique (CHCT)

Il s’inscrit dans cette même dynamique d’exigence et d’excellence. Il harmonise l’exigence des programmes et valide le niveau attendu des professionnels formés. Le CHCT demande 300 heures organisées en deux parties (120 h pour un programme commun de base et 180 h pour une spécialisation thérapeutique).

3 - Cour d’appel, Toulouse, Chambre des appels correctionnels 3, 17 février 2009 n° 08/00429, 203/09 et n° 09-81.778 de la chambre criminelle du 09 mars 2010

Le CHCT est un véritable accompagnement pédagogique qui tient compte non seulement des heures de formations habituelles dont la supervision, mais aussi la participation à des colloques, congrès, forums, la présentation d'une communication, la lecture de revues consacrées à l'hypnose, la rédaction d'un article, etc. Le large éventail thématique des formations offert par la CFHTB autorise la spécialisation du stagiaire pour affiner son projet professionnel. Pour les stagiaires, c'est la possibilité de recevoir la formation d'autres intervenants dans d'autres lieux sans renoncer à leur association d'origine.

C'est une façon efficace d'amplifier ce à quoi nous participons : une humanisation de la médecine. L'hypnose est véritablement porteuse de cette réalité.

II - Des ressources pour l'enseignement ?

La CFHTB peut proposer à ses membres et en particulier aux formateurs : « animateur programme DPC », « formations de formateurs », « concepteur programme formation », « apprentissage vidéo montages », « promotion de travaux de recherche spécifiques »...

Une base de données bibliographiques, l'Hypnothèque, met aussi à disposition des formateurs et des stagiaires une riche collection de documents historiques, de travaux cliniques et de travaux de recherche.

Les nombreux échanges entre les membres de la Confédération, sur les valeurs, les publics éligibles aux formations, les programmes de formation et leur évaluation sont des moteurs de dynamisme et d'innovation. Ces échanges passionnés et passionnants contribuent à une remise en question et à un enrichissement permanents des programmes de formation conçus par les concepteurs et formateurs.

III - L'enseignement public universitaire

Au niveau universitaire, les parcours étudiants sont harmonisés selon le cursus LMD : Niveau Licence (1^{er} cycle), Niveau Master (2^d cycle), Niveau Doctorat (3^e cycle). Actuellement en France l'enseignement de l'hypnose est proposé principalement en 2^e et 3^e cycle.

Ainsi pour les jeunes médecins en formation, un enseignement est de plus en plus souvent proposé en 2^d cycle dans les facultés de Médecine (Montpellier, Paris, Tours...) sous la forme d'enseignements optionnels d'environ 20 h.

Les étudiants sont de plus en plus nombreux à demander que ces enseignements fassent partie de l'enseignement obligatoire pour tous, ce qui tend, peu à peu, à se mettre en place.

En 3^e les étudiants accèdent à des formations en hypnose sous la forme de Diplômes universitaires (DU), de Diplômes interuniversitaires (DIU) regroupant plusieurs universités et de Diplôme d'études supérieures universitaires (DESU). Actuellement, on recense en France 1 DESU, 5 DIU et 16 DU. (cf. liste en annexe). Ces enseignements sont soumis à l'agrément du conseil d'Administration (CA) propre à chaque université après avis décisionnaire de la Commission Formation et Vie Universitaire (CFVU) qui veille au respect de critères d'éligibilités très précis. Ainsi pour les métiers de la santé l'inscription à ces diplômes requiert : la détention d'un diplôme d'état (médecin, chirurgien-dentiste, infirmier(e), psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute...), et parfois un certain nombre d'années d'exercice professionnel ou un niveau de troisième cycle pour les étudiants.

Bien souvent ces formations sont conçues et réalisées en partenariat avec les Instituts de formation de la CFHTB. Les résultats pédagogiques sont encourageants et incitent à poursuivre cette dynamique qui ouvre sur la recherche.

En 2015, le rapport INSERM⁽⁴⁾ note « Certains organismes se positionnent de manière très claire pour que la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique soit réservée à des professionnels de santé, suivant le positionnement de la Société européenne d'hypnose (ESH) et de la Société Internationale d'Hypnose (ISH). Ces organismes réservent donc les formations exclusivement aux professionnels de santé. C'est le cas des organismes membres de la CFHTB (Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves) ».

Au sein de la CFHTB, les formateurs, concepteurs et les animateurs sont toujours des professionnels de terrain, reconnus dans leur domaine de compétences. Ils s'engagent à faire évoluer leurs programmes au fur et à mesure des avancées scientifiques en actualisant et développant leurs connaissances par les moyens les plus adaptés. Il est recommandé aux professionnels qui utilisent l'hypnose de participer activement aux rencontres, conférences, forums, congrès scientifiques dans leurs spécialités. La pratique de supervision est aussi un outil précieux d'actualisation des connaissances.

4 - J. Gueguen, C. Barry et All. INSERM U1178; Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, Paris, 2015

Témoignage : Enseigner l'hypnose clinique et thérapeutique

“

J'enseigne l'hypnose depuis 20 ans; je préfère pour ma part dire «hypnothérapie» plutôt qu'«hypnose» puisque je suis psychologue-psychothérapeute, pour bien montrer aussi à nos élèves et stagiaires que l'hypnose n'est pas une baguette magique, mais un outil thérapeutique à employer strictement dans le cadre de son champ professionnel.

- Enseigner des techniques est relativement simple :
Le premier contact avec le processus hypnotique est généralement enthousiasmant pour les apprenants, car ils ont la sensation agréable de découvrir des possibilités d'interventions thérapeutiques. Cependant certains se heurtent déjà aux premiers écueils : le processus hypnotique emmène nos élèves (grâce aux nombreux exercices pratiques) dans ce qui se passe à l'intérieur d'eux-mêmes, beaucoup sont confrontés pour la première fois à la rencontre parfois douloureuse de leurs sensations et de leurs émotions.

Certains découvrent aussi la nécessité de faire une thérapie ou au moins des séances d'hypnothérapie pour aller «nettoyer» et réparer ce qui les entrave dans leur vie actuelle. D'aucuns d'ailleurs viennent en formation pour eux-mêmes d'abord. Je les encourage donc vivement à faire une démarche thérapeutique ou de supervision.

Après le temps de la découverte enthousiasmante, l'apprentissage devient plus compliqué.

Au-delà du maniement des techniques, il faut apprendre à les utiliser de façon thérapeutique, il faut désapprendre une façon de penser et de procéder utilisée depuis des années et adopter une autre logique, celle qui convient à la conscience élargie.

- Une difficulté majeure : construire et enchaîner le corps d'une séance et les séances elles-mêmes. Pour parodier E. Berne : « que dites-vous après avoir dit bonjour! », la difficulté se corse encore : il faut déterminer des objectifs, explorer des pistes thérapeutiques qui sont porteuses (ou non) de résultats; il faut les réajuster ou en changer en cours de route pour rester en permanence adapté au patient et au présent de la séance. Il y doit y avoir un pilote dans le navire et le thérapeute doit être garant du cap, même s'il faut faire de nombreux détours et louvoyer entre les récifs.

- Pour les anesthésistes, les urgentistes, les dentistes, tous ceux qui travaillent avec la douleur aiguë, la difficulté est autre : celle de prendre en charge un patient dont on ne connaît que peu de choses, de trouver immédiatement une accroche pour qu'il puisse entrer en processus hypnotique, et de faire en sorte que ce processus se maintienne suffisamment longtemps et de façon suffisamment efficace pour que le chirurgien puisse travailler, que la fracture puisse être réduite, que le patient puisse être soigné, challenge qui demande au soignant de mobiliser toute sa créativité et son savoir-faire.

- Ce n'est donc pas seulement la séance qu'il faut construire, mais toute la thérapie adaptée au patient : formuler des hypothèses thérapeutiques, savoir faire un diagnostic sur la base des connaissances du praticien, réfléchir aux techniques les plus adaptées et en même temps se laisser porter par son intuition dans un léger processus hypnotique qui permet de mieux rester en communication avec l'autre.

Il est donc particulièrement important que l'enseignement de l'hypnose soit effectué exclusivement par des professionnels de santé qui ont une pratique quotidienne de ce qu'ils enseignent.

Mais aussi :

- que ces enseignants soient eux-mêmes dans une démarche permanente de réflexion, de formation continue, car l'utilisation de l'hypnose est en avancée grâce aux neurosciences et à la recherche psychologique;
- que cet enseignement soit effectué par des professionnels qui savent transmettre un savoir de façon claire et utilisable;
- que ce savoir soit utilisé en respectant une éthique rigoureuse qui protège le patient de tout emploi abusif;

En conclusion, il doit être transmis uniquement par des professionnels de santé et exclusivement dans le cadre de leurs compétences professionnelles, telles que définies par le Code de la santé.

”

IV - Éducation des jeunes générations de soignants

Comment les conserver dans les champs médicaux, psychothérapeutiques et de la santé ?

La démarche médicale nécessite une mise à jour des connaissances et de l'enseignement de la discipline. L'histoire de l'hypnose clinique remonte au XVIII^e siècle. Cependant, les preuves neuroscientifiques du processus sont récentes. L'imagerie cérébrale fonctionnelle a permis d'identifier un processus hypnotique spécifique dans les années 1990 et 2000^{(2) (4)}. La littérature actuelle retient les indications formelles de l'hypnose clinique dans le traitement de la douleur et de l'anxiété aiguës, et dans le traitement des troubles fonctionnels intestinaux⁽⁵⁾. Les essais randomisés contrôlés évaluant l'hypnose clinique en psychiatrie sont rares⁽⁶⁾.

IV- 1 Conserver l'hypnose dans le champ de la clinique

- Il est nécessaire de maîtriser avec rigueur les outils de son métier de base avant d'y ajouter l'hypnose clinique, au regard de la littérature scientifique internationale. Cela requiert de maintenir ses compétences techniques à jour.
- De plus, l'hypnose clinique est un complément aux soins, dans une perspective de prise en charge globale. L'hypnose clinique fait partie des soins relationnels et de la communication.
- Pour éviter les retards à la prise en charge, il est recommandé d'éviter de proposer l'hypnose clinique comme une thérapie en soi.
- Il est possible d'adapter les techniques hypnotiques à chaque patient dans son individualité.
- Pour une reconnaissance plus globale de l'efficacité clinique, il faut élaborer des protocoles de recherche en accord avec la méthodologie scientifique actuelle. Pour les processus complexes, englobant la relation, la philosophie, la sociologie, l'anthropologie, ou autres disciplines des sciences humaines, il est possible de travailler avec des méthodologies qualitatives. La méthodologie qualitative permet de générer de nouvelles hypothèses pour expliquer les phénomènes complexes (exemple : le soin psychique). Pour confirmer ou infirmer ces hypothèses, il faut élaborer des essais thérapeutiques randomisés contrôlés, avec une mesure objective et indépendante d'un critère de jugement issu des hypothèses préalablement identifiées.
- Certains patients sont angoissés par ce terme, par exemple du fait des représentations et du fantasme de contrôle de l'autre véhiculée par l'hypnose de foire ou de rue. L'effet placebo ou nocebo du mot hypnose est déjà évalué dans certaines études.
- Le financement de la recherche est un frein fréquent. De nouvelles solutions de financement doivent être explorées pour asseoir scientifiquement une pratique manifestement efficace et source d'économie de santé.

IV - 2 L'éducation de la nouvelle génération

Un des freins majeurs au développement de l'hypnose clinique est l'accès à la formation, notamment pour les jeunes professionnels de santé en formation. Le développement professionnel des compétences en hypnose clinique prend du temps, et plus les professionnels de santé se formeront tôt, plus ils auront le temps de développer leur expertise et d'éventuels protocoles de recherches adaptés.

Plusieurs universités ont des diplômes universitaires d'hypnose clinique accessibles aux étudiants en médecine de troisième cycle. Plusieurs Facultés de médecine ont également créé des enseignements optionnels de plusieurs dizaines d'heures pour enseigner l'hypnose clinique. Ce développement doit être encouragé pour permettre une meilleure intégration de ces outils dans la formation initiale au savoir-être et aux compétences relationnelles.

En parallèle, les cursus d'enseignement des autres professions de la santé devraient également intégrer des initiations à l'hypnose clinique pour leurs étudiants.

Bibliographie

- (1) Tosti G, « Le grand livre de l'hypnose », Eyrolles, 2015, ISBN-10 2 212 559046
- (2) Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC, « Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not Somatosensory Cortex », *Science*, 1997, Vol. 277, Issue 5328, pp. 968-971, DOI : 10.1126/science.277.5328.968
- (3) McGeown WJ, Mazzone G, Venneri A, Kirsch I, « Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. », *Consciousness and Cognition*, Vol 18, Issue 4, 2009, Pp 848-855 DOI : 10.1016/j.concog.2009.09.001
- (4) Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D, « Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. », 2017, *Cerebral Cortex*, Vol. 27, Issue 8, Pp 4083-4093, DOI : 10.1093/cercor/bhw220
- (5) Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B, « Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose », INSERM, 2015, URL : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- (6) Chiu L, Lee HW, Lam WK, « The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of chinese psychiatric patients », *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol 66, 2018 - Issue 3, pp 315-330, DOI : 10.1080/00207144.2018.1461472

CHAPITRE 6

LA RECHERCHE CLINIQUE SUR L'HYPNOSE

On désigne classiquement par « recherche » un processus expérimental visant à confirmer ou non une hypothèse.

L'être humain est un intense sujet de recherche dans tous les domaines qui le caractérisent et, à cet égard, l'état d'hypnose ne devrait pas y échapper. Dans la base de données internationales *Pubmed*, on recense environ 15 000 articles ayant trait à l'hypnose de 1940 à nos jours ; **soit environ 150 à 200 publications par an en moyenne**. Parmi celles-ci, 1500 sont des revues de la littérature ou des méta-analyses et 1000 seulement sont des essais cliniques. Actuellement les principales revues, référencées ou non, et dédiées à l'Hypnose sont : *The American Journal of Clinical Hypnosis*, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, *European Journal of Clinical Hypnosis*.

Hypnose et Thérapies Brèves, *Trances* sont en France des revues professionnelles.

Paradoxalement, et pendant longtemps, la puissance remarquée de cette technique a pu réduire le besoin d'en démontrer l'efficacité à l'aide d'un protocole de recherche expérimentale méthodique. Mais ceci a fait le lit des suspicions. Depuis la recherche a bien montré, de façon reproductible et cohérente, l'activation en hypnose de zones cérébrales précises. À l'appui d'un rapport de l'Académie Nationale de Médecine en 2013 ⁽¹⁾, **un rapport de l'INSERM a souligné en 2015** l'intérêt de développer la recherche sur l'hypnose. Le lecteur est ici invité à consulter gratuitement en ligne ce rapport très complet dans lequel sont analysées les principales données bibliométriques relatives à l'hypnose (revues Cochrane, PHRIP...)⁽²⁾.

I - Les 4 grands domaines de recherche autour de l'hypnose.

I-1- L'état d'hypnose à la lumière de la recherche

Cette question reste aujourd'hui débattue. Depuis Anton Mesmer et le Marquis de Puységur, au XVIII^e siècle, on sait qu'en dépit des apparences, l'état hypnotique diffère du sommeil profond. Dans les années 1970 des recherches électroencéphalographiques (EEG) confirmeront cela sans équivoque. Même si au XIX^e siècle, le Pr Charcot à la Salpêtrière pensait qu'il s'agissait d'un état pathologique propre à l'hystérie, les Docteurs Braid, Bernheim, Coué et d'autres ont insisté sur le caractère physiologique de cet état, et même, de son caractère exploitable en thérapeutique et chez tout-un chacun ⁽³⁾.

Freud lui-même, élève de Charcot, partageait ce dernier point de vue. Ses travaux sur l'inconscient sont issus des pratiques de l'hypnose de l'époque. C'est dans ce contexte que le XX^e siècle a connu l'essor de la psychanalyse. Pionnier des neurosciences, Freud avait ouvert la voie ⁽⁴⁾.

Milton Erickson a sorti définitivement l'hypnose de l'impasse en soulignant les notions de dissociation et de suggestibilité, renouant ainsi avec ses prédécesseurs et avec les vertus thérapeutiques de l'hypnose occultée durant des décennies ⁽⁵⁾. Vers le début des années 1980, l'inconscient fut ainsi peu à peu présenté en France, au travers de l'hypnose dite «Ericksonienne», comme au contraire bienveillant : une partie du cerveau qui trouve les solutions à nos problèmes.

Ces évolutions conceptuelles étaient alors sous-tendues par les recherches sur la latéralisation hémisphérique (les notions de «cerveau droit» et «cerveau gauche») et la spécialisation fonctionnelle du cortex vis-à-vis des zones de la motricité ou les aires du langage par exemple. Le cerveau gauche du droitier analysant le problème en le prenant sous différents angles ; tandis que le cerveau droit le résolvait en trouvant une manière de lui accorder une importance moindre ou différente.

Le XXI^e siècle connaît l'essor constant de l'imagerie fonctionnelle et la possibilité d'étudier les zones du cerveau qui s'activent lorsque celui-ci travaille. La compréhension des états de conscience est aujourd'hui un sujet de recherche très intense en psychologie et en sciences cognitives. De prestigieuses équipes comme celles de Dehaene et Naccache en France ou de Damasio aux USA tentent de comprendre comment fonctionne notre conscience et à partir de quelles structures cérébrales ^{(6) (7) (8)}.

L'un des concepts dominants aujourd'hui est celui de l'espace neuronal global où la conscience apparaît comme la résultante d'une communication synergique, et en constante mise à jour, entre plusieurs réseaux cérébraux (système exécutif, système limbique et réseau dit « du mode par défaut » ou DMN).

À l'aune de ces approches nouvelles, et de la visualisation par l'imagerie de ces réseaux de structures cérébrales complexes activées durant la transe hypnotique, la notion d'activation de conscience tend à compléter celle d'inconscient pour désigner le partenariat précieux qui s'opère durant le phénomène hypnotique^{(6) (7) (8) (9)}. Poursuivre la recherche sur cet état de conscience particulier, mais naturel et physiologique qu'est l'hypnose, c'est étudier et comprendre le fonctionnement même du cerveau et son développement.

I-2 - Les mécanismes de fonctionnement et les réseaux actifs en hypnose

Si l'EEG avait permis de distinguer l'hypnose du sommeil, ce type d'exploration ne possède pas une résolution temporelle et spatiale suffisante pour préciser les structures cérébrales activées durant l'hypnose. Même le scanner et l'IRM ne suffirent pas et c'est finalement l'IRM fonctionnelle (IRMf) qui a permis de grandes avancées dans l'identification des structures activées durant la transe hypnotique¹⁰.

D'autres techniques comme l'imagerie moléculaire (PET-scan par exemple) pourraient apporter, dans le futur, des données complémentaires, en particulier à l'aide de traceurs spécifiques des différents neurotransmetteurs cérébraux (Dopamine, Sérotonine...).

Ce domaine de l'exploration de l'hypnose par imagerie est en plein essor et c'est, notamment, au travers de ces approches complexes qu'ont pu être étudiés aussi les mécanismes impliqués dans la douleur avec les travaux pionniers du Pr Faymonville en Belgique qui se poursuivent toujours activement^{(10) (11)}.

Ainsi l'hypnose offre-t-elle aujourd'hui, en réalité, un outil d'étude et de compréhension tout à fait privilégié du fonctionnement du cerveau, en complément des techniques les plus modernes des neurosciences.

I-3 - Les indications pour les symptômes ou pathologies cliniques

L'hypnose est aujourd'hui utilisée dans de nombreux domaines de la santé. Bien conduite son efficacité n'est plus à démontrer. La première génération de praticiens en hypnose a longtemps pratiqué une hypnose d'ultime recours, lorsque les méthodes « officielles » avaient échoué. Aujourd'hui, de nombreux professionnels de santé (médecins, infirmières, psychologues cliniciens...) utilisent l'hypnose dans leur pratique quotidienne.

Depuis moins de 10 ans, une nouvelle génération de praticiens apparaît. Celle de médecins spécialistes, qui connaissent bien les pathologies de leurs disciplines (neurologues, dermatologues, rhumatologues, psychiatres, gastro-entérologues...) et la trajectoire habituelle de leurs patients, et qui se forment à l'hypnose pour trouver les outils qui leur permettront de les aider là où leurs approches habituelles ne leur permettent pas d'apporter au patient la guérison ou l'amélioration attendue. De surcroît, ce mouvement enrichit la pratique du soin et vient renforcer l'empathie et la communication thérapeutique que les progrès purement technologiques de la médecine relèguent parfois au second plan.

On peut distinguer schématiquement 4 grands domaines du soin dans lesquels la recherche clinique sur l'hypnose existe à des degrés variables et devrait, idéalement, continuer de se développer et s'étendre à de nouvelles disciplines au profit des patients :

- **La douleur aiguë ou chronique.** L'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur est aujourd'hui très répandue y compris lors de gestes désagréables, voire douloureux (hypnoanalgésie). Quoiqu'encore assez empirique, la recherche en hypnose dans la douleur aiguë est principalement marquée par l'extension des indications dans les explorations fonctionnelles, les interventions chirurgicales ou en radiologie interventionnelle (coloscopie, thyroïde, tumeur cérébrale, neuro-vasculaire...) dans lesquelles l'anesthésiste présente un recours à l'hypnose (hypnosédation) en complément d'une anesthésie locale de qualité. La douleur chronique est un domaine différent et complexe où la part de douleur morale est souvent significative. Une prise en charge pluridisciplinaire par une équipe expérimentée y est, le plus souvent, tout-à-fait nécessaire^{(11) (12) (13)}.

- **Les symptômes dits « fonctionnels »** (céphalées, maladies de peau, acouphènes, bégaiement, tics...). Parfois, ces symptômes sont consécutifs à un traumatisme passé ou au stress, de quelque origine qu'il soit. Le champ de la recherche clinique dans ces domaines est immense chez l'enfant comme chez l'adulte.

- **Les troubles psychiques et les addictions.** Il s'agit par exemple des phobies, de la dépression, des troubles anxieux, du trouble obsessionnel compulsif (TOC) ou encore des troubles de la sexualité. La prise en charge des addictions par l'hypnose clinique concerne le plus souvent le tabac, mais aussi les jeux ou les écrans. Le sevrage à l'alcool est, quant à lui, beaucoup plus complexe et requiert, en général, une prise en charge pluridisciplinaire prolongée.

- **Les différents troubles de l'estime de soi** enfin concernent pratiquement toutes les disciplines dans la mesure où n'importe quel symptôme chronique implique une différence. Même peu « visible » cette différence peut induire une faible estime de soi qui altère parfois finalement plus la qualité de vie de la personne que la pathologie de départ elle-même (obésité, diabète, épilepsie, maladie de peau...).

L'efficacité de toutes ces pratiques gagnerait à rejoindre, au travers de la recherche clinique, le champ de ce qu'il est désormais courant d'appeler la médecine fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*), tout en restant très prudente face aux écueils méthodologiques. Nous pensons qu'il faut encourager, au travers de la recherche clinique, l'évaluation de protocoles de soins utilisant l'hypnose dans ces différents domaines et explorer aussi son apport dans de nouveaux secteurs.

I-4 - Les réactions biologiques dans le corps et les études

Très peu d'études ont encore été menées sur le versant de la biochimie et de la biologie moléculaire en hypnose. On sait pourtant l'importance des neurotransmetteurs dans les processus cognitifs.

Quelques études ont permis d'identifier l'activation des stéroïdes durant la transe hypnotique, mais les techniques de mesure restant invasives, il est encore difficile de mesurer chez des sujets volontaires sains les modifications biologiques intracérébrales induites durant ce type de fonctionnement mental. De nouvelles approches appelées métabolomiques et réalisées à partir des fluides biologiques facilement accessibles (sang, urines, fèces) pourraient permettre, dans l'avenir, d'identifier des biomarqueurs spécifiques de l'état hypnotique. La recherche est encore loin d'étudier les gènes activés ou inhibés durant une séance d'hypnose. Pourtant, tous les outils techniques pour cela sont disponibles.

Conclusions et perspectives

Aujourd'hui, l'hypnose clinique est à nouveau enseignée dans les universités du monde entier, bien que de manière souvent ponctuelle et optionnelle. De très nombreux médecins et membres des professions paramédicales apprennent à pratiquer l'hypnose dans le cadre de leur formation continue et le plus souvent grâce aux instituts de formation spécialisés regroupés en France sous l'égide de la CFHTB.

Mais c'est du côté de la recherche que le bât blesse encore véritablement. Actuellement, trop peu d'appels d'offres publics ou institutionnels ciblent et encouragent spécifiquement la recherche en hypnose en France ou en Europe. Pourtant, bon nombre de domaines pourraient bénéficier de ces recherches, comme par exemple les recherches sur le devenir et la qualité de vie en cancérologie, dans le champ des maladies chroniques ou encore du handicap, sans oublier aussi l'économie de la santé.

De par ses caractéristiques, le sujet et le praticien savent *a priori* qu'ils sont en train d'utiliser l'hypnose. De sorte qu'il est difficile d'effectuer des recherches « en aveugle » afin de s'affranchir de la subjectivité du patient et/ou de l'expérimentateur.

Nouveaux paradigmes

Aujourd'hui cependant, de nouveaux paradigmes de recherche apparaissent dans ce que l'on appelle la recherche qualitative où les témoignages des sujets (ou PRO pour patient reported outcome) sont pris en compte⁽¹⁴⁾. Le rapport de l'INSERM précité recommande « d'avoir recours à ces études qualitatives dans un premier temps, afin de préciser le critère de jugement le plus pertinent pour les études quantitatives »⁽²⁾. Ces nouvelles modalités d'analyse pourraient permettre de développer la recherche en hypnose, considérée à tort comme peu fiable au motif qu'elle s'adapte peu aux essais randomisés contre placebo (ERCP) conventionnels. La communauté scientifique internationale sait pourtant combien cette seule méthodologie ne garantit pas, ipso facto, l'obtention de résultats reproductibles et pertinents.

En outre, les moteurs de recherche ne recensent pas suffisamment les recherches menées dans les médecines intégratives et complémentaires et de nouvelles bases de données sont en cours de constitution. Favoriser le partage des données reste toujours un stimulant déterminant en recherche⁽¹⁵⁾.

La recherche pharmaceutique cherche à s'affranchir de l'effet placebo. Cet effet étrange qui permet de réduire une partie du symptôme par le biais de l'opinion subjective du patient. La recherche en hypnose cherche à exploiter, au contraire, ces mécanismes. Ces voies de recherche, parce qu'elles impliquent le patient avec ses ressources propres dans le processus de guérison, revêtent un risque très faible d'effets indésirables et de complications⁽²⁾. Les coûts de ces méthodes sont moindres et leurs bénéfices durables. Pour autant qu'un cadre professionnel et que la compétence soient au rendez-vous, de nombreux praticiens formés pourraient participer à des protocoles de recherche guidés par des scientifiques garants des procédures méthodologiques rigoureuses et standardisées au sein des divers établissements publics de recherche (CHU, INSERM, CNRS...).

Reste à individualiser des fonds de recherche mis à profit pour ces approches thérapeutiques qui peuvent parfois résoudre des problèmes qu'aucun médicament ne peut solutionner⁽¹⁵⁾.

Enfin, parce que l'hypnose clinique a montré, depuis bientôt 200 ans, comment un patient peut activement participer à sa thérapie avec de puissantes ressources psychiques propres, l'hypnose est probablement l'une des premières formes de ce que l'on appelle aujourd'hui la médecine personnalisée.

À l'appui du rapport de l'INSERM⁽²⁾, il existe donc aujourd'hui un très large consensus au sein de la CFHTB qui préconise la promotion d'une recherche scientifique accrue et de qualité sur l'hypnose. Ces travaux sont susceptibles (i) de bénéficier à terme à de très nombreux patients (ii) de contribuer à une meilleure connaissance du fonctionnement cérébral et (iii) de réduire significativement les coûts de la santé dans de nombreux domaines.

Bibliographie

- 1 - Académie Nationale de Médecine. (2013) Les thérapies complémentaires : leur place parmi les ressources de soin, Paris, Rapport, 33 p.
- 2 - INSERM U1178. (2015) Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, Paris, Rapport, 213 p. www.inserm.fr/sites/default/files/201711/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- 3 - Braid J. (1843) *Neurypnology or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal*. London, J. Churchill Eds.
- 4 - Borch-Jacobsen M. (2015) *L'hypnose. D'après les textes de S. Freud*, Paris, L'Iconoclaste Eds.
- 5 - Rossi EL. (1980) *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. New York, Irvington Eds.
- 6 - Dehaene S. (2014) *Le code de la conscience*, Paris, Odile Jacob Eds.
- 7 - Naccache L. (2009) *Le Nouvel Inconscient*, Paris Odile Jacob Eds.
- 8 - Damasio A. (2010) *L'erreur de Descartes*. Paris, Odile Jacob Eds.
- 9 - Landry M, Lifshitz M, Raz A. (2017) Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neurosci Biobehav Rev*, 81, 75-98.
- 10 - Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville ME. (2014) Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin*, 44, 4, 343-53.
- 11 - Thompson T, Terhune DB, Oram C, Sharangparni J, Rouf R, Solmi M, Veronese N, Stubbs B. (2019) The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials, *Neurosci Biobehav Rev*, 99, 298-310.
- 12 - Lee JK, Zubaidah JO, Fadhilah Isi, Normala I, Jensen MP. (2019) Prerecorded hypnotic peri-surgical intervention to alleviate risk of chronic postsurgical pain in total knee replacement: a randomized controlled pilot study, *Int J Clin Exp Hypn*, 67, 2, 217-245.
- 13 - Gregoire C, Chantrain C, Faymonville ME, Marini j, Bragard i. (2019) A hypnosis-based group intervention to improve quality of life in children with cancer and their parents, *Int J Clin Exp Hypn*, 67, 2, 117-135.
- 14 - Lachal J, revah-levy A, Orri M, Moro MR. (2017) Metasynthesis: An Original Method to Synthesize Qualitative Literature in Psychiatry, *Front Psychiatry*, 1, 8, 269.
- 15 - Jensen MP, Jamieson GA, Lutz A, Mazzoni G, Mcgeown WJ, Santarcangelo EL, Demertzi A, De Pascalis V, Banyai ÉI, Rominger C, vuilleumier P, Faymonville ME, Terhune DB. (2017) New directions in hypnosis research: strategies for advancing the cognitive and clinical neuroscience of hypnosis, *Neurosci Conscious*, 3(1)..

II - Focus sur la recherche en psychologie...»

Elle peut se faire sur le terrain clinique ou en laboratoire de recherche (universités, INSERM, CNRS...). Les psychologues sont formés au processus de la recherche dès la 4^e année de leurs études, certains poursuivant jusqu'en doctorat de 3^e cycle (équivalent du *PhD* anglo-saxon). En France, seule l'université de Paris 8 (Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie – EA2027) est inscrite auprès de l'HCERES⁵ comme possédant un axe de recherche sur les trances, et très particulièrement sur l'hypnose. Pour autant, d'autres laboratoires de psychologie mènent des recherches autour de l'hypnose et de sa pratique, citons par exemple l'université de Bourgogne Franche-Comté, de Picardie ou encore de Paris 10 - Nanterre. Un groupe de recherches interuniversitaires autour des trances existe depuis 2017, réunissant 9 laboratoires de recherche et dont le 1^{er} colloque interuniversitaire « hypnoses et trances » a eu lieu en février 2019 se faisant l'écho des premières avancées.

Le nombre de thèses de 3^e cycle en psychologie questionnant l'hypnose reste encore modeste en France (18 thèses en psychologie soutenues ont le terme « hypnose » ou « hypnothérapie » en mot clef⁶; 6 sont en cours). Cela est principalement dû à un déficit d'enseignants-chercheurs travaillant spécifiquement dans ce champ (à titre d'exemple, seulement 3 professeurs, dont 2 émérites, ont dirigé plus de 2 thèses avec « hypnose » en mot clef).

Et si l'on cherche en amont, l'hypnose reste étudiée dans très peu de cursus universitaires initiaux de psychologie, à quelques exceptions près où un enseignement long existe (Paris 8 par exemple). Elle est par contre citée comme pratique « historique » dans nombre d'entre elles.

La base de données scientifiques référence pour les psychologues est PsycInfo (American Psychological Association). Bien entendu, des articles dans le champ de la psychologie peuvent se retrouver dans d'autres bases de données plus générales (ScienceDirect, Scopus, Cairn...) ou spécialisés (comme Medline, qui est la base de données médicale de référence).

Concernant les besoins pour les États généraux de l'hypnose tenus en préambule à ce livre blanc nous avons procédé à une recension sur les 10 dernières années à partir de ces bases de données PsycInfo. La recherche à partir de « Hypnosis or hypnotherapy » de 2008 à 2018 a donné 1269 entrées (dont : 863 « hypnosis », 473 « hypnotherapy », 54 « hypnotic suggestibility »). 43 de ces articles sont en langue française (France, Belgique, Suisse, Montréal).

• Les grandes thématiques explorées pour l'hypnose

- L'hypnotisabilité (Khodaverdi-Khani et Laurence, 2016; Barnier et al, 2014; Mazzoni et al, 2014) : la controverse organique / psychique existe toujours pour savoir à quoi attribuer les variations d'entrée dans l'hypnose d'une personne à l'autre. Comme souvent, la vérité est sans doute dans l'idée que les deux niveaux sont impliqués et qu'il reste compliqué de décider qui de la poule ou de l'œuf... Les travaux se poursuivent donc sur notamment la question du lien entre hypnotisabilité et les processus mémoriels, ou encore de savoir en quoi les liens précoces pourraient influencer sur la susceptibilité hypnotique.

5 - Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

6 - Source : Agence bibliographique de l'enseignement supérieur

- Les manifestations cognitives de l'hypnose (Robin, 2014; Kihlstrom, 2014; Cardeña 2014; Mathieu et al, 2014) : comme la mémoire, l'attention, la conscience, les processus inconscients (au sens de : automatiques cependant, car l'étude de l'inconscient non cognitif – Ericksonien par exemple – ne donne lieu à presque aucun écrit scientifique dans des revues qualifiées).
- La psychopathologie (Cardeña et Marcusson-Clavertz 2016; Fareng et Plagnol, 2014; Cox et al, 2014; Bachelart et al, 2013) : là aussi, les travaux continuent à être riches sur les dissociations normales et pathologiques (par exemple, hypnose vs trauma), les processus délirants et hallucinatoires (par exemple, hypnose vs schizophrénie), ou encore pour faire le lien avec le point précédent : les liens entre hypnotisabilité, aptitude aux processus délirants, hauts potentiels. Ajoutons la question de l'hypnose et l'aptitude aux somatisations, qui ne sont pas réglées depuis Charcot, avec même des hypothèses laissant penser que ce dernier n'avait finalement peut-être pas tout à fait tort.
- Les indications (Leplus-Habeneck et Bioy, 2016; Ong et al, 2015; Jensen et Patterson, 2014; Green et al, 2014; Alladin, 2010) : la douleur bien entendu (chronique pour ces travaux en psychologie), et aussi les troubles anxieux (phobie, attaque de panique...), la perte et la dépression sont majoritairement représentés.
- Les processus thérapeutiques et psychothérapeutiques : (Chabridon et al, 2018; Bioy, 2017; Lynn et Laurence, 2015, Bioy, 2015; Varga, 2014; Halligan et Oakley, 2014; Bonshtein, 2012; Bioy et Nègre, 2010) avec principalement l'étude des dynamiques relationnelles, les effets des différentes procédures notamment en lien avec les processus métaphoriques et aussi la suggestion. Mais aussi l'exploration des différents courants et leur « croisement » avec l'hypnose au sein de diverses techniques (comme hypnose et TCC par exemple).

On observe donc une richesse de la recherche sur l'hypnose en psychologie, qui s'intéresse de plus en plus aux effets et à la dynamique des processus internes et relationnels plutôt qu'à l'efficacité de l'hypnose sur un symptôme, sujet plutôt laissé au monde médical. Ce mouvement pour saisir ce que l'on peut finalement appeler « l'expérience hypnotique » se renforce progressivement avec un intérêt de plus en plus marqué pour les méthodes qualitatives centrées sur les vécus des patients et en quoi ces vécus participent des effets obtenus, au-delà de la simple technique hypnotique. Concernant la situation en France, elle réclame un soutien plus appuyé de la promotion des enseignants-chercheurs travaillant ces thématiques, en même temps qu'un effort pour donner une vraie place à l'étude de l'hypnose dans les cursus initiaux de psychologie et de psychopathologie.

Bibliographie

- Alladin, A. Evidence-based hypnotherapy for depression *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol 58(2), Apr, 2010 pp. 165-185.
- Bachelart, M., Bioy, A., & Crocq, L. (2013). L'hypnose Ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique. *Annales Médico psychologique*, 171 (9), 667-670
- Barnier AJ, Cox RE, McConkey KM. The province of 'highs': The high hypnotizable person in the science of hypnosis and in psychological science. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(2), Jun, 2014. Special Issue: Hypnosis: Contributions to Psychological Science and Clinical Practice. pp. 168-183.
- Bioy, A. (2017). L'hypnose. Paris : PUF (Que sais-je ?).
- Bioy, A. (2015). Le travail métaphorique en hypnothérapie dans un cadre de thérapie familiale : éléments cliniques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2 (55), 11-23

- Bioy, A., & Nègre, I. (2010). Analogy in metaphors. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 10 (1), 2-9.
- Bonshtein U. Relational Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 60(4):397-415
- Cardeña E. Hypnos and psyche: How hypnosis has contributed to the study of consciousness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(2), Jun, 2014. Special Issue: Hypnosis: Contributions to Psychological Science and Clinical Practice. Pp. 123-138.
- Cardeña, Etzel; Marcusson-Clavertz, David; The relation of hypnotizability and dissociation to everyday mentation: An experience-sampling study. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 3(1), Mar, 2016 pp. 61-79
- Chabridon G, Nekrouf N., Bioy A. (2018). État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. *Encéphale*, 43 (5), 498-501
- Cox, Rochelle E.; Barnier, Amanda J.; Scott, Andrew; An hypnotic analogue of alien control: Modeling the delusion and testing its impact on behavior and self monitoring. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(4), Dec, 2014 pp. 407- 430
- Fareng M, Plagnol A. Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose.. *PSN - psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*, Springer Verlag, 2014, 12 (4), pp.29-46.
- Green JP, Laurence JR, Lynn SJ. Hypnosis and psychotherapy: From Mesmer to mindfulness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(2), Jun, 2014. Special Issue: Hypnosis: Contributions to Psychological Science and Clinical Practice. Pp. 199-212.
- Halligan PW, Oakley DA. Hypnosis and beyond: Exploring the broader domain of suggestion. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(2), Jun, 2014. Special Issue: Hypnosis: Contributions to Psychological Science and Clinical Practice. Pp. 105-122.
- Khodaverdi-Khani M, Laurence JR. Working memory and hypnotizability. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 3(1), Mar, 2016. pp. 80-92.
- Kihlstrom JF, Hypnosis and cognition. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(2), Jun, 2014. Special Issue: Hypnosis: Contributions to Psychological Science and Clinical Practice. Pp. 139-152.
- Jensen M, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: Clinical implications of recent research findings. *American Psychologist*, Vol 69(2), Feb- Mar, 2014 Special Issue: Chronic Pain and Psychology. Pp. 167-177.
- Leplus-habeneck, JS, Bioy, A. (2016) Un autre visage de la douleur : accompagnement hypnothérapeutique d'un deuil pathologique exprimé par des névralgies post-zostériennes. In N. Dumet, L. Fernandez (Eds). *Psychopathologie clinique du somatique : 12 études de cas*. Paris : InPress.
- Lynn SJ, Laurence JR. Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol 57(3), Jul, 2015. pp. 314-329.
- Mathieu L, Appourchaux K, Raz A. Elucidating unconscious processing with instrumental hypnosis. *Frontiers in Psychology*, Vol 5, Jul 28, 2014. ArtID: 785
- Mazzoni G, Laurence JR, Heap M. Hypnosis and memory: Two hundred years of adventures and still going! *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(2), Jun, 2014. Special Issue: Hypnosis: Contributions to Psychological Science and Clinical Practice. Pp. 153-167.
- Robin F. (2014), Hypnose. Processus, suggestibilité et faux souvenirs, De boeck
- Varga K, Jozsa E, Kekecs Z. Comparative Analysis of Phenomenological Patterns of Hypnotists and Subjects: An Interactional Perspective. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(3), Sep, 2014. pp. 308-319.
- Ong, Anthony D.; Zautra, Alex J.; Reid, M. Chronic pain and the adaptive significance of positive emotions. *Carrington; American Psychologist*, Vol 70(3), Apr, 2015 pp. 283-284.



CHAPITRE 7

L'HYPNOSE ET SON CADRE ÉTHIQUE

Introduction

L'hypnose n'échappe pas à la question éthique et déontologique :

- Le questionnement sur l'éthique renvoie à la morale qui sous-tend la pratique de l'hypnose d'une personne sur une autre.
- Le questionnement déontologique renvoie aux règles et principes qui constituent les lignes directrices respectées par tous les praticiens de l'hypnose dans un cadre référentiel protecteur pour le patient.

Le champ de l'hypnose nécessite une réflexion éthique du fait de deux constatations s'ajoutant l'une à l'autre :

- L'hypnose est une approche d'influence, potentiellement puissante dans ses effets, influence de la personne qui hypnotise sur la personne en état d'hypnose induite, qui peut être alors sous son emprise.
- La vogue actuelle de l'hypnose, sa diffusion large auprès des usagers, engendre des questionnements nouveaux sur sa pratique souvent dépourvue de cadre réglementé permettant garantie et protection.

- L'hypnose thérapeutique : dans le cadre de la médecine et des psychothérapies, propose une pratique basée sur la valorisation des ressources du patient, respectueuse de ce dernier et de son entourage, susceptible d'être un modèle

pour les autres approches médicales en proposant une alliance thérapeutique basée sur une relation de confiance.

Elle bénéficie du cadre de la déontologie médicale ou des métiers de la santé dont la formation et la pratique sont réglementées. On observe, toutefois des dérives lorsque l'hypnose est pratiquée hors cadre de compétence par le professionnel. C'est la pratique de l'hypnose à visée psychothérapeutique qui pose souvent ce problème et reste sensible aux dérives.

L'hypnose hors thérapeutique s'observe dans deux contextes :

- L'hypnose éducative et de coaching très utile à l'apprentissage et l'optimisation des potentiels professionnels, sportifs... .
- L'hypnose ludique à visée récréative, et lucrative.

I - L'hypnose, une approche d'influence très présente dans notre société

I - 1 Fonction thérapeutique : Hypnose naturelle et Hypnose provoquée

-L'hypnose physiologique spontanée est un fonctionnement naturel de l'être humain (Bellet, 2002). Elle est récupératrice et nécessaire à un bon fonctionnement mental. Il y a tout lieu de penser que la nature du fonctionnement hypnotique, à la base, est d'être thérapeutique et protectrice au sens large.

- Elle peut être induite involontairement de façon réactionnelle par un certain nombre de situations : protection du psychisme dans des contextes à très fort stress ou situations traumatiques. On parle de transe spontanée négative pour certains tableaux cliniques observés chez les patients en situation de souffrance (urgences médicales ou chirurgicales, catastrophes).

• L'hypnose, ce fonctionnement naturel, peut être induit volontairement par le sujet lui-même ou par une autre personne dans un cadre thérapeutique :

- Traitement de maladies lésionnelles ou fonctionnelles, résolutions de difficultés psychologiques ou émotionnelles,
- Préventions primaires et secondaires
- Hygiène de vie et gestion du stress, une préparation d'événements de vie et d'apprentissages divers (Servillat, 2017).

• L'intention est au cœur de la problématique éthique. Ici l'intention est le soin dans un contexte d'absence de conflit d'intérêts pour celui qui induit l'hypnose chez l'autre ou sur lui-même.

Le cadre déontologique, qui régit cette pratique, répond au principe d'autonomie :

- s'engager à faire participer le patient au processus décisionnel par son consentement.
- Ne pas cultiver une dépendance, mais augmenter le propre contrôle du patient sur lui-même Principe de bienfaisance
- accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître en tant que tel Mais aussi au principe de non-malfaisance :
- Épargner au patient des préjudices ou des souffrances qui ne feraient pas sens pour lui.

I - 2 - Nocivité possible de l'hypnose. Usages détournés.

- Les effets de l'hypnose peuvent être puissants (Bioy, 2017), possiblement nocifs même si de manière limitée (Erickson, 1939).
- Pour l'hypnose naturelle, il est plus juste de parler de « dysfonctionnement » plutôt que « nocivité » : par exemple lorsque la fonction hypnotique protectrice est trop intensément sollicitée et figée à l'état pathologique lors de stress trop intense (théorie de la transe dissociative pathologique dans les stress post-traumatiques, par exemple)
- Pour l'hypnose de soin : la nocivité de l'hypnose peut se voir lors d'effets secondaires que le praticien ne saurait gérer, détecter, accompagner, soigner... (exemple troubles psychiques sous-jacents à une pathologie somatique). Ce qui fait toute la gravité de la pratique de l'hypnose hors cadre de compétence ou en dehors d'un encadrement médical.
- Par ailleurs, dans le domaine médical et du soin : plus que l'effet néfaste de l'hypnose, qu'on peut retrouver dans d'autres approches thérapeutiques à base de suggestion, l'inconvénient potentiellement grave peut être de faire disparaître un précieux signe d'appel clinique qui aurait mené à des bilans médicaux adaptés et à un traitement conventionnel, entraînant une perte de chance pour le patient. **Cela ne fait que rappeler l'importance d'un traitement par hypnose conduit par un professionnel de santé formé au diagnostic.**
- Autre constat : l'usage de l'hypnose peut être détourné.
- Le principal détournement de l'hypnose est son usage récréatif : pour se distraire entre amis, ou lors d'un spectacle organisé (hypnose de spectacle). Un aspect particulier de l'hypnose à but récréatif est l'hypnose de rue, particulièrement préoccupant, car elle implique des personnes non informées (notamment des mineurs) et a lieu sur la voie publique engageant des responsabilités non limitées à leurs seuls auteurs.
- Enfin, il y a lieu d'être conscient de l'utilisation massive de techniques hypnotiques dans des buts lucratifs commerciaux (publicité) ou d'influence politique, idéologique, religieuse.
- L'intention de l'hypnotiseur ne met plus en priorité l'intérêt de l'hypnotisé. Le sujet hypnotisé perd son statut de sujet au profit d'un statut d'objet servant des intérêts qui le dépassent.

I - 3 - Applications extra-thérapeutiques de l'hypnose

Pour autant, des usages non strictement thérapeutiques de l'hypnose peuvent être utiles : particulièrement dans le domaine de l'éducation (enseignement des langues étrangères et de la musique principalement), du secourisme, du sport (préparation mentale chez des sportifs) et de la créativité artistique.

- L'hypnose dans ces domaines pose la question de :
- L'emprise entravant l'autonomie, de la bonne pratique évitant de nuire, l'utilisation d'un outil puissant manipulant le psychisme et donc le cadre éthique protecteur de la personne, la compétence et des capacités de celui qui utilise cette pratique à en juguler les effets nocifs potentiels.

II - Éthique de l'hypnose : le point central

- Cadre protecteur de l'alliance thérapeutique dans une relation de confiance, de la réponse à la demande du patient, et de l'intention du praticien :
Devant cette multiplicité d'utilisation, il est important que le but d'une pratique hypnotique corresponde aux objectifs souhaités par les personnes en bénéficiant et que cette pratique fasse l'objet d'un accord entre le praticien et ces personnes. La délimitation éthique de l'usage de l'hypnose repose sur cet accord, sinon elle relève d'une manipulation qui peut être préjudiciable.
- Cadre protecteur de la psychoéducation des personnes permettant le discernement et le consentement, et ainsi leur autonomie :
Dans les contextes d'usage manipulatoires de l'hypnose, il serait naïf d'attendre que les personnes utilisant les techniques hypnotiques avertissent les personnes concernées des buts visés.
Par conséquent, il serait important d'éduquer le public de manière à ce que celui-ci puisse identifier les techniques d'influence dont il peut faire l'objet. Il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine, mais cette évolution doit être encouragée.

II-1 - Problèmes générés par la vogue actuelle de l'hypnose thérapeutique

- Cadre protecteur de la réglementation professionnelle (ordres professionnels) et des recommandations officielles garantes de la bienfaisance et de la non-malfaisance :
L'utilisation de plus en plus large de l'hypnose dans les pratiques de soins actuels pose un certain nombre de difficultés.
En effet, après avoir été abandonnée pendant une cinquantaine d'années, l'hypnose thérapeutique se trouve réhabilitée et connaît actuellement un grand succès.
Depuis sa réutilisation dans le domaine du soin à partir des années 80, la pratique de l'hypnose a connu une évolution majeure.
Initialement pratiquée par des professionnels peu nombreux, motivés par des valeurs fortes, l'hypnose a été l'objet d'une organisation peu précise reposant sur la base du volontariat.
La demande du public étant rapidement forte, beaucoup de non professionnels de santé s'y sont formés et ce d'autant que la pratique de la psychothérapie n'était à l'époque pas réglementée par la loi mise en place depuis (loi Accoyer).

II-2 - La CFHTB et son Code éthique

Il s'agit d'une charte basée sur la déontologie médicale.
Ce n'est qu'en 1996 qu'un certain nombre d'instituts de formation, majoritairement des instituts Milton Erickson, se sont regroupés au sein de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB) afin de mettre en œuvre une réflexion sur la pratique de l'hypnose thérapeutique, réflexion qui a conduit à la rédaction d'un code éthique dès 2003 et réactualisé en 2018 (en annexe). Peu à peu, au sein de cette structure, une réflexion sur les professions éligibles à se former à l'hypnose thérapeutique s'est initiée. C'est par l'expérience de ses praticiens que se sont révélées peu à peu les connaissances théoriques et les compétences pratiques nécessaires pour atteindre tel ou tel but thérapeutique.

III - Recadrage du champ de pratique dans la formation de base du praticien. Pratiques en réseau

La transformation de la relation de soin (*avis 84 CCNE*) dans l'évolution de la médecine moderne se fait, malheureusement, dans le sens de :

- La déshumanisation de la médecine en rapport à une hyperspécialisation et une compartimentation du soin
- L'effacement de la clinique
- La judiciarisation de la relation
- Les restrictions budgétaires

Les professionnels de la santé témoignent souvent d'un certain enthousiasme et d'un regain d'intérêt dans la relation soignante soignée lors de la découverte et de l'apprentissage de la pratique de l'hypnose qui recentre sur le patient et la clinique les objectifs de soins, la technique et leurs gages d'efficacité.

L'hypnose devient alors un outil en lui-même confusio-gène, suscitant des vocations et animant des motivations hors cadre de compétence. (Exemple de la pratique de psychothérapie par des infirmiers une fois l'hypnose apprise).

Ce n'est que relativement récemment, une dizaine d'années environ, que s'est révélée l'évidence d'un besoin de connaissances spécifiques pour la pratique de l'hypnose dans le champ médical (nécessité de posséder des connaissances sur la physiologie humaine notamment), ainsi que pour celles dans le champ psychopathologique (nécessité de connaissances en psychologie).

Peu à peu se développe une pratique de l'hypnose spécialisée dans les domaines de la médecine, de la chirurgie (y compris la dentisterie), de la maternité, du soin infirmier, de la kinésithérapie, de l'orthophonie et d'autres.

Les praticiens sont de plus en plus nombreux et conscients de leurs limites : ils travaillent de plus en plus en réseau pluridisciplinaire, réseau où le médecin traitant, mieux informé sur l'hypnose, nécessite de prendre de plus en plus sa place centrale.

III-1 - Développement de la recherche sur l'hypnose

Par ailleurs la recherche sur l'hypnose thérapeutique s'est fortement développée, menant à une compréhension relativement conséquente des mécanismes en œuvre et arrivant à montrer, malgré les difficultés méthodologiques, une efficacité de cette pratique dans un certain nombre de domaines, particulièrement celui de la douleur (Gueguen J., 2015).

III- 2 - Le diagnostic incontournable

Cadre protecteur des référentiels scientifiques et des recommandations officielles et consensuelles (indications, contre-indications, conduites à tenir).

Ces évolutions ont mené à remettre au premier plan l'importance, du temps diagnostique dans la démarche hypnose thérapeutique. **Il est maintenant établi qu'un diagnostic précis par un professionnel de santé habilité permet de mieux identifier la prise en charge spécifique en hypnose, voire, éventuellement de confirmer une non-indication.**

III-3 Vers des référentiels de compétence et de formation

L'expérience de CFHTB dans le domaine de la formation l'amène à souhaiter préciser, afin de répondre aux attentes des tutelles, et en lien avec l'Université, des référentiels de compétences et de formation pour les futurs praticiens de l'hypnose thérapeutique.

La position actuelle de la CFHTB a pu être évoquée dans les termes suivants : le praticien en hypnose thérapeutique ne peut intervenir que dans un champ de soins où il sait déjà intervenir sans hypnose (Faymonville, 2018).

Les temps anciens où des professionnels sans formation en anesthésiologie pouvaient intervenir dans un bloc chirurgical sont révolus. Tout comme celui où des professionnels sans formation psychologique pouvaient utiliser l'hypnose en psychothérapie.

Un certificat de formation à la pratique de l'hypnose peut être une garantie de qualité de la formation du professionnel, mais ne garantit pas l'absence d'effets secondaires ou nocifs de son utilisation.

C'est la compétence du praticien dans le cadre de sa profession qui garantit ses capacités à faire face aux aléas, à connaître ses propres limites, garantit son engagement à la surveillance et au suivi, et à orienter le patient vers un professionnel adapté si besoin.

III- Mieux informer les médias

Il n'y aurait pas de réflexion éthique sans un examen des pratiques médiatiques actuelles concernant l'hypnose thérapeutique. Coexistant avec des enquêtes remarquables, il se développe malheureusement aussi des démarches très confusio-nnantes pour les usagers.

Nous devons particulièrement pointer la fascination problématique de nombreux médias envers l'hypnose de spectacle, et aussi envers les pratiques hypnotiques les plus spectaculaires (hypnose chirurgicale concernant certaines interventions très théâtralisées) au détriment de l'hypnose modeste du praticien dans son cabinet. Cette participation de nombreux médias, y compris de service public, contribue à donner une image erronée, et inquiétante de l'hypnose au patient.

“

Nous souhaitons ainsi contribuer à mettre en œuvre, en lien avec les référentiels de compétences des praticiens, des référentiels de formation adaptés aux besoins du monde actuel de la santé et préservant également les possibilités créatives indispensables à la pratique de l'hypnose, notamment dans son approche éricksonienne considérant chaque patient comme unique.

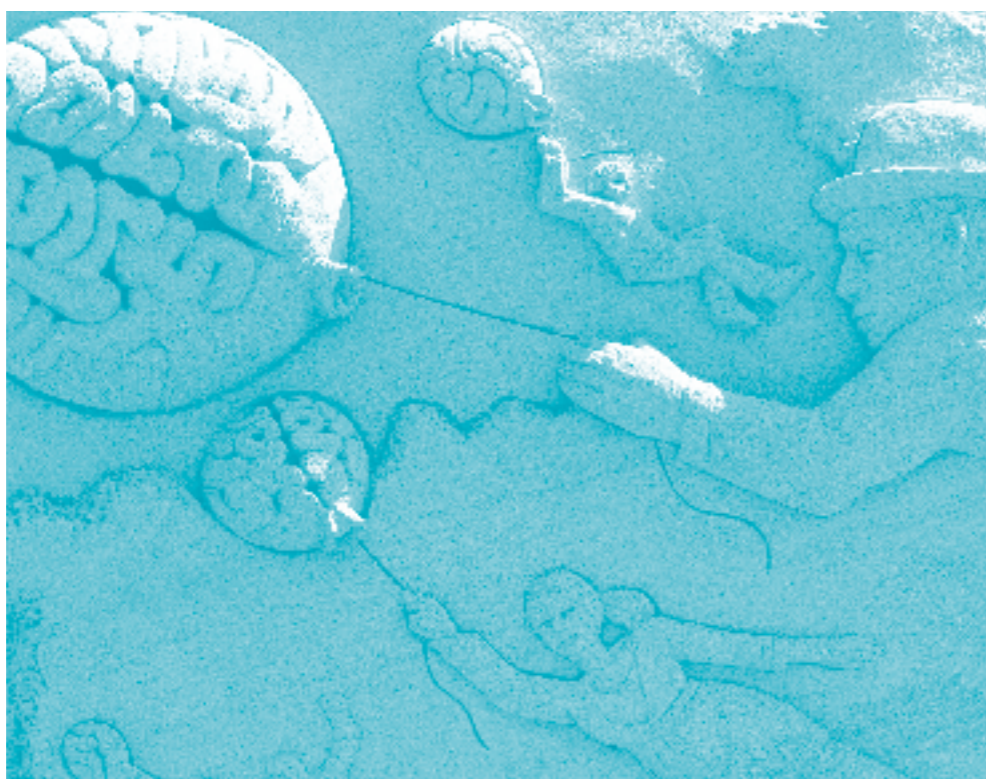
Une diversification des formats de formation devra se développer, dans une cohérence nécessaire. Ainsi, afin d'éviter des contre-emplois ou des emplois inappropriés de termes comme ceux « d'hypnose conversationnelle » ou « d'hypnose indirecte » ou encore de titres sans légitimité comme « hypnologue », ou non réglementé comme « hypnothérapeute » un effort pourra être fait pour développer, en parallèle avec des formations complètes (qui devront quand même être complétées par une formation continue, particulièrement sous forme de supervision) des formations apprenant sur des temps limités des pratiques à objectifs limités ou restreints.

”

Conclusion

L'hypnose : une pratique valorisante et respectant le patient et son entourage. Couplée à l'approche systémique, l'hypnose thérapeutique s'est développée en reposant sur la conviction que les patients ont davantage de compétences que la médecine ne le présuppose habituellement. Et ce d'autant plus qu'ils peuvent avoir un entourage également aidant, entourage qu'il convient donc de valoriser, ce qui a été longtemps une dimension négligée de la pratique soignante.

À cet égard, l'hypnose thérapeutique représente potentiellement une source d'inspiration créative pour toutes les approches médicales dites complémentaires. Fondamentalement intégrative et pragmatique, elle est ouverte à tout ce qui est utile au patient, au plus près de ses besoins individuels et spécifiques.



Réserver la pratique de l'hypnose au milieu du soin et de la relation d'aide et de soutien permet la protection des personnes, la garantie d'une hypnose de qualité et le bénéfice d'un encadrement éthique et déontologique ce qui nous apparaît essentiel dans ce cadre professionnel.

Bibliographie.

Patrick Bellet, L'hypnose ; Paris : Odile Jacob, 2002

Thierry Servillat, Découvrir l'autohypnose ; Paris : InterEditions, 2017

Erickson, M.H. (1939) « An experimental investigation of the possible antisocial use of hypnosis », *Psychiatry*, 2: 391–414. Trad. Fr. "Une étude expérimentale de l'éventuelle utilisation antisociale de l'hypnose", Intégrale des articles de Milton H. Erickson : Bruxelles, SATAS

Antoine Bioy, L'hypnose ; Paris : PUF Que Sais-je, 2017

Code éthique de la CFHTB, www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/ (consulté le 18/03/2019)

J. Gueguen, Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_Rapport_Thematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf

Axel Khan, "L'éthique dans tous ses états" édition l'Aube, 2019.

Comité Consultatif National d'Éthique, Avis 84 "Avis sur la formation à l'éthique médicale", Paris, le 29/04/04.

CODE ÉTHIQUE

CODE ÉTHIQUE DE LA CFHTB Confédération Francophone Hypnose et Thérapies Brèves

En raison des dangers que feraient poser sur le crédit scientifique de l'hypnose et des hypno- praticiens, le mauvais usage d'une formation, le soussigné s'engage à respecter le Code éthique qui suit :

1/ L'intérêt et le bien-être du patient constituent la priorité la plus absolue.

2/ L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques cliniques ou d'accompagnement. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne constitue pas une base suffisante pour mener une activité de thérapie ou de recherches. L'hypno-praticien ou le pratiquant de la thérapie brève doit avoir les qualifications ou diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce la pratique de l'hypnose et la thérapie brève.

3/L'hypno-praticien limitera son usage clinique scientifique ou d'accompagnement de l'hypnose aux aires de compétence que lui reconnaît le règlement de sa profession ou les usages qui s'y rapportent. Il pratiquera donc l'hypnose dans le cadre de sa profession de base.

4/ L'hypno-praticien s'engage à ne pas utiliser l'hypnose ou la thérapie brève comme une forme de distraction ou de spectacles, que ceux-ci se déroulent dans un cadre public, gratuit ou privé. L'hypno-praticien ne soutiendra pas la découverte ou la pratique de l'hypnose ou des thérapies brèves par des personnes non qualifiées et non formées par les instituts membres de la Confédération.

5/ Dans tous les cas, le passage à la pratique de l'hypnose restera conditionné à l'obtention d'une qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les étudiants des professions paramédicales, la pratique de l'hypnose supposera la mise en place d'une structure de travail supervisée selon le champ d'application par un hypno-praticien médecin, psychiatre, psychologue ou Docteur en chirurgie dentaire ayant au moins 5 ans d'ancienneté de pratique en hypnose médicale.

6/ La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est acceptée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances scientifiques précises et qu'elle permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à la matière.

En contrepartie, il est demandé aux hypno-praticiens d'éviter toute action de communication ou de publication tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique .

Les apprenants ne peuvent être admis sans avoir signé le Code éthique ci-après reproduit, de même que les instituts de formation font signer le présent Code éthique à leurs formateurs.

CHAPITRE 8

PRÉVENTION ET ÉCOLOGIE DE LA SANTÉ

I - Place de l'hypnose dans la prévention et en santé intégrative

Les études montrant l'efficacité de l'hypnose comme pratique complémentaire sont nombreuses dans de multiples indications comme la prise en charge de la douleur, du stress, des phobies, des troubles neurologiques (Vanhaudenhuyse A., Faymonville M-E, 2015 ; Flaman-Roze C., Célestin-Lhopiteau I., 2016).

Nombre de services hospitaliers l'ont ainsi intégrée dans l'offre de soin de façon complémentaire au suivi médical, mais aussi psychologique. L'importance de l'autohypnose est particulièrement soulignée dans ces études (Vanhaudenhuyse A., Faymonville M-E, 2015, Lindfors P 2012, Kohen D.P 2010) et nous montre l'ancrage et le potentiel de cette pratique dans le domaine de la prévention et plus largement celui de la santé intégrative, qui vise à accompagner et autonomiser le patient. L'autohypnose est également une ressource très précieuse pour les soignants pour mieux gérer fatigue et stress, optimiser l'énergie, savoir s'équilibrer ainsi que dans la prévention du burn-out.

I-1 - L'hypnose, sa place essentielle

Le développement des pratiques complémentaires et intégratives est venu modifier le paysage thérapeutique mondial, changeant jusqu'à notre glossaire médical avec un usage de plus en plus fréquent de termes comme santé intégrative, médecine intégrative, médecines complémentaires, thérapies complémentaires, pratiques psychocorporelles, intégrativité...

Nous pouvons distinguer trois étapes dans ce mouvement intégratif qui ont fait évoluer le monde du soin d'abord de la notion de médecine complémentaire à la médecine intégrative puis vers la notion de santé intégrative. Et dans ces trois domaines, l'hypnose a pleinement sa place :

- Comme une pratique complémentaire dans de nombreuses indications,
- Comme une pratique intégrative et même un modèle intégratif,
- Comme un outil précieux dans le domaine de la santé intégrative, l'autohypnose pouvant être proposée afin de permettre à un patient d'intégrer l'hypnose dans son quotidien.

I-2 - Intégration dans le parcours de soins

La notion de médecine intégrative renvoie à l'intégration, dans le parcours de soins d'un patient, de pratiques issues de la médecine conventionnelle et de celles issues de la médecine complémentaire (qui font l'objet d'une évaluation scientifique sur leur sécurité et leur efficacité) : pour résumer, il s'agit

d'associer le meilleur des soins offerts par la médecine conventionnelle et par les approches complémentaires

Dans ce tournant actuel vers l'intégrativité, il ne s'agit plus d'ailleurs seulement d'informer, de proposer des approches complémentaires ou encore un parcours de soins associant diverses approches, mais de permettre à un patient de les intégrer, d'être autonome, dans une pratique quotidienne et de développer un véritable art de vivre pour permettre un changement durable.

Ainsi, l'accroissement de l'utilisation des différentes approches complémentaires, qui ressort des divers rapports, montre aussi une volonté de se réapproprier sa santé de la part des patients. Mieux informés et soucieux de leur santé pour une prise en charge optimale.

La prise en charge du cancer par exemple met en lumière ces changements. En effet, avec l'avancée considérable des traitements conventionnels, nous pouvons constater une augmentation de la durée de vie des patients, ce qui modifie profondément leur prise en charge. C'est cette transformation du cancer en maladie chronique qui impose la prise en compte de la qualité de vie des patients comme un axe essentiel dans leur prise en charge. Tout doit être mis en œuvre pour préserver et améliorer la qualité de vie tout en essayant de prolonger la vie du patient. **L'hypnose va ainsi trouver sa place dans la prise en charge de la douleur, du stress et va améliorer la qualité de vie des patients en contribuant notamment à diminuer certains effets secondaires des traitements (fatigue, nausées...).**

I-3 - L'autohypnose, une pratique de santé intégrative et de prévention

La perspective intégrative s'inscrit aussi dans le quotidien de chacun en nous obligeant à donner un sens nouveau à notre santé. Le terme de santé ici met de côté sa définition ancienne d'« absence de maladie » pour être étendue à une notion plus vaste, celle d'équilibre, d'épanouissement dans les différents domaines de la vie, corporel, affectif, intellectuel et spirituel.

L'hypnose à travers l'autohypnose s'inscrit d'emblée dans cette perspective de santé intégrative, où les différents aspects du mode de vie du patient sont pris en compte et où la place de la prévention est essentielle.

La perspective intégrative, c'est aussi la recherche d'ingrédients communs aux différentes pratiques psychocorporelles. Ce sont des pistes intéressantes pour réfléchir à la façon d'intégrer efficacement et rapidement l'autohypnose si une douleur se présente ou une situation de stress, et pour utiliser l'autohypnose pour être pleinement présent à soi et au monde, dans l'instant présent... et dans l'action.

Une variété d'inductions hypnotiques respiratoires, posturales... issues du yoga, de la méditation ou encore des TOP (Techniques d'Optimisation du Potentiel), vont en effet faciliter l'intégration de l'autohypnose au quotidien et même en situation de stress ou de douleur.



Les sportifs et les militaires sont entraînés à se recentrer, à mobiliser toute leur attention en une fraction de seconde pour agir. Des médecins les forment à des exercices de respiration, de méditation, de contrôle de leurs états de conscience. Parmi ces professionnels, le Dr Édith Perrault-Pierre a créé un programme qu'elle a appelé TOP, pour « Techniques d'optimisation du potentiel », qui est appliqué dans l'armée française. La chercheuse Marion Trousselard, de l'IRBA (Institut de Recherche Biomédicale des Armées), en a analysé les résultats. Comme elle l'a fait pour la méditation de pleine conscience, appelée Mindfulness aux États-Unis, également utilisée par les militaires français. La chercheuse a plus particulièrement évalué l'intérêt de cette pratique pour faire face à des situations de stress importants. Résultat : les sujets qui pratiquent cette méditation vivent moins dans la crainte d'être exposés à des agressions et, lorsqu'ils y sont exposés, ils se montrent moins stressés, ce qui produit moins d'impact sur le fonctionnement de leur système nerveux et, in fine, leur permet de mieux récupérer.

Cette étude nous pousse à développer dans le domaine de l'hypnose et de l'autohypnose une pratique qui peut être utilisée de façon très rapide et autonome en situation d'inconfort, de douleur ou de stress.



I-4 - Exemples d'autohypnose

La pratique et la réflexion intégrative permettent ainsi d'optimiser la pratique de l'autohypnose, dans le cadre du soin pour soulager la douleur et la souffrance pour les patients, mais aussi pour les professionnels de la santé eux-mêmes. Ce dernier point étant essentiel dans la démarche intégrative.

Ainsi, nous pouvons distinguer plusieurs types d'autohypnoses qui peuvent être proposés en séance individuelle ou en groupe :

- Des séances d'autohypnose pour pouvoir faire face à une douleur ou un stress quand ils se présentent : Il s'agit de faire l'expérience pendant la séance d'une technique qui va diminuer douleur ou stress et de proposer au patient de refaire seul ce qui a été réalisé avec l'hypno-praticien : par exemple, un exercice de respiration ou une réification explorée pendant la séance associée à un ancrage sensoriel (la main qui devient chaude ou lourde) permettra au patient d'arriver en situation plus vite en état hypnotique grâce à cet ancrage sensoriel. À la rencontre suivante, le praticien évaluera avec le patient comment l'exercice a pu être utilisé, et réajustera si besoin avec lui.
- Des séances d'autohypnose pour savoir se ressourcer, savoir s'équilibrer, savoir se détendre.

I-5 - L'hypnose dans la prévention et en santé intégrative pour les soignants

Si ces pratiques peuvent être utiles pour les patients, elles peuvent l'être aussi pour le soignant lui-même et pour la qualité de sa communication. Il pourra y puiser des ressources pour enrichir sa pratique, améliorer ses capacités relationnelles, son comportement et donc ses interactions avec le patient. Il pourra aussi utiliser ces pratiques pour se ressourcer.

L'hypnose impulse une nouvelle communication soignante soignée et la communication hypnotique est le modèle intégratif par excellence :

L'expérience hypnotique nous montre qu'une pratique intégrative peut s'inscrire au cœur même de la communication entre praticien et patient et cela à plusieurs niveaux :

- L'hypnose n'est pas une juxtaposition de techniques, mais un art de la communication, qui invite à intégrer les difficultés du patient par l'activation des forces et ressources de celui-ci (alors que de nombreuses thérapies se concentrent sur les problèmes du patient et négligent ses forces (Gassman et Grawe, 2006). Cette posture particulière de soin constitue un modèle intégratif très intéressant pour d'autres pratiques complémentaires.
- Remarquons aussi que le vocabulaire hypnotique met l'accent sur les mots de liaison, en mettant de côté ceux qui créent une rupture dans la pensée : la communication hypnotique en elle-même impulse une fluidité où tout peut être accueilli et intégré au même moment.
- Cette pratique de communication s'inscrit dans un travail permanent d'ajustement du praticien vis-à-vis du patient, afin de faciliter l'apparition d'un changement, ce qui en fait aussi un modèle pour la démarche intégrative qui se veut mobile et créative. L'état d'esprit qui prévaut à cette nouvelle posture est basé sur l'ouverture, l'adaptation, la souplesse et un réel désir d'autonomiser le patient, hors de tout dogme. Cette posture, qui nous conduit, nous, soignants, à intégrer, à accueillir d'autres formes de pensées, nous pousse à élargir nos perspectives, nous force à jeter un regard différent sur nos propres approches thérapeutiques, à développer ainsi une perspective nouvelle sur notre propre pratique.

En changeant la communication soignante soignée, l'hypnose impulse un changement dans la relation thérapeutique.

- L'hypnose pour les soignants, c'est aussi utiliser l'autohypnose en prévention du burn-out. Le stress, ou plus exactement la chronicisation du stress, et l'épuisement professionnel sont des éléments de risques professionnels fréquents.

Dans le rapport « Qualité de vie au travail et qualité des soins » édité par la HAS en 2016, les professions en lien avec le public, et particulièrement avec des populations en souffrance sont reconnues pour présenter plus de risques que l'ensemble de la population.

Il est donc essentiel de développer aussi pour les soignants des pratiques qui permettent de prévenir l'épuisement professionnel et le burn-out.

Conclusion

Par sa nature même, mais aussi par la communication hypnotique et la pratique de l'autohypnose, l'hypnose prend toute sa place dans cette évolution du soin et de la prévention qu'offre la médecine intégrative.

Bibliographie :

Célestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P. Guide des méthodes psychocorporelles. Masson, 2e édition 2018.

Célestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P. Hypnose et pratique paramédicale : Optimiser sa clinique, améliorer sa communication et prendre soin de soi, Ed Lamarre 2018

Flamand-Roze C, Célestin-Lhopiteau I, Roze E. Hypnosis and movement disorders : State of the art and perspectives, Revue Neurologique (2016), Volume 172, Issue 8, Pages 530-536.

HAS. Revue de littérature apport sur la qualité de vie au travail, 2016.

Kohen DP. Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches : What the children say. International Journal of Clinical Experimental and Hypnosis, 2010 ; 58 (4), 417-432.

Lindfors P, Unge P, Nyhlin H et al. Long term effects of hypnotherapy in refractory irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol 2012 ; 47 : 413-20.

Olié JP, Légeron P (rapporteurs). Le Burn-out. Rapport de l'académie de médecine. Groupe de travail des Commissions V (Psychiatrie et santé mentale), 2016.

Perrault-Pierre E. Techniques d'optimisation du potentiel. InterEditions, 2e édition, 2016.

Vanhauzenhuyse A., Faymonville M-E, [Interest of hypnosis in healthcare], La Revue du praticien 04/2015 ; 65 (4) :457-9.

Mots clés : Autohypnose, Hypnose, Prévention, Médecine intégrative, Santé intégrative

II - Hypnose, ODD et Droits Humains

Les Objectifs du Développement Durable dits ODD ont été établis par les 193 états membres de l'Organisation des Nations Unies. Ils ont été adoptés par résolution le 25 septembre 2015 avec un objectif :

Transformer notre monde par un plan d'action pour l'humanité, la planète et la prospérité. Il vise aussi à renforcer la paix partout dans le monde dans le cadre d'une liberté plus grande.

II-1 Objectifs et cibles

Ils regroupent de nombreux domaines tels que la lutte contre la pauvreté, l'éducation, la santé jusqu'au développement des partenariats pour la réalisation de ces objectifs. . .

L'hypnose, par sa pratique et ses actions pour la Santé publique au sens large peut avoir toute sa place à partir du moment où sa pratique est pensée et réfléchi avec éthique et rigueur scientifique.

Recadrer l'hypnose clinique et thérapeutique telle que nous la concevons dans ces objectifs, permet une vision plus large et transversale de ses applications.

Ces objectifs officiels sont donc au nombre de 17 déclinés en 169 cibles :

« Les objectifs et les cibles guideront l'action à mener au cours des 15 prochaines années dans des domaines qui sont d'une importance cruciale pour l'humanité et la planète. » et en particulier dans le domaine de la santé

« Nous sommes déterminés à favoriser l'avènement de sociétés pacifiques, justes et inclusives, libérées de la peur et la violence. En effet, il ne peut y avoir de développement durable sans paix ni de paix sans développement durable. »

II-2 - Les objectifs du développement durable horizon 2030 et l'hypnose

Il s'agit de l'objectif 3 : Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien être de tous à tous les âges

3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.

L'hypnose clinique et thérapeutique telle que nous la concevons à la CFHTB entre parfaitement dans ces critères internationaux et met en perspective en particulier les éléments de prévention.

L'hypnose mais aussi la communication hypnotique redonne au patient sa place d'acteur de sa propre santé.

Cette zone accessible est justement celle de la prévention. Elle nécessite une méthode adaptée au sujet, une qualité de la relation humaine, une bonne « évaluation » de la demande et des attentes, une intention ciblée et des inductions qui seront toujours orientées vers une autonomisation du patient.

Cette autonomisation rentre également dans l'objectif 4 : veiller à ce que tous puissent suivre une éducation de qualité dans des conditions d'équité et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

4.5 En 2030, d'éliminer les disparités entre les sexes/genres dans l'éducation et assurer un accès égal à tous les niveaux de l'éducation et de la formation professionnelle pour les personnes vulnérables, y compris les personnes handicapées, les peuples autochtones et les enfants en situation de vulnérabilité.

L'autonomisation de chaque individu sur les plans corporel, psychique et affectif : devenir autonome à travers l'hypnose face à sa santé, ses choix, ses décisions et ses engagements. Cette autonomie relève à la fois d'un état intérieur et de l'intention dans le processus thérapeutique ou relationnel.

Mais aussi

- Le bien-être, celui-là même qui est souvent décrit par ceux qui vivent une séance d'hypnose qui implique la satisfaction voire le plaisir.
- le côté « sain » et créatif de l'approche hypnotique dans le sens écologique du terme, l'équité dans l'apprentissage, puisque chacun va partir de son propre potentiel, la réalisation de l'égalité en apprenant à se positionner et à s'opposer à la domination (Mignot, 2015).

S'ajoute l'importance du consentement, du respect pour soi-même et vis-à-vis des autres. La sécurité intérieure et relationnelle du sujet, partie intrinsèque de la prévention.

II-3 - Peut-on parler de prophylaxie hypnotique ?

Quel est donc l'ensemble de moyens mis à notre disposition par notre pratique hypnotique destinés à prévenir l'apparition, la propagation ou l'aggravation d'une maladie ou d'un malaise ?

- Pratiquer l'autohypnose pour une meilleure autonomie
- Travailler sur les ressources positives
- Encourager la prise en charge du patient par lui-même en lien avec sa vie intérieure et son rapport au corps.
- Favoriser l'éducation thérapeutique grâce à l'hypnose pour :
- Comprendre sa maladie ou son trouble et le traitement
- Coopérer avec les soignants et être responsable
- Vivre le plus sainement possible, maintenir ou améliorer la qualité de vie, prendre en charge son état de santé
- Acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie

II-4 - Hypnose et Liberté

L'hypnose favorise les processus de liberté et de choix pour :

- Se sentir plus libre dans son corps
- Plus libre aussi face aux aléas de la vie
- Se réconcilier avec soi-même, décider pour soi
- S'adapter, accepter aussi

En se connectant à lui-même le patient, va plus facilement prendre des décisions en conscience et se sentir plus responsable, à travers la relation thérapeutique, trouver des forces jusque-là inexploitées

Mais il y a aussi des résistances à la prévention. . .

- L'urgence du résultat. . . l'impatience
- Les attentes irréalistes
- La passivité. . .
- Les idées reçues sur l'hypnose
- Les croyances
- Les politiques dogmatiques.

Conclusion

L'hypnose préventive est particulièrement moderne, car si elle est bien menée et bien encadrée, elle respecte les valeurs des Droits Humains :

- Sur un plan individuel, renvoie à une théorie du sujet au plus près de son existence.
- Sur un plan collectif et Santé publique, améliore la prise en charge des maladies somatiques et la douleur, de lutter contre la violence (violences faites aux femmes, violences sexuelles).

Elle est donc non seulement un formidable outil de Liberté, mais favorise aussi l'égalité puisqu'elle permet à chacun de s'autonomiser. Enfin elle renforce la Fraternité par ses aspects préventifs, constructifs et positifs sur l'humain.



“

Ces premiers États généraux et ce livre blanc qui en est l'aboutissement peuvent se considérer comme les Objectifs de Développement durable de la CFHTB non seulement pour l'individu, mais aussi dans une perspective de Santé publique ... avec les axes incontournables qui sont :

- Une exigence de qualité dans les expertises et les formations
- Un consensus et une loyauté respectés par tous les acteurs de la Confédération
- **Et enfin une éthique irréprochable !**

”

Bibliographie :

Rapport des Nations Unies, Assemblée générale du 25 sept 2015, Distr. Générale, 21 octobre 2015, Transformer le monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030

Mignot J., 2015, IFH, l'hypnose préventive, un outil de liberté



CHAPITRE 9

RISQUES ET DANGERS DE L'HYPNOSE

“ L'hypnose est-elle dangereuse ? ”

Poser cette question est en soi,

souligner ce que l'hypnose porte de négatif.

Poserait-on la question à un ophtalmologue ? ”

D. Michaux

Si pour Pierre Janet, « le danger de l'hypnose, c'est qu'elle est sans danger », soulignant ainsi son apparente facilité d'apprentissage et son innocuité, il n'en reste pas moins que l'on peut en étudiant la littérature, retrouver un certain nombre d'effets indésirables, lors de son utilisation. La plupart des dangers sont cependant plus le fait de praticiens incompetents et insuffisamment formés, que de la technique elle-même, soulignant la nécessité évidente de la qualité de la formation non pas en hypnose en tant que telle, mais dans la connaissance et la compétence diagnostic des pathologies physiques ou mentales.

I - Définition des effets indésirables

MacHovec propose une définition des effets indésirables secondaires à l'hypnose selon les termes suivants : « *Les complications de l'hypnose sont des pensées, sensations ou comportements inattendus ou non désirés, survenant pendant ou après l'hypnose et inconsistants avec les buts souhaités, interférant avec le processus hypnotique en perturbant le fonctionnement mental optimal. Il n'y a pas d'antécédent connu de symptômes physiques ou mentaux similaires. Ils sont non thérapeutiques... ou anti-thérapeutiques* ⁽¹⁾ ».

II - Quels sont-ils ?

Les abréactions : Pleurs, tremblements, crises de panique.

Dans un recueil des données auprès de 828 psychiatres Averbach⁽²⁾ ont été relevés 210 effets indésirables chez 120 des médecins ayant répondu.

Levitt et Hershmann⁽³⁾ ont obtenu 866 réponses sur 2 500 questionnaires adressés et ont rapporté 301 effets indésirables à la suite de l'intervention hypnotique : anxiété, panique, dépression (9,3 %) céphalées, nausées, vertiges, malaise (4,98 %), pleurs, hystérie (2,99 %) parmi les plus fréquents. Mais cette étude présente de nombreux problèmes méthodologiques difficiles à interpréter.

En conclusion de la revue de la littérature il résulte que :

- Des effets adverses peuvent survenir lors de l'utilisation de l'hypnose. La plupart sont transitoires et sans grande conséquence, mais certains peuvent être plus sévères comme des décompensations psychotiques, des dépressions, des attaques de panique et des impulsions suicidaires.
- Il n'y a pas d'évidence que ces effets sont la conséquence de l'hypnose en tant que telle. De telles réactions peuvent survenir en raison de la vulnérabilité pré-existante, de l'inexpérience du praticien à traiter des problèmes psychothérapeutiques, de l'utilisation de métaphores et de suggestions inappropriées, de l'incapacité à annuler des suggestions non thérapeutiques ou à réorienter pleinement le patient et à faire un débriefing adéquat.
- Ces réactions surviennent plus souvent dans certains contextes comme l'hypnose de spectacle, ou lorsque la formation et l'expérience du praticien sont insuffisantes, pour faire face à ces problématiques lorsqu'elles surviennent. Les praticiens utilisant l'hypnose sans formation psychologique et clinique, peuvent davantage avoir à faire à des abréactions ou à en être la cause. Ils ont moins la capacité d'y faire face et d'assurer le rétablissement du patient.

III - Les diagnostics erronés et les retards thérapeutiques

L'hypnose thérapeutique est, par définition, un outil de soins, de traitement. Mais elle ne peut pas tout guérir, tout traiter, sans discernement. De nombreuses pathologies somatiques peuvent avoir un retentissement et une expression psychique, et inversement.

Si l'hypnose peut être une thérapeutique adjuvante intéressante dans bien des circonstances, il serait naturellement dangereux d'espérer qu'elle ait une action curative sur toute pathologie somatique.

Aussi un diagnostic précis doit être établi par un praticien compétent avant d'envisager une prise en charge. «*La tentation de faire de l'hypnose une panacée doit être tempérée par une minutieuse évaluation diagnostique et une réévaluation. Olness et Libbey⁽⁴⁾ rapportent que 20 % des jeunes adressés pour une hypnothérapie dans un service pédiatrique du comportement présentaient des étiologies organiques non diagnostiquées.*»⁽⁵⁾.

Un praticien ne sachant qu'utiliser l'outil hypnose sans connaissance clinique préalable, psychique ou somatique, ne sera pas en capacité de faire la distinction entre l'expression psychique d'une pathologie grave et un trouble pouvant être sensible à un abord hypnotique. Ainsi, une angoisse peut être le signe d'une embolie pulmonaire, d'un infarctus du myocarde et de bien d'autres troubles sévères.

Une dépression apparente peut en fait être l'expression d'une tumeur cérébrale, une dysthyroïdie, etc.

Il convient donc que le praticien qui va utiliser l'hypnose pour une indication précise soit à même d'avoir exploré toutes les étiologies possibles du trouble, ou à défaut qu'il ait vérifié auprès du médecin traitant du patient que la pathologie ait été explorée et diagnostiquée ou que l'origine psychosomatique ait été démontrée.

Ce praticien, médecin ou paramédical, pourra alors utiliser les techniques d'hypnose thérapeutique dans son domaine de compétence.

Bien entendu, l'hypnose peut être utilisée seule dans certaines indications, mais aussi en complément des traitements conventionnels allopathiques ou chimiothérapeutiques des troubles organiques ou psychologiques afin d'apporter une aide supplémentaire au patient.

IV - Les indications inadaptées

Classiquement la psychose, en particulier la schizophrénie non équilibrée, et les états paranoïaques sont des contre-indications à l'utilisation de l'hypnose, en particulier entre les mains de praticiens non avertis et non habitués à ces pathologies. Salem et Bonvin⁽⁶⁾

L'hypnose utilisant les capacités naturelles de dissociation de l'être humain pourrait aggraver un état psychotique.

Quant aux états paranoïaques, il va de soi que les personnes qui en souffrent pourront toujours, ne serait-ce que de par la réputation même de l'hypnose, s'imaginer avoir été manipulées, trompées ou abusées. Ces sujets ne sont pas en capacité de «faire confiance». Or, la confiance dans son thérapeute est la base de l'alliance thérapeutique nécessaire au «lâcher prise» fondamental à l'état hypnotique.

Par ailleurs chaque thérapeute doit avoir conscience de ses propres limites et de son champ de compétences. Comme pour toutes techniques, thérapeutiques en particulier, on ne peut utiliser un outil que dans les limites de son métier, de ce que l'on sait déjà faire.

V - Les faux-souvenirs

La mémoire réprimée est un ensemble de souvenirs oubliés et qui se réactivent parfois de manière violente. La véracité de ces souvenirs réactivés est difficile à affirmer. Cela d'autant qu'il est relativement aisé d'implanter de faux souvenirs dans la mémoire d'un sujet avec des conséquences dramatiques pour lui et son entourage, et ce, même avec la plus bienveillante intention du thérapeute. En effet, en état de transe hypnotique, le patient est hypersuggestible et c'est ainsi d'ailleurs que les suggestions thérapeutiques sont perçues, acceptées, mémorisées et utilisées par le sujet. Si volontairement ou par mégarde, le thérapeute induit un message concernant la mémorisation d'un événement qui en fait n'a pas eu lieu, le patient peut le prendre pour réel tout aussi bien pendant la transe qu'à l'issue de celle-ci. De retour en conscience critique, cette nouvelle vraie-fausse information sera enregistrée par la mémoire du patient ainsi que son cortège d'émotions et il sera particulièrement difficile de lui faire admettre ensuite qu'il s'agissait d'un souvenir construit.

C'est peut-être l'effet le plus néfaste de l'utilisation de l'hypnose que l'introduction chez un sujet en état d'hypnose de faux souvenirs. Un questionnement inadéquat peut en favoriser l'implantation. Il s'en est suivi une épidémie dans les années 1990 aux États-Unis, d'accusations d'abus sexuels et d'incestes, qui se sont avérés erronés, ayant cependant fait l'objet de nombreux procès.

Dans son livre, Michael Yapko⁽⁷⁾ distingue quatre situations :
1 - celle où une personne sait et a toujours su qu'elle a été abusée,
2 - celle où une information indépendante confirme cette mémoire réprimée,
3 - celle où un thérapeute facilite le rappel d'une mémoire réprimée,
4 - enfin celle où un thérapeute suggère le souvenir oublié d'un abus.

L'hypnose, notamment aux États-Unis, a aussi été utilisée à des fins judiciaires ou médico-légales^{(7) (8) (9)}. Des transes étaient induites par des praticiens en hypnose requises par la police ou la justice auprès de témoins, afin d'affiner leurs témoignages : retrouver une plaque minéralogique aperçue, dresser un portrait-robot, décrire une scène d'accident ou d'agression, etc., l'idée étant que l'information cherchée avait été vue par le témoin, mais qu'elle était enfouie dans son inconscient. L'hypnose ouvrant les portes de cet inconscient, on pensait alors que les témoignages seraient ainsi plus riches. L'expérience a démontré qu'il n'en était rien, et qu'au même titre que précédemment, le témoin pouvait se voir suggérer de vrais-faux souvenirs par les questions du praticien, le plus souvent à l'insu même de ce praticien.

Des associations d'idées malencontreuses, liées aux questions, dessinaient une fausse réalité, conduisant ici aussi à des erreurs judiciaires.

Cette pratique est à ce jour abandonnée par les spécialistes.

Concernant ces faux-souvenirs et quel qu'en soit le motif, il est admis aujourd'hui que tout praticien en hypnose, professionnel de santé, se doit de refuser toute demande de patient ayant pour objectif de retrouver des souvenirs oubliés.

En l'absence actuellement, en France, de réglementation sur le sujet, réservant la pratique de l'hypnose thérapeutique aux seuls professionnels de santé, il reste possible à toute personne de s'installer comme hypnothérapeute. Ces praticiens non professionnels de santé pour l'essentiel s'autoriseraient alors à répondre à ce type de demandes, avec les conséquences que l'on connaît chez les patients. Certains patients en prennent conscience et consultent ensuite des professionnels du soin pour corriger les troubles liés à ces faux-souvenirs, mais d'autres hélas ne consulteront plus et refuseront toute nouvelle prise en charge, y compris par un professionnel de santé laissant définitivement gravé en eux ces idées illusives avec toutes les conséquences qui s'y rattachent.

VI - Hypnose de spectacle

Depuis les débuts de l'hypnose, l'hypnose de spectacle existe en parallèle, causant l'étonnement, mais aussi l'inquiétude chez les spectateurs, propageant des idées fausses sur la réalité de l'hypnose dite «de soin», notamment l'existence d'un pouvoir de l'opérateur et la possibilité d'un contrôle sur le mental du sujet.

Dans l'hypnose de spectacle, l'hypnotiseur n'établit pas de rapport avec le sujet, adopte une approche autoritaire et directive, ne fait pas de débriefing individuel ou n'interrompt pas la transe hypnotique si nécessaire. Quant aux conséquences à plus long terme, on peut s'interroger sur celles-ci lorsqu'il y a des mises en scène humiliantes ou simplement embarrassantes chez des sujets vulnérables. Lynn et al, en 2000⁽¹⁰⁾ indiquent cependant «*Que notre connaissance est limitée quant aux effets à long terme d'une participation à un spectacle d'hypnose*».

Divers pays ont érigé une juridiction concernant l'hypnose.

En Belgique : la loi du 30 mai 1892, toujours en vigueur, interdit l'hypnose de spectacle et a encore été appliquée en 2017 (La Libre Belgique 14-11-2017)

En 1952, la Grande-Bretagne a voté une loi, « l'Hypnotism Act » qui régule l'hypnose de spectacle au Royaume-Uni.

VII - Hypnose de rue par les non-professionnels de santé

L'hypnose est un processus de conscience modifié au sein duquel le sujet est plus réceptif aux suggestions et aux messages qui lui sont proposés. Si cet outil peut être thérapeutique lorsqu'il est utilisé par des professionnels de santé, et les preuves scientifiques sont nombreuses à ce sujet, il peut dans de mauvaises mains, animées de mauvaises intentions, être délétère. Nous avons abordé l'hypnose de spectacle avec ses dérives possibles, ses effets secondaires liés aux mauvaises réassociations, ses démonstrations potentiellement dégradantes ou humiliantes. Mais, lors des spectacles, les spectateurs ont choisi de se rendre dans la salle.

Ceux qui montent sur scène pour participer à l'expérience sont majeurs et le font de leur plein gré, même s'ils n'en connaissent pas forcément tous les tenants et aboutissants.

L'hypnose de rue est plus grave par bien des aspects.

En tout premier lieu, le «sujet» est abordé sur la voie publique par un inconnu qui lui propose de vivre une expérience surprenante et inhabituelle, et qui en profite pour induire simultanément la transe hypnotique. Aucune explication n'est donnée, aucun consentement éclairé n'est demandé par l'hypnotiseur de rue. En quelques secondes et en public, à même le trottoir, il enchaîne les techniques d'inductions rapides, directives, jusqu'à parfois la rupture de patterns, voire la perte de conscience de sa «victime». Puis s'en suivent plusieurs minutes de démonstrations sauvages pour le plus grand plaisir du public alentour, et au détriment de la personne ainsi exposée. À la fin de cette prise de pouvoir, aucune réassociation, aucune mise en garde éventuelle, ni aucune évocation des effets collatéraux possibles ne sont effectuées. La victime est le plus souvent laissée brutalement sur le trottoir sans ménagement, et reste le plus souvent perplexe, se retrouvant entre une transe négative inconfortable, et une conscience critique empreinte de la culpabilité de s'être fait avoir.

En second lieu, l'apprentissage de ces techniques agressives se fait le plus souvent par tutoriel vidéo sur Internet (YouTube en particulier) ou au sein de centres de formation ouverts à tous sans prérequis, et proposant même parfois d'en faire un métier de soignants. Lors de ces vidéos, on découvre comment induire une transe en quelques secondes, prendre le contrôle de l'autre, et le manipuler, quelles qu'en soient les conséquences. Aucun enseignement n'est donné sur les contre-indications, les effets collatéraux, ni sur le retour en conscience critique accompagné. Rien sur le vécu négatif qui peut en découler.

“

Plusieurs faits divers ont fait la une de la presse à la suite du déclenchement des secours (SAMU et/ou pompiers) pour des personnes retrouvées « inconscientes » allongées sur le trottoir, et ne répondant plus aux appels. Il s'agissait en fait de victimes d'hypnotiseurs de rue, qui ont tout simplement fui devant la perte de contact de la personne. Les conséquences sont doubles : d'une part, le sujet se retrouve dans une situation dégradante, et d'autre part, les secours sont contraints de déplacer des véhicules pour ce motif abusif. La plupart des personnels de secours n'étant pas formés en hypnose, ils ne peuvent reconnaître l'origine du trouble, et cela conduit à des hospitalisations coûteuses, voire à la réalisation d'imagerie (scanner ou IRM) pour éliminer un processus neurologique ou métabolique urgent.

”

Rien non plus sur la vérification, à la fin de la séance, que la personne soit bien présente ici et maintenant, et capable de reprendre sa journée.

Au fil des années, de plus en plus de patients consultent les praticiens professionnels de santé en hypnose, pour traiter les effets secondaires de ces hypnoses sauvages, dont ils ont été les victimes.

VIII - Utilisation de ces techniques par les professionnels de santé

Facteur aggravant de ces techniques de rue, depuis peu, elles sont enseignées au sein d'écoles indépendantes «auto proclamées», non reconnues par la CFHTB, car non limitées aux professionnels de santé et justifiant ces pratiques directives et théâtrales par un «gain de temps» lors des inductions pour des soins, notamment en urgence. Ce n'est absolument pas le cas. Il a été montré⁽¹¹⁾ que les patients en situation d'urgences et de stress, sont déjà en transe hypnotique d'alerte, et qu'aucune induction complémentaire n'est utile pour commencer les suggestions thérapeutiques. D'autres techniques d'induction tout aussi rapides, mais respectueuses des patients, existent et sont enseignées à des professionnels de santé, dans les écoles reconnues par la CFHTB et respectueuses du cadre éthique.

En revanche, plusieurs patients se sont plaints ou ont parfois consulté des professionnels de santé après avoir subi ce type d'inductions rapides. L'image d'une «hypnose de rue» transférée dans le monde de la santé, où le soignant retrouve une position haute, directive, va à l'encontre des principes même de l'hypnose thérapeutique. Elle est délétère, tant pour les patients que pour la perception que les instances ont de cet outil thérapeutique. La propagation de ces pratiques dans le domaine du soin pourrait discréditer la pratique de l'hypnose.

Conclusion

S'il existe des dangers de l'hypnose, ceux-ci restent minimes.

La plus importante des limitations est l'incompétence de l'opérateur allant au-delà de son domaine de connaissance.

La règle simple, mais essentielle demeurant « Ne faire avec l'hypnose que ce que l'on faisait avant sans... »

Une autre limitation viendrait de la dérive que constituerait l'intégration des techniques d'hypnose de rue ou de spectacle par les professionnels du soin.

L'hypnose est un outil thérapeutique en soi, aux nombreuses indications.

Tel un scalpel, cet outil peut être salvateur dans les mains d'un soignant agissant avec éthique pour le bien du patient, mais aussi dangereux entre de mauvaises mains.

Ces mises en garde ne font que renforcer le contrôle sur la formation et la nécessité de la protection du titre de praticien en Hypnose limité aux professionnels de la santé et aux psychologues.

Bibliographie

- 1 - MacHovec, in International Handbook of Clinical Hypnosis John Wiley&Sons LTD (p330) Edited by Burrows, Stanley, Bloom
- 1a William Kroger Clinical and Experimental Hypnosis 2nd Ed J.B. Lippincott Company
- 2 - Averbach (1962) in International Handbook of Clinical Hypnosis John Wiley&Sons LTD (p330) Edited by G.D. Burrows, R.O.Stanley, P.B.Bloom
- 3 - Levitt et Hershmann (1962) in International Handbook of Clinical Hypnosis John Wiley&Sons LTD (p327) Edited by G.D. Burrows, R.O.Stanley, P.B.Bloom
- 4 - Olness et Libbey (1987) (p17) dans (L.Sugerman et W.C.Wester Hypnose thérapeutique avec les enfants et les adolescents) Ed Française SATAS ed 2018
- 5 - Lawrence Sugerman (p17) dans (L.Sugerman et W.C.Wester Hypnose thérapeutique avec les enfants et les adolescents) Ed Française SATAS ed 2018
- 6 - G. Salem, E. Bonvin, Soigner par l'hypnose 5° Ed (p 84-85) Elsevier-Masson
- 7 - Yapko DM. Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis. New York : Brunner & Mazel; 1990.
- 8 - Loftus EF. Eyewitness testimony. Cambridge, London : Harvard -University Press; 1981,1996.
- 9 - Loftus EF. The reality of repressed memories. American Psychologist. 1993;(48): 518–537.
- 10 - Steven Jay Lynn, Eric Myer and James Mackillop Contemporary Hypnosis (2000) Vol. 17, No. 3, pp. 127–131 The systematic study of negative post-hypnotic effects: research hypnosis , clinical hypnosis ans stage hypnosis State University of New York at Binghamton, New York, USA
- 11 - Stéphanie Desanneaux-Guillou, Franck Garden-Brèche, Hypnose en situation difficile, Arnette John Libbey, mai 2014



CHAPITRE 10

L'HYPNOSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, UNE ÉCONOMIE POUR LA SANTÉ.

La maîtrise du coût des soins est devenue de nos jours un point essentiel de la politique de santé publique. C'est une des raisons pour laquelle la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (Art. L-0624770268 du code de Santé publique) est un des critères pour l'obtention du label « développement personnel continu ».

Pour poursuivre le développement de l'hypnose médicale, il est donc nécessaire de s'intéresser à son coût et à son impact médico-économique.

I - Les bénéfices

Les professionnels de santé utilisant l'hypnose médicale comme outil thérapeutique, observent de nombreux bénéfices comme une diminution de la consommation d'antalgiques, une reprise plus rapide de l'activité professionnelle, un amaigrissement, un sevrage tabagique... Ceci représente de nombreuses sources d'économie pour la société. Malheureusement les difficultés à effectuer des recherches dans le domaine de l'hypnose et la complexité du calcul de ces économies font qu'il existe peu de données sur le sujet.

Certaines études dans le domaine de l'anesthésie ont montré que l'utilisation de l'hypnosédation⁽¹⁾ en remplacement de l'anesthésie générale permet des économies. L'hypnosédation permet à la fois une réduction du temps d'occupation de la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), et de séjour dans le service ambulatoire ou hospitalier⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ à l'origine d'une sortie plus rapide de l'établissement hospitalier. Il y a également une baisse des effets secondaires⁽³⁾⁽⁴⁾, une reprise plus précoce de l'activité professionnelle⁽⁵⁾ ainsi qu'une baisse des antalgiques per et post opératoires⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Tous ces bénéfices de l'hypnosédation comparés à l'anesthésie générale sont des sources d'économie, mais le gain financier n'a pas pu être évalué.

- Aux États-Unis, en 2002, Dr Elvira Lang l'a étudié en radiologie interventionnelle et a montré que l'utilisation de l'hypnosédation comparée à une sédation classique permet une économie de 330 \$ (292 €) par procédure⁽²⁾. Dans cette étude randomisée, prospective, l'économie réalisée vient d'un nombre d'hospitalisations plus faible en surveillance continue dans le groupe hypnose. En effet, il y a moins d'effets secondaires liés à une sédation trop forte ou au contraire trop légère, ce qui, en plus du bénéfice médical pour le patient, apporte un bénéfice financier pour l'établissement de soin.

- En France, de plus en plus d'anesthésistes et d'infirmiers anesthésistes sont formés à l'hypnose. Ainsi de nombreuses interventions chirurgicales sont réalisées sous hypnosédation tous les jours, dans des établissements publics comme privés.

Depuis 2012, l'hypnosédation est considérée comme une technique d'anesthésie par la Société Française d'Anesthésie Réanimation, au même titre que l'anesthésie générale, les anesthésies locorégionales, les sédations... La tarification CPAM de l'acte d'anesthésie est dépendante de l'acte chirurgical; la technique anesthésique employée ne la modifie pas. L'utilisation de l'hypnosédation lors d'une intervention chirurgicale rapporte donc (ou coûte selon le point de vue) la même chose. Il existe pourtant un code CPAM spécifique pour « utilisation de l'hypnose à visée antalgique », mais qui est coté 0 €⁽⁹⁾. Ainsi, pour les établissements de santé, le coût de l'hypnosédation dépend donc essentiellement des temps d'occupation de la salle d'opération, de la SSPI et en service de soins (les autres variables étant le matériel d'anesthésie, et les médicaments per et post opératoires).

II - Une étude

Dans une étude à paraître⁽¹⁰⁾, nous avons comparé le coût de revient pour notre établissement ESPIC⁽²⁾ d'une chirurgie du col utérin sous anesthésie générale par rapport à une hypnosédation. Dans cette étude prospective, en soins courants, nous avons inclus 71 patientes qui ont bénéficié d'une conisation⁽³⁾ sous hypnosédation et anesthésie locale du col utérin réalisée par le chirurgien, et 55 patientes qui ont bénéficié de la même chirurgie sous anesthésie générale.

Les résultats

- Le temps d'occupation de la salle d'opération est identique dans les 2 groupes, par contre le temps de surveillance post-anesthésie passé en SSPI et en service ambulatoire est beaucoup plus court dans le groupe hypnosédation. Ce temps de séjour plus court est à l'origine d'une économie de 160 € par chirurgie pour notre établissement (l'épargne de matériel et produits anesthésiques représente une économie moyenne de 35 € par conisation – non significatif).
- Il peut paraître surprenant que le temps d'occupation de salle d'opération soit identique dans les 2 groupes, car il est vrai que l'induction d'une hypnose est un peu plus longue qu'une induction d'anesthésie générale, mais ce temps est compensé par un temps de « réveil » beaucoup plus court, voire inexistant. Ceci est confirmé par d'autres études qui ont montré que la chirurgie sous hypnosédation ne prend pas plus de temps que sous AG^{(3) (4) (11) (12)}.
- Le taux de réussite des hypnosédations effectuées par notre équipe de 7 médecins anesthésistes et infirmiers anesthésistes est élevé (95 %). Dans 5 % des cas (4 patientes/71), une conversion en anesthésie générale a été nécessaire, 3 fois à la demande de la patiente, 1 fois à la demande du chirurgien (hémorragie per opératoire).
- Parmi les 67 conisations sous hypnosédation, la grande majorité (55/67) a été réalisée sans adjonction d'analgésique ou de sédatif intraveineux. Dans notre étude, les résultats chirurgicaux en termes de hauteur de coupe, de pourcentage en marge *in sano*, de reprise ou d'hémorragie per opératoire sont identiques dans les 2 groupes et conformes à la littérature^{(13) (14)}.
- Des études ont montré que les conisations sous anesthésie locale pure ont des hauteurs de coupe plus faibles et des pourcentages de coupe non *in sano* plus élevés, entraînant un risque plus important de récurrence ou de reprise chirurgicale^{(15) (16)}.
- L'adjonction de l'hypnose à l'anesthésie locale permet donc d'après nos résultats d'obtenir les mêmes résultats chirurgicaux qu'avec l'anesthésie générale, ce qui n'est pas le cas avec une anesthésie locale seule^{(15) (16)}.
- Enfin, nos résultats secondaires confortent les résultats obtenus dans les études précédentes sur l'hypnosédation, à savoir moins de nausées vomissements post opératoires, une bonne analgésie post opératoire (comme dans le groupe anesthésie générale) et une très bonne satisfaction des patientes^{(1) (3) (4) (5) (6)}.

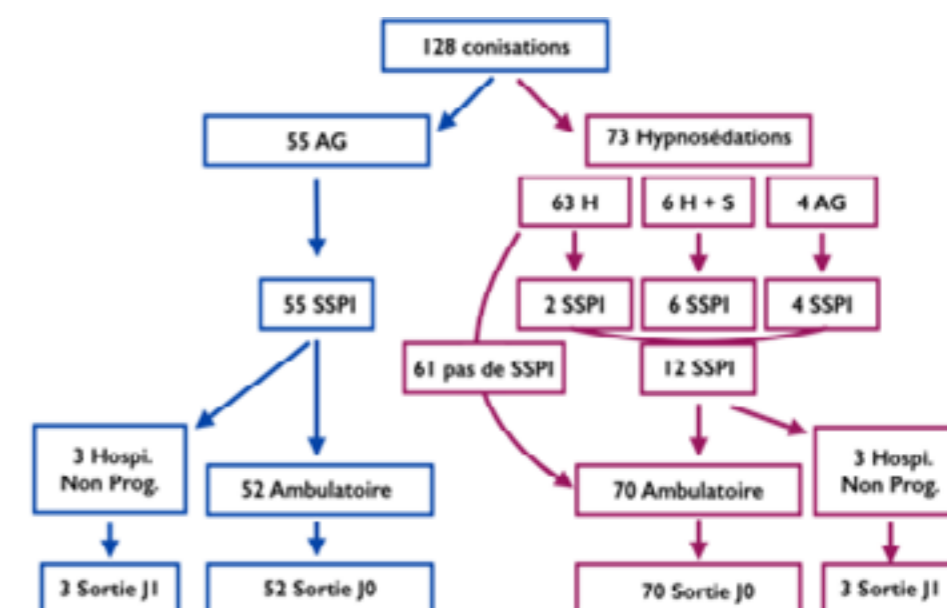
Nous concluons donc que le remplacement de l'anesthésie générale par une hypnosédation dans la chirurgie du col utérin permet outre une grande satisfaction des patientes, une économie pour notre établissement de 160 € par geste (soit environ 10 000 €/an), avec un résultat chirurgical identique et moins d'effets secondaires.

Concrètement, cette économie est possible grâce à un meilleur rendement de la salle de réveil et du service ambulatoire soit en augmentant le nombre d'interventions chirurgicales par jour, soit en diminuant le temps d'ouverture de la salle d'opération.

Ces économies ne concernent probablement pas que notre établissement, mais également la société. Un trop grand nombre de données manquantes nous empêche d'analyser statistiquement le délai de reprise de l'activité professionnelle, mais la tendance observée est une reprise plus rapide dans le groupe hypnosédation, donc de probables économies pour l'assurance maladie.

Pour les autres interventions chirurgicales accessibles à l'hypnosédation, des études supplémentaires seront nécessaires pour montrer que cela permet de réaliser des économies, mais nous pouvons penser que pour les mêmes raisons citées ci-dessus, l'hypnosédation aurait tendance à générer des gains financiers.

	Conisation sous AG	Conisation sous Hypnosédation + AL	P value
Nombre de patientes	n=55	n=71	
Temps d'occupation de la salle d'opération et coût	38,0 min 250 €	38,6 min 230 €	NS
Temps d'occupation de la salle de surveillance post interventionnelle et coût	57 min 49 €	6 min 5 €	p < 0,01
Temps de surveillance en ambulatoire et coût	3h51 194 €	1h55 96€	p < 0,01
Coût total	493 €	331 €	p < 0,01



III - Intérêts économiques dans d'autres études

L'utilisation de l'hypnose a également montré un intérêt économique dans d'autres domaines, comme lors de certaines procédures de soins (biopsie par exemple), ou pendant la période périopératoire, ainsi qu'en cancérologie^{(3) (17) (18) (19)}. Ces économies réalisées concernent à la fois les établissements de soins et la sécurité sociale. Elles sont dues à de nombreux facteurs comme la diminution des effets secondaires, l'épargne médicamenteuse, une réhabilitation plus précoce, une durée de séjour plus courte, une reprise plus rapide de l'activité professionnelle... Mais ces gains n'ont pas été chiffrés à ce jour.

Il serait également intéressant de calculer les économies obtenues grâce à l'hypnose thérapeutique exercée par les psychiatres, les psychologues et autres soignants formés. En effet, cette thérapeutique au coût faible étant donné le peu de matériel requis et le faible nombre de consultations généralement nécessaires, permet de très nombreuses améliorations, comme une reprise plus rapide du travail grâce à une remise en mouvement, une baisse de consommation médicamenteuse, un équilibre alimentaire, un arrêt du tabac, une sortie de dépression, etc... Elles sont donc probablement à l'origine de nombreuses économies pour la santé publique et la société.

L'hypnose clinique et thérapeutique est donc source d'économie pour la santé. En anesthésie, des études chiffrées ont montré que l'utilisation de l'hypnosédation permet un gain financier pour l'établissement de santé. Ces économies concernent également la société, grâce à moins d'effets indésirables et une reprise plus rapide de l'activité professionnelle, mais de futures études seront nécessaires pour chiffrer les gains réels.

1 - Hypnosédation : technique anesthésique utilisant l'hypnose médicale, seule ou associée à une anesthésie locale ou locorégionale, et/ou de faibles doses d'analgésiques par voie intraveineuse.

2 - ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif.

3 - Conisation : Exérèse chirurgicale d'une partie du col utérin en passant par les voies naturelles.

Bibliographie :

- 1 - Surgery under hypnosédation. A new therapeutic approach to hyperparathyroidism. Defechereux T, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, Moscato A, Meurisse M. *Ann Chir.* 1998;52 (5):439-43. French.
- 2 - Cost analysis of adjunctive hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. Lang EV, Rosen MP. *Radiology.* 2002 Feb;222(2):375-82.
- 3 - The advantages of hypnosis intervention on breast cancer surgery and adjuvant therapy. Berlière M, Roelants F, Watremez C, Docquier MA, Piette N, Lamerant S, Megevand V, Van Maanen A, Piette P, Gerday A, Duhoux FP. *Breast.* 2018 Feb;37:114-118
- 4 - Hypnosédation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, Meurisse M. *Ann Chir.* 2000 Jul;125(6):539-46. French
- 5 - Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy M. *Pain.* 1997 Dec;73(3):361-7.

- 6 - Hypnosis and its application in surgery. Faymonville ME, Defechereux T, Joris J, Adant JP, Hamoir E, Meurisse M. *Rev Med Liege.* 1998 Jul;53(7):414-8. Review. French.
- 7 - Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomized trial. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. *Lancet.* 2000 Apr 29;355(9214):1486-90
- 8 - Systematic review of the efficacy of pre-surgical mind-body based therapies on post-operative outcome measures. Nelson EA, Dowsey MM, Knowles SR, Castle DJ, Salzberg MR, Monshat K, Dunin AJ, Choong PF. *Complement Ther Med.* 2013 Dec;21(6):697-711.
- 9 - CNAM- CCAM Version 51 applicable au 02.04.2018
ANRP001: Séance d'hypnose à visée antalgique. Non pris en charge
- 10 - Évaluation de l'impact médico-économique de l'hypnosédation. Schweitzer J, Fize C, Broux C, Fontaine M, Bouvier S. Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble / CECIC Rhone Alpes: 13.01.2016 / CNIL : ref 94K1658226Q / Clinical Trial: 15-MUTG-01
- 11 - A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, Schechter C, Graff-Zivin J, Tatrow K, Price DD, Silverstein JH. *J Natl Cancer Inst.* 2007 Sep 5;99(17):1304-12.
- 12 - Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopolou O, Halsey N, Li X, Berbaum ML, Laser E, Baum J. *Pain.* 2006 Dec 15;126(1-3):155-64.
- 13 - Evaluation of satisfaction after in-office conization under local anesthesia Catin J, Rufenacht E, Roesch M, Chehab M, Ramanah R, Riethmuller DJ. *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016 Oct;45(8):948-954
- 14 - Long-term cytological and histological outcomes in women managed with loop excision treatment under local anaesthetic for high-grade cervical intraepithelial neoplasia. Woo YL, Badley C, Jackson E, Crawford R. *Cytopathology* 2011;22:334-9.
- 15 - Impact of anaesthesia mode on evaluation of LEEP specimen dimensions. Mercuzot A. *Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017 Apr;46(4):339-342.
- 16 - Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analysis. Ghaem-Maghami S. *Lancet Oncol* 2007;8:985-93.
- 17 - The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovbjerg DH. *Anesth Analg.* 2002 Jun;94(6):1639-45
- 18 - Could integrative hypnosis treatment be cost-saving and resuscitate a submerged medical system? Block KI. *Integr Cancer Ther.* 2009 Sep;8(3):205-7.
- 19 - Hypnosis in the Perioperative Management of Breast Cancer Surgery: Clinical Benefits and Potential Implications. Potié A, Roelants F, Pospiech A, Momeni M, Watremez C. *Anesthesiol Res Pract.* 2016; 2016:2942416



CONCLUSION

Plaidoyer pour l'hypnose thérapeutique

Ce Livre Blanc parachève un travail de trois années pour faire l'état des lieux de notre discipline.

Maintenant, il est impossible d'ignorer que l'hypnose s'inscrit en milieu hospitalier, en secteur libéral et à l'Université. Grâce à l'hypnose, les professionnels se perfectionnent, dans chacun de ces lieux, les structures s'améliorent et bien sûr, les patients en bénéficient. Le patient est au centre de notre travail.

Maintenant, l'hypnose est si « populaire » que n'importe qui profère un avis « expert » fondé sur les nombreuses « publi-fictions » d'Internet ; en réalité l'hypnose est méconnue.

Elle est parasitée par tous ceux qui voient en elle un bon moyen d'impressionner le chaland et de profiter de son désarroi.

La CFHTB œuvre depuis 1996 à la reconnaissance de l'hypnose thérapeutique. Autrement dit à enseigner l'hypnose par des professionnels de santé à d'autres professionnels de santé dans une dynamique de compagnonnage.

Disons-le tout de suite, cette politique a permis à la francophonie de devenir la référence mondiale en termes de nombre de praticiens tant dans leur diversité professionnelle qu'en originalité pédagogique.

La CFHTB a organisé le Congrès mondial de l'hypnose thérapeutique à Paris en 2015 avec plus de 2500 professionnels de santé venus de 55 pays !

Nous sommes donc en situation d'en parler avec compétence.

Ce Livre Blanc est un plaidoyer, c'est aussi un porte-voix pour tous ceux qui œuvrent auprès des patients, car oui, il s'agit bien de redonner la parole.

L'hypnose thérapeutique est fondée sur les mots. Ceux qu'utilisent les patients avec leur accent, leur intensité, leur maladresse. Pour donner la parole à la souffrance et trouver les mots qui la soulagent. Est-ce si exceptionnel ? Il faut bien croire que oui, hélas. Malheureusement l'espace interrelationnel, celui dans lequel s'exerce notre métier, est stérilisé par une vision mécanique et gestionnaire.

Alors, n'ayons pas peur de le dire : l'hypnose thérapeutique opère un changement.

Et ce changement est pluriel.

Le tout premier réside dans sa dimension thérapeutique générale (sans pour autant prétendre à une illusoire panacée), le second dans sa contribution à établir une cohésion entre tous les soignants, quelle que soit leur fonction, le troisième dans la stimulation intellectuelle qu'elle suscite au sein d'un groupe qui se réapproprie son espace de travail.

L'hypnose, comme mode de pensée, accède à ce triple enjeu, l'intégration dans un lieu, d'une action menée par des personnes dans une temporalité humanisée ! Un exemple parmi tant d'autres : le service des urgences. Devenu le nouveau carrefour des misères et des tourments de notre époque où la participation active et effective des personnels urgentistes y conçoivent physiquement des espaces dédiés à l'hypnose.

Cet essor a son revers, celui du développement anarchique des prétendus « hypnothérapeutes ».

La France voit s'installer ce paradoxe étonnant : occuper la première place mondiale de la recherche clinique, thérapeutique et universitaire et celle d'être en tête du peloton pour la facilité avec laquelle se répand la licence totale à se prétendre « hypnothérapeute » ! Activité ne nécessitant aucun diplôme d'état et néanmoins, bénéficiant d'un vide juridique dans lequel s'engouffre toute la force d'une publicité commerciale débridée. . .

Autrement dit une véritable atteinte à la santé publique.

Nous appelons les pouvoirs publics, par ce Livre Blanc, à la prise en compte de cet état des lieux.

L'hypnose thérapeutique trouve son efficacité dans l'établissement d'un diagnostic.

Or pour ce faire, il convient d'en être capable par une formation antérieure sérieuse et ce point essentiel nous le soutenons depuis 1996.

Les résultats de cette politique d'enseignement se traduisent, entre autres, par l'intérêt grandissant de nombreuses directions d'établissements hospitaliers. Elles contribuent au développement de l'hypnose thérapeutique dans un service, un pôle et soutiennent, ensuite, une politique d'établissement plus humaine. Les bénéfices pour les patients sont avérés et colligés dans les dossiers médicaux pour une traçabilité objective. Ils sont aussi partagés par les équipes soignantes qui bénéficient par la pratique de l'hypnose d'une moindre vulnérabilité au burn-out.

Loin de la fragmentation, de l'émiettement conduisant à la perte du sens de leur métier, tous les soignants retrouvent, par cette expérience relationnelle à la fois ancienne et renouvelée, une approche plus humaine dans l'abord du patient.

Dans une réponse récente publiée au JO Sénat du 13/12/2018, il est rappelé que le terme « hypnothérapeute » pourrait conduire à une confusion avec l'hypnose médicale ; aussi, suite à la jurisprudence de la Cour de cassation dans un arrêt du 9 mars 2010, elle précise que l'exercice, notamment, de l'hypnose dans un cadre autre que médical s'apparente à l'exercice illégal de la médecine (n° 09-81.778 de la chambre criminelle du 9 mars 2010).

Il est de toute première urgence que l'enseignement de l'hypnose soit soutenu explicitement pour qu'il intègre toutes les structures de formation aux métiers de la santé (médecine, personnel infirmier, kinésithérapie, psychologie, dentisterie, sage-femme, etc.).

Nous sommes le porte-voix de nouvelles pistes thérapeutiques. Écoutez. Entendez.

“

Ce Livre Blanc démontre que l'hypnose thérapeutique est une véritable expérience de pensée propre à contribuer, non seulement, au traitement du patient dans des affections où les médicaments peinent à soulager, à humaniser cette prise en charge et par là même à redonner du sens au métier pour le personnel qui s'y dévoue !

”



Dr Patrick BELLET

Initiateur des États généraux et
du Livre Blanc

LISTE DES AUTEURS

“

Ce Livre Blanc est un travail d'équipe, nous remercions l'ensemble des auteurs qui ont contribué à son écriture.

”

Dr Philippe Aïm, psychiatre et psychothérapeute, formateur et directeur pédagogique à l'institut Uthyl et Chtip, Paris.

Marie Arnaud, agrégée de l'Université, psychologue psychothérapeute, vice-présidente de l'IMELYON, Lyon.

Elisabeth Barbier, infirmière hypno praticienne consultation de douleur chronique, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, formatrice IFH, Paris.

Dr Jean Becchio, président du CITAC, Directeur Diplôme Universitaire de Techniques d'Activation de Conscience Paris-Sud-Orsay, Paris.

Dr Patrick Bellet, président-fondateur de la CFHTB et de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence, directeur DU Hypnose & douleur, Université de Strasbourg, Vaison la Romaine.

Dr Jean Marc Benhaïem, médecin généraliste, Paris, Directeur DU Hypnose médicale Paris VI. Ancien attaché aux Centre Douleur Cochin et Ambroise Paré.

Dr Franck Bernard, médecin anesthésiste, formateur en hypnose et douleur aiguë, co-créateur des formations en communication thérapeutique, Rennes

Dr Julien Betbèze, psychiatre et pédopsychiatre, Praticien hospitalier, Chef de service, responsable pédagogique de l'IMHE Nantes, formateur en hypnose, thérapie stratégique, solutionniste et narrative, Nantes.

Pr Antoine Bioy, Professeur des universités (Paris 8), Conseiller scientifique UNESCO, président de la commission « Humanisation des soins », Fondation de France, Paris

Patricia Bonnabry, Diplômée de Sciences Politiques, Clermont-Ferrand. A trouvé par l'autohypnose des solutions d'accompagnement au quotidien de la maladie et du handicap.

Pr Pierre Castelnau, Professeur de Pédiatrie, Chef du Service de Neuropédiatrie et Handicaps, CHU et Université de Tours, chercheur affilié INSERM U1253 « Imagerie et Cerveau ». Coordinateur du DU d'Hypnose Médicale de l'Université de Tours. Membre du CUMIC.

Isabelle Célestin Lhopiteau, psychologue, Directrice de l'Institut français des pratiques psychocorporelles. Responsable du DIU Pratiques Psycho Corporelles et de Santé Intégrative, Paris Sud et Réunion.

Antoine Collin, infirmier en Santé Mentale, CH Limoges. Membre du bureau CFHTB. Enseignant DU Hypnose et Thérapies Brèves Stratégiques et Solutionnistes, Limoges.

Stéphanie Desanneaux-Guillou, infirmière praticienne et formatrice en hypnose, co-coordinatrice du Collège National des Infirmiers Praticiens en Hypnose, Lamballe.

Dr Flavie Derynck-Godchaux, psychiatre, enseignante et responsable pédagogique DESU Hypnose Médicale Faculté de Médecine de Marseille, membre de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence.

Dr Régis Dumas, médecin généraliste, président de la CFHTB, Clermont-Ferrand. Formateur Hypnose et Pleine Conscience. Président HAURA Hypnose Auvergne Rhône Alpes.

Dr Luc Farcy, psychiatre, CH Nîmes.

Pr Marylise Faymonville, Liège. Anesthésie-Réanimation. Docteur en Sciences Cliniques. Chef du service d'Algologie-Soins Palliatifs au CHU de Liège. Spécialiste de l'Hypnosédation.

Dr Gérard Fitoussi, médecin généraliste, président de l'European Society of Hypnosis, Secrétaire Général CFHTB, Saint Fargeau-Ponthierry.

Dr Marc Galy, médecin anesthésiste, Ancien interne des hôpitaux, consultation d'hypnose médicale hôpital Saint Louis - Lariboisière, Paris.

Dr Franck Garden-Brèche, urgentiste, Praticien Hospitalier Samu, DESC Médecine d'Urgence, Praticien et Formateur en Hypnose Médicale, Lamballe.

Kevin Groguenin, psychologue clinicien, Auxerre.

Yves Halfon, psychologue clinicien, Responsable Institut Milton Erickson de Normandie, Rouen.

Dr Hugues Honoré, neuroradiologue, Biarritz, Responsable des formations Institut M Erickson de Biarritz, Pays Basque.

Isabelle Ignace, psychologue clinicienne. Formatrice en hypnothérapie, hypno analgésie et hypnose de soins à l'hôpital, Paris.

Laurence Jeuffroy, psychologue clinicienne, hypnothérapeute, formatrice en hypnose médicale, Paris.

Corinne Lehmann, infirmière hypnopracicienne, Coordinatrice. Chargée de mission URPS ML PACA, Saint Rémy de Provence.

Guillaume Mathé, kinésithérapeute, Lyon. Responsable de l'Institut Milton Erickson de Lyon.

Dr Dominique Megglé, Ancien Psychiatre des Hôpitaux des Armées. Ancien Président et Cofondateur de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves, Membre de la Société Médico-psychologique, Toulon-Marseille.

Joëlle Mignot, psychologue sexologue clinicienne, vice-présidente CFHTB, Directrice du Pôle SSSDH Université-Paris, Chaire UNESCO Santé sexuelle et Droits humains, Paris.

Julie Morvan-Mayon, psychologue clinicienne et hypno thérapeute en exercice libéral, Directrice pédagogique et scientifique de l'Institut Français d'Hypnose, Paris.

Dr Isabelle Nickles, médecin généraliste et esthétique. Responsable de l'Institut Montpellierain d'Hypnose Ericksonienne Médicale, Montpellier.

Pr Gérard Osterman, Professeur de thérapeutique, Spécialiste en Médecine interne, Psychothérapeute, Administrateur Société Française d'Alcoologie, Responsable du Diplôme universitaire de pathologie de l'oralité à Bordeaux.

Dr Michel Ruel, AIHP, Médecin des Hôpitaux, Ancien chef de service de Médecine Interne, Ancien Professeur Associé au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, formateur en hypnose, Paris.

Armelle Touyarot, sage-femme, psychothérapeute, praticienne et formatrice en hypnose et thérapies brèves, Toulouse.

Dr Stéphane Radoykof, médecin psychiatre, Hôpital Cochin, conférencier, Paris.

Dr Emmanuel Repingon, Psychiatre. CH de Montauban. Psychiatrie générale et orientations spécifiques syndrome de stress post-traumatique, TOC et phobies. Hypnose et thérapies brèves, Montauban.

Dr Thierry Servillat, psychiatre, formateur et conférencier en hypnose, Président Institut Milton H Erickson de Nantes et Ile de France, rédacteur en chef de la revue Transes (Dunod), Rezé les Nantes.

Dr Jérôme Schweitzer, Anesthésiste Réanimateur au Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble, Formateur en hypnose médicale.

Dr Bruno Suarez, radiologue, Thiais, AIHP, Formateur au Diplôme Universitaire de Techniques d'Activation de Conscience Paris-Sud-Orsay, Paris.

Dr Claude Viot, psychiatre Rennes, Directeur de l'Institut Emergences, Past President de la Société Internationale d'Hypnose, Ex-president de la CFHTB.

Dr Marie-Anne Voisin-Ruffier, médecin généraliste et médecin du sport, Praticienne d'hypnose en libéral, Saran.

Dr Chantal Wood, Pédiatre, Anesthésiste-Réanimateur, ex Responsable du Centre de la Douleur Chronique du CHU de Limoges. Vacataire en Neurochirurgie, au CHU de Poitiers.

Ce Livre Blanc de l'hypnose clinique et thérapeutique est un geste d'ouverture, à la fois lanceur d'alerte et force de proposition pour notre système de santé.

La Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB) se propose de mieux faire connaître l'hypnose de soin aux pouvoirs publics et aux acteurs institutionnels mais aussi aux usagers qui s'interrogent sur sa pratique et ses indications dans le champ de la santé.

Ses auteurs, tous professionnels de la santé, mettent ainsi en avant, les indispensables exigences scientifiques et éthiques, rappelant les principes incontournables, tant en terme de réglementation, d'économie de la santé que de formation.

Ce Livre Blanc propose 10 recommandations et défend la nécessité d'un cadre et d'une reconnaissance pour l'hypnose clinique, thérapeutique et médicale en France, véritable défi pour notre démocratie sanitaire, face aux dérives potentielles.



« Ce Livre Blanc est un véritable outil de référence pour l'avenir qu'il faut encourager à faire vivre... le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) soutient la nécessité d'un réel encadrement de l'hypnose Clinique et Thérapeutique... »

Pr Jacques Kopferschmitt, Président du CUMIC.