

2024

N° ***

Hypnose au domicile et douleurs chroniques en médecine générale

Thèse pour l'obtention du diplôme
DES médecine générale

Présentée par :
Yaëlice PRADOS

Soutenue le 18/04/2024

Sous la direction de :
PR PASCAL CLERC

Jury de soutenance :

Professeur Olivier SAINT-LARY

Professeur Pascal CLERC

Docteur

Note : L'Université de n'entend accorder aucune approbation, ni improbation, aux opinions émises dans cette thèse ; celles-ci doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

Je remercie Professeur Olivier SAINT-LARY qui préside mon jury de thèse .

Je remercie Professeur Pascal CLERC, membre de mon jury et directeur de ma thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, merci de m'avoir accompagnée durant ces trois dernières années, malgré mes déceptions, pour ton soutien et tes précieux conseils. Tu m'as beaucoup appris sur ce qu'est être médecin. Je ne l'oublierai jamais.

Je remercie Docteur , membre de mon jury de thèse

REMERCIEMENTS

Je remercie mes parents, pour votre soutien infaillible durant ces neuf longues années, pour les moments de joie et de réussite mais surtout pour votre soutien durant les moments de découragements, de doutes et de désespoirs, pour les repas servis comme il fallait quand il fallait, pour le calme dont vous avez fait preuve face aux montagnes russes émotionnelles qu'engendrent ces études, pour avoir été là.

Je remercie mes grands-parents, pour l'enthousiasme constant face à mon évolution, l'intérêt pour ce que je fais, pour les nombreuses semaines de révisions nourries aux pâtes aux lardons, pains au chocolats et mousses framboises, un vrai soutien que je n'oublierai pas.

A Maïlys, ma marraine de faculté, devenue mon amie, ma confidente, mon soutien sans faille, depuis toujours et pour toujours, parce que médecine c'est pour la vie. Pour nos craquages en révisions, pour nos sms à rallonge dans les moments difficiles, pour nos pleurs partagés, pour nos après-midis révisions, nos pauses goûters smoothies, devenues nos après-midis spa, restaurants et week-end à la mer.

A Lisa et Mélanie, mes deux copines qui m'ont accompagnée durant ces longues études.

Aux médecins qui m'ont inspiré tout au long de ce parcours, dans l'ordre chronologique d'apparition dans ma vie. Dr Stern, pour m'avoir donné envie de faire comme elle. J'ai pu grâce à toi dire dès mes 8 ans que « quand je serai grande je serai docteur », 19 ans plus tard voilà chose faite. Dr Vergne, pour m'avoir confortée dans mon choix de spécialité quand je suis passée chez toi en 5^e année, pour m'avoir transmis ce « coup de cœur », pour m'avoir donné envie d'être à ta place, pour m'avoir aidée pour ma thèse. J'ai hâte de remplacer chez toi, la boucle est bouclée. Dr Clerc, pour m'avoir soutenue et inspirée durant ces trois dernières années.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Dr	Docteur
Nb	Nombre
NR	Non répondant
NSP	Ne s'applique pas
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
PET-SCAN	Tomographie par émission de positon couplé au scanner

Résumé

Contexte

La douleur chronique touche un cinquième de la population. L'hypnose est efficace chez plus de deux tiers des patients mais n'est pas utilisée au quotidien. Nous avons cherché à faciliter son accès via des enregistrements YouTube gratuits en ligne prescrits par le généraliste.

Méthode

Une prescription de séances d'hypnose au domicile à l'aide d'enregistrements sonores disponibles en ligne est réalisée. Nous avons analysé à un mois le pourcentage de réalisation de ces séances, ainsi que le ressenti sur les douleurs et le vécu de cette expérience par les patients.

Résultats

Deux tiers des participants ont effectivement réalisé au moins une séance d'hypnose. On note une baisse de l'intensité douloureuse chez les trois quarts des patients concernés, liée à une amélioration de la qualité de vie chez deux tiers d'entre eux et à une baisse de la fréquence douloureuse chez un tiers des patients. Une baisse médicamenteuse a été observée chez certains patients. Le manque de temps a été un frein rencontré par la majorité des participants.

Conclusion

L'hypnose au domicile prescrite par le généraliste pour les patients douloureux chroniques est réalisée dans 2/3 des cas. Elle apporte un soulagement chez près de 3/4 d'entre eux et est donc une technique que l'on pourrait proposer plus largement au sein du cabinet.

Mots clés : Hypnose, Prescription d'Hypnose, Douleurs chroniques, Hypnose au domicile

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	5
Liste des abréviations.....	9
Table des matières.....	13
Introduction.....	19
I. Définitions.....	19
A. Douleur.....	19
B. Hypnose.....	20
II. Contexte.....	21
III. Pistes explicatives biomédicales.....	22
IV. Pourquoi le médecin traitant ?.....	23
Matériels et Méthodes.....	25
Résultats.....	27
I. Population.....	27
II. Critère de jugement principal.....	29
III. Critères secondaire : efficacité ressentie.....	31
A. Première Analyse.....	31
B. Analyse en sous groupe.....	32
1. Amélioration de la qualité de vie.....	32
2. Baisse de l'intensité douloureuse.....	33
IV. Freins rencontrés.....	33
A. Groupe « hypnose ».....	34
B. Groupe « pas hypnose ».....	34
V. Commentaires patients.....	35
Discussions.....	37
I. Points forts de l'étude.....	37
II. Analyse de la littérature.....	38
III. Implications cliniques.....	39
IV. Points faibles de l'étude.....	39
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	48

Index des figures

Figure 1: Répartition des âges des participants.....	27
Figure 2: Répartition du nombre de patients recrutés par médecin.....	47

Index des tableaux

Tableau 1: Activité professionnelle des participants.....	28
Tableau 2: Nombre de séances réalisées.....	29
Tableau 3: différences entre les groupe « hypnose » et « pas hypnose ».....	29
Tableau 4: Répartition des patients inclus et des séances réalisées selon les praticiens.....	30
Tableau 5: Réalisation de l'hypnose selon le recruteur.....	31
Tableau 6: Critères secondaires : efficacité ressentie.....	31
Tableau 7: Analyse de l'amélioration de la qualité de vie.....	32
Tableau 8: Analyse de l'intensité douloureuse.....	33
Tableau 9: Freins groupe « hypnose ».....	34
Tableau 10: Freins groupe « pas hypnose ».....	34
Tableau 11: Caractéristiques de la population.....	46

INTRODUCTION

I. Définitions

A. Douleur

La douleur est définie par l'*International Association for Study of Pain* comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion existante ou potentielle, ou décrite comme évoquant une telle lésion » (1) . La caractéristique « chronique » est définie comme une douleur persistante ou récidivante pendant plus de 3 mois (2) .

La douleur résulte de 4 composantes : sensorielle (influx nerveux cérébral, réactionnel à une lésion, une inflammation), émotionnelle (vécu, ressenti, émotions liées), cognitive (interprétation, croyances), comportementale (réaction du corps : cri, pleurs, crispation...).

Dans la douleur chronique, la cause de l'alarme initiale = la lésion ayant engendré la douleur peut avoir disparu, mais la sensation douloureuse est maintenue et majorée par un effet nocebo des émotions sur le corps. L'angoisse et la focalisation sur la sensation désagréable va majorer la douleur perçue alors que la distraction et la relaxation va diminuer ce ressenti.

C'est sur la composante émotionnelle que l'hypnose va agir.

B. Hypnose

L'hypnose est définie par le dictionnaire Larousse comme un état de conscience

particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion (3) .

L'association américaine de psychologie Division 30 rejoint cette proposition de définition en précisant que cet état de conscience modifié est caractérisé par une attention centrée sur les suggestions hypnotiques avec une diminution de la sensibilité du sujet aux stimuli extérieurs (4) .

La séance d'hypnose est composée de deux étapes, une induction suivie d'une suggestion.

L'induction est la phase de mise en place de l'hypnose, permettant au sujet de rentrer dans un état de relaxation et d'attention dirigée, état dit « de transe » avec une focalisation guidée par le thérapeute (5) .

La suggestion hypnotique est définie par l'institut de formation hypnotique HANSEN comme une demande d'action physique ou mentale faite à une personne sous hypnose qui va la réaliser. Dans l'hypnose thérapeutique, ces demandes sont le plus souvent mentales pour emmener le sujet dans un endroit imaginaire, loin du présent inconfortable (opération, douleur, anxiété...), ou pour lui donner les armes pour combattre la douleur (bulle de protection, gant magique...) (6) .

Cette suggestion est réalisée par l'hypnothérapeute au sein d'un cabinet de consultation ou au travers d'un enregistrement sonore.

L'hypnose est à différencier de la méditation. Dans la présentation du dr Olivier Bennaroche, chirurgien dentiste qui pratique l'hypnose, exposée dans le colloque de la revue de l'hypnose et de la santé d'avril 2022 (7) , il propose une comparaison de l'hypnose et du zazen (méditation orientale). Il souligne le fait que l'hypnose est orientée vers un objectif, elle est guidée par une personne tierce à l'aide de la suggestion qui entraîne des visualisations et des images mentales (parfois différentes de ce qui est évoqué par l'hypnothérapeute). La méditation, quant à elle, est sans objectif, avec une concentration sur l'instant présent, en communion avec soi même, sans guide extérieur.

L'hypnose est réalisée dans un but précis (arrêter de fumer, apaiser une douleur, supporter une opération chirurgicale et ses conséquences) ; tandis que la méditation n'a pas d'autre but qu'elle même.

Cette différence est également relevée par Enrico FACCO dans le journal international

de l'hypnose clinique et expérimentale (8) .

L'hypnose est donc cet état psychique volontaire dans lequel on cherche à emmener le sujet pour l'aider à contrôler et gérer sa douleur.

II. Contexte

Une étude australienne sur plus de 17 500 personnes estime qu'environ 20 % de la population est victime de douleurs chroniques (9) . Ces chiffres sont retrouvés en France avec une prévalence de 17 % sur une étude réalisée sur 15 000 personnes (10) . Elles sont souvent associées à de l'anxiété ou de la dépression ainsi qu'à une altération de la qualité de vie. Le coût socio-économique lié est très important, en raison des consultations répétées, des consommations médicamenteuses nombreuses et des arrêts de travail engendrés. Un patient sur deux est en arrêt de travail plus de 4 mois par an. Un patient sur deux déclarerait une qualité de vie très altérée, deux patients sur trois ne sont pas soulagés par leur traitement, au prix d'effets indésirables conséquents (11) .

Une personne atteinte de douleur chronique consulterait en moyenne 14 fois par an d'après cette étude réalisée en Europe et en Israël sur plus de 46 000 personnes (12) .

Elle révèle également que 21 % des patients douloureux chroniques ont été diagnostiqués dépressifs en partie à cause de leur douleur. Les répercussions sur le travail sont décrites de cette manière : 61 % des patients sont en difficulté pour réaliser leur travail, avec arrêt intermittents, 19 % l'ont perdu et 13 % en ont changé à cause de leur douleur.

Cette même étude retrouve également un traitement inadéquate dans 40 % des cas (12) .

Les consommations médicamenteuses sont pour 1/3 des patients, des traitements distribués sans ordonnances avec 55 % d'AINS (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien), et 43 % de paracétamol. Pour les 2/3 qui suivent des prescriptions médicales, 44 % consomment des AINS, 23 % des opioïdes faibles, 18 % du paracétamol et 5 % des opioïdes forts.

Aux États-Unis, une étude a été réalisée pour estimer le coût de la douleur chronique. En associant les coûts des prises en charges médicales, avec le coût de la baisse de productivité au travail, cette étude obtient un total de 600 milliards de dollars en 2010. Ce chiffre est supérieur au coût des maladies cardiaques (309 milliards de dollars), à celui des cancers (243

milliards de dollars) et du diabète (188 milliards de dollars) (13) .

L'arsenal thérapeutique pour ce genre de douleur est seulement partiellement efficace. La douleur chronique perd son aspect d'alerte de la douleur aiguë pour s'engouffrer dans une automatisation des signaux douloureux malgré une absence de lésion ou de danger. Il existe un fort retentissement psychique de cette douleur qui peut entretenir et aggraver la perception douloureuse.

De nombreuses études ont démontré l'efficacité de l'hypnose pour baisser la douleur. La revue systématique de Thompson et al de 2019 recense 64 études avec une efficacité significative de l'hypnose dans la douleur par rapport au contrôle pour 42 d'entre elles. La méta-analyse réalisée sur plus de 3500 patients, montre une réduction de la douleur de 42 % ($p < 0,001$) chez les personnes à haute suggestibilité hypnotique et à 29 % ($p < 0,001$) pour celles à moyenne suggestibilité (14) .

Le revue de Jensen et al de 2006 analyse 19 études et conclut également à une réduction de la douleur significative dans le traitement de la douleur chronique par l'hypnose (15) .

Nous voyons donc que la douleur chronique a un retentissement notable sur la santé des personnes et les dépenses de santé publique. Les moyens médicamenteux ne sont que partiellement efficaces. L'hypnose est une piste thérapeutique à envisager car démontrée efficace dans de nombreuses études.

III. Pistes explicatives biomédicales

La revue systématique de Mathieu Landry et al. regroupe les conclusions des études observant les effets de l'hypnose au niveau cérébral. Les résultats sont inhomogènes selon les études mais cette méta analyse met tout de même en évidence un lien avec les réseaux neuronaux CEN (central executive network) , SN (Salience network) , DN (default network) pour la suggestibilité hypnotique et son effet (16) .

L'étude des images de PET-SCAN cérébraux avant et pendant une phase hypnotique réalisée par Faymonville et son équipe en 2006 révèle que la réduction de la sensation sensorielle et affective de la douleur est liée de manière significative à une activité renforcée du cortex cingulaire moyen (17) .

De plus, l'état hypnotique améliore significativement la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire moyen et un large réseau neuronal impliqué dans la perception cognitive, sensorielle et affective de la nociception.

Une étude plus ancienne de 1997 par Rainville avait également repéré une différence d'activation sur IRM fonctionnelle du cortex cingulaire antérieur. Pour un même stimuli douloureux, la douleur est moins perçue chez les patients hypnotisés, associés à une moindre activation de cette zone cérébrale. La zone sensorielle est identique dans les deux cas, le stimuli douloureux étant le même (18).

Le cortex cingulaire antérieure joue un rôle dans la modulation de l'attention, dans l'évaluation de la pertinence des informations émotionnelles et leur régulation.

Le cortex cingulaire moyen est composé de nombreux neuromodulateurs diminuant la sensation douloureuse comme les récepteurs opioïdes, sérotoninergiques, dopaminergiques, noradrénergiques, ainsi qu'une concentration élevée de substances génératrices de douleur telles que la substance P, des dérivés prosomatostatiniques, la neurotensine etc.

Ces données suggèrent que l'hypnose pourrait agir au niveau cérébral dans le cortex cingulaire moyen pour stimuler la sécrétion de neuro-modulateurs antalgiques, et dans le cortex cingulaire antérieur pour la composante émotionnelle et perceptive de la douleur.

IV. Pourquoi le médecin traitant ?

L'institut Analgésia révèle que 24 % des consultations chez un généraliste ont comme motif une douleur chronique (11).

Il est l'intervenant de première ligne pour la plupart des problèmes de santé de son patient et l'intermédiaire de confiance à qui il peut se confier. Malgré des suivis et avis aux spécialistes, c'est bien lui qui centralise les informations, renouvelle les traitements, réexplique les prises en charge et les adapte. Il apparaît donc comme primordial dans le soin d'une douleur chronique dont le retentissement et la prise en charge est multifactorielle.

Nous avons vu dans les paragraphes précédents que la douleur chronique est un problème de santé important qui touche beaucoup de patients, avec une dégradation de la qualité de vie chez un certain nombre d'entre eux, accompagnée d'une dépense de santé non négligeable.

Malheureusement, elle est parfois mal prise en charge avec des traitements médicamenteux pas toujours suffisamment efficaces, accompagnés d'escalades thérapeutiques notables. Les alternatives non médicamenteuses sont de plus en plus utilisées pour gérer cette problématique. Il apparaît évident qu'il faut agir sur les répercussions globales pour traiter et aider correctement ces patients. L'hypnose a été démontrée efficace mais n'est que peu utilisée. Le manque de connaissance et la difficulté d'accès peut expliquer cela. Le manque de praticiens et le peu de temps disponible de ceux qui y sont formés sont un frein à son utilisation. La réalisation en autonomie permettrait de dépasser cet obstacle, de rendre le patient indépendant et d'agir au moment même de la douleur, sans attendre un rendez-vous chez un hypnothérapeute.

Question de recherche : Le médecin traitant étant un intervenant clé dans la prise en charge des patients, nous nous sommes demandés si nous pouvions obtenir une réalisation d'hypnose au domicile si celle-ci était prescrite par ce dernier. Nous en avons profité pour évaluer le retentissement de cette hypnose sur le ressenti douloureux et la qualité de vie des patients.

Objectifs : Évaluer la réalisation d'une prescription sur ordonnance de séances d'hypnose en autonomie au domicile. Évaluer les conséquences de ces séances sur la douleur à un mois de la prescription. Évaluer les freins rencontrés lors de l'expérience. Ouvrir la voie pour des études complémentaires sur le sujet.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude quantitative et interventionnelle recueillant la réalisation ou non de séances d'hypnose par les patients, prescrites par leur médecin généraliste, consulté dans le cadre du suivi d'une douleur chronique, ainsi que ses conséquences sur les douleurs perçues.

Un avis favorable a été pris au Comité Éthique et Recherche de Paris-Saclay.

Nous avons recruté des médecins généralistes volontaires dans les Yvelines pour participer à cette étude. 26 sont sollicités par mail ou téléphone et 13 répondent positivement à notre annonce et recrutés pour l'étude.

Nous avons laissé le choix à ces médecins de sélectionner leurs patients éligibles à l'hypnose dans le cadre d'un traitement de douleur chronique. La période de recrutement des patients s'est étalé sur 6 mois, de décembre 2022 à mai 2023.

Une prescription de séances d'hypnose en ligne sur ordonnance, accompagnée de conseils et d'explications ont été dispensés. (cf annexe 1)

Une liste de 8 liens internet accompagnait cette ordonnance, elle proposait des vidéos d'hypnose disponibles gratuitement sur la plateforme YouTube, réalisées par des professionnels hypnothérapeutes, d'une durée variant de 17 min à plus d'une heure. (cf annexe 2)

Une feuille explicative de la thèse et un consentement à signer ont été transmis à ces patients par l'intermédiaire de leur médecin traitant. Les coordonnées (mail et numéro de téléphone) des patients ont été recueillies avec leur accord pour pouvoir les contacter en

vue de les interroger.

A un mois de cette prescription, les patients ont été interrogés par mail ou téléphone avec un questionnaire binaire comportant 10 à 16 questions, 10 questions pour les patients n'ayant pas réalisé de séance d'hypnose, 16 pour les patients l'ayant réalisée. (cf annexe 3)

Les critères d'inclusions étaient : patient majeur volontaire pour participer, présentant au moins une manifestation douloureuse chronique depuis plus de 3 mois, d'une fréquence minimale d'une fois par semaine, ayant déjà consulté son médecin traitant pour ce symptôme.

Les critères d'exclusions étaient : patient n'ayant pas accès à internet, patient présentant des troubles cognitifs pouvant compromettre son consentement et son adhésion à l'étude, patient maîtrisant mal la langue française, patient schizophrène ou psychotique.

Ce dernier critère correspond aux contre-indications de l'hypnose soulignés par l'institut français d'hypnose. La dissociation naturelle que présente le patient schizophrène ou psychotique peut être majorée par une séance d'hypnose et il est délicat d'entrer en relation efficace avec ce dernier de par sa pathologie (19) .

La question répondant au critère de jugement principal était : avez-vous réalisé au moins une séance d'hypnose ?

Les tableaux dynamiques ont été réalisés avec Libre Office Calc. Les tests statistiques exacts de Fisher ont été réalisés avec le logiciel BiostaTGV ¹.

1 [BiostaTGV - Statistiques en ligne \(sentiweb.fr\)](http://BiostaTGV - Statistiques en ligne (sentiweb.fr))

RÉSULTATS

I. Population

Un total de 37 patients ont été recrutés par 13 médecins pour cette étude. Nous avons obtenu une moyenne de 2,8 patients recrutés par médecin (écart-type 3,0 patients). Au terme du questionnaire à 1 mois, 29 personnes nous ont répondu, soit un total de perdus de vue de 8 patients (que nous avons nommés NR = Non répondants).

Les caractéristiques de la population ont été classées dans le tableau 10 et la figure 5 disponible à l'annexe 4.

Les patients étaient composés de 28 femmes (76%) et 9 hommes (24%). La moyenne d'âge de l'ensemble du groupe était de 48 ans avec un écart type de 13 ans ; et la médiane était de 47 ans, répartie entre 24 et 77 ans.

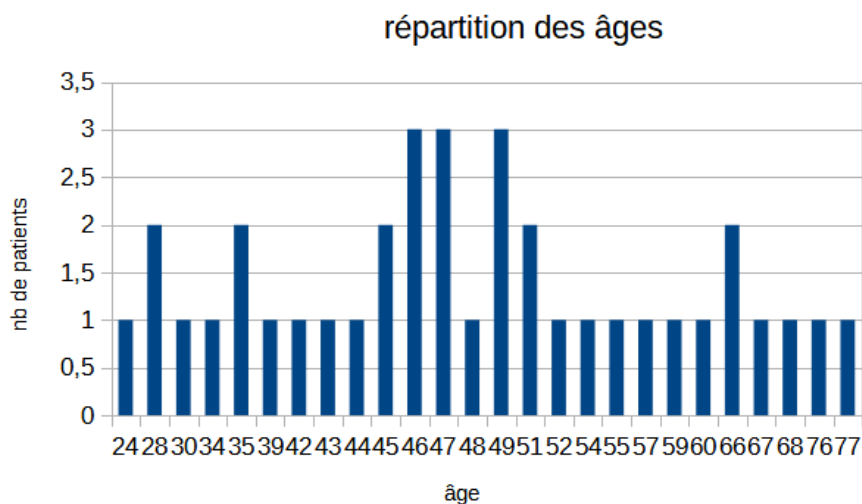


Figure 1: Répartition des âges des participants

La moyenne d'âge des NR était de 47,8 ans (écart-type 9,3 ans) , des répondants n'ayant pas fait d'hypnose était de 46,4 ans (écart-type 9,1 ans), et des répondants ayant fait de l'hypnose était de 49,5 ans (écart-type 14,6 ans).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur l'âge entre le groupe hypnose et le groupe sans hypnose ($p = 0,65$) ; ni entre le groupe répondant par rapport au groupe non répondant ($p=0,78$).

Tableau 1: Activité professionnelle des participants

Travail	Nombre Patients	% patients
actif	18	48,6 %
arrêt NR	5	13,5 %
retraité	8	21,6 %
sans emploi	5	13,5 %
	1	2,7 %
Total		
Résultat	37	100 %

Nous avons étudié l'activité professionnelle des patients recrutés et obtenus les résultats ci-joint dans le tableau 1. On retient que la moitié était actif sur le plan professionnel.

II. Critère de jugement principal

À la question « avez-vous réalisé au moins une séance d'hypnose ? », 24 patients (65% de l'ensemble participants) ont répondu positivement, 5 patients par la négative (14 %), et 8 patients (22%) ont été perdus de vue.

Parmi les 29 patients ayant répondu au questionnaire, le pourcentage de séances réalisées est de 83 %.

Nous les avons interrogés sur le nombre (Nb) de séances réalisées et obtenu les données suivantes représentées dans le tableau 2.

Tableau 2: Nombre de séances réalisées

Nb de séances	Homme	Femme	Homme+Femme	% du total
0	2	3	5	17 %
1	2	4	6	21 %
2	1	5	6	21 %
3	0	2	2	7 %
≥ 4	3	7	10	34 %

Dans le tableau suivant, nous avons étudié si le sexe, le travail ou l'âge était différent dans le « groupe hypnose » par rapport au « groupe pas hypnose ».

Tableau 3: différences entre les groupe « hypnose » et « pas hypnose »

	Hypnose	Pas hypnose	p
Homme	6	2	0,60
Femme	18	3	
Actif	15	3	1
Non actif	9	2	
≤ 49 ans	14	3	1
> 49 ans	10	2	

Le pourcentage de femme était plus élevé dans le groupe « hypnose réalisée » (75% - 18 patients) que dans le groupe « hypnose non réalisée » (60% - 6 patients) , sans mettre en évidence de différence significative ($p = 0,60$).

L'activité professionnelle a été étudiée pour repérer si elle était un facteur associé à une non réalisation de l'hypnose. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sous-groupes ($p = 1$).

L'âge médian des participants ayant répondu au questionnaire était de 49 ans. Nous avons donc divisé la population en deux sous-groupe (≤ 49 ans et > 49 ans) pour évaluer si l'âge était un facteur de risque de réaliser ou non l'hypnose. Nous n'avons par mis en évidence de différence significative entre les deux groupes ($p = 1$).

Nous avons étudié un éventuel « effet-praticien » pour comparer les différents recruteurs. Si l'on retirait les recruteurs qui n'ont inclus aucun patient, nous avons une moyenne et médiane de 3 patients recrutés. En analysant en sous groupes, les gros recruteurs (≥ 3 patients recrutés) avaient un taux d'adhésion qui semblait plus important que les petits recruteurs (< 3 patients recrutés) sans pour autant mettre en évidence de différence significative dans cette étude. Le pourcentage d'adhésion ne s'appliquait pas (NSP) pour les praticiens qui n'ont recruté aucun patient.

Tableau 4: Répartition des patients inclus et des séances réalisées selon les praticiens

Docteur	Nb inclusions	Réalisation	% adhésion
A	2	2	100 %
B	0	0	NSP
C	1	1	100 %
D	7	6	86 %
E	5	5	100 %
F	1	NR	0 %
G	1	0	0 %
H	1	NR	0 %
I	6	2	33 %
J	0	0	NSP
K	9	5	56 %
L	0	0	NSP
M	4	3	75 %

Tableau 5: Réalisation de l'hypnose selon le recruteur

	Hypnose	Pas hypnose	p
Petits recruteurs	3	3	p=0,65
Gros recruteurs	21	10	

III. Critères secondaire : efficacité ressentie

A. Première Analyse

Nous avons posé plusieurs questions supplémentaires aux patients pour évaluer l'efficacité éventuelle de l'hypnose sur leur douleur. Nous nous sommes intéressés pour cette partie qu'aux patients ayant répondu au questionnaire et effectué au moins une séance d'hypnose (N= 24).

Tableau 6: Critères secondaires : efficacité ressentie

	Nb de patients	%
Baisse de la fréquence des douleurs	9	37,5 %
Baisse de l'intensité douloureuse	17	70,8 %
Amélioration de la qualité de vie	15	62,5 %
Recommandation à l'entourage	22	91,7 %
Poursuite de l'expérience	22	91,7 %
Baisse du traitement médicamenteux	4	16,7 %

Une baisse de la fréquence des douleurs a été repérée chez plus d'un tiers des patients tandis qu'une baisse de l'intensité douloureuse a quant à elle été signalée par 70 % d'entre eux. On a retrouvé une amélioration de la qualité de vie décrite chez près de deux tiers des patients, une recommandation de l'expérience à son entourage et un souhait de poursuivre l'expérience en dehors de l'étude chez la quasi totalité des patients. Une baisse du traitement médicamenteux a été signalée par 4 participants.

B. Analyse en sous groupe

Nous avons réalisé deux analyses en sous groupe pour évaluer l'association entre l'amélioration de la qualité de vie et les différents critères de jugement secondaires d'une part ; puis nous avons fait de même avec la baisse de l'intensité douloureuse d'autre part.

1. Amélioration de la qualité de vie

Tableau 7: Analyse de l'amélioration de la qualité de vie

	Amélioration de la qualité de vie		p
Baisse de l'intensité	Non	Oui	p = 0,004
Non	6	1	
Oui	3	14	
Baisse fréquence	Non	Oui	p = 0,08
Non	8	7	
Oui	1	8	
Baisse traitement	Non	Oui	P = 0,25
Non	9	11	
Oui	0	4	

Nous avons pu remarquer une association significative entre la baisse de l'intensité douloureuse et l'amélioration de la qualité de vie ($p=0,004$). L'Odds Ratio est à 23 avec un intervalle de confiance à 95 % [1,82-1360,6].

Nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre l'amélioration de la qualité de vie et la baisse de l'intensité douloureuse, ni avec la baisse de traitement.

2. Baisse de l'intensité douloureuse

Tableau 8: Analyse de l'intensité douloureuse

	Baisse de l'intensité douloureuse		p
Baisse fréquence	Non	Oui	p = 0,02
Non	7	8	
Oui	0	9	
Baisse traitement	Non	Oui	p = 0,28
Non	7	13	
Oui	0	4	
Recommandation entourage	Non	Oui	p = 0,08
Non	2	0	
Oui	5	17	

Nous avons remarqué une association significative entre la baisse de l'intensité douloureuse et la baisse de la fréquence des douleurs ($p=0,02$). L'Odds Ratio est à $+\infty$ avec un intervalle de confiance à 95 % de $[1,12, +\infty[$. L'hypnose semblait agir sur ces deux composantes simultanément.

Nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre la baisse de l'intensité douloureuse et la baisse de traitement, ni avec la recommandation à l'entourage.

IV. Freins rencontrés

Nous avons complété le questionnaire par une analyse des freins à la réalisation de l'hypnose que pouvaient rencontrer les patients. Nous avons séparé l'analyse en deux sous groupes : le groupe « hypnose » correspondait aux patients ayant au moins réalisé une séance d'hypnose ; le groupe « pas hypnose » correspondait aux patients n'ayant pas réalisé de séance.

A. Groupe « hypnose »

Les freins ont été expliqués aux patients de la manière suivante. Les problèmes de lieux consistaient aux difficultés rencontrées pour avoir un lieu calme, sans bruit ni distraction, propice à la réalisation des séances. Les problèmes de temps correspondaient aux difficultés d'intégrer l'hypnose dans son emploi du temps. Les difficultés techniques concernaient les problèmes de connexion internet, de facilité d'accès aux vidéos proposées.

Ces freins n'ont pas empêché ces participants d'aller au bout de l'expérience.

Tableau 9: Freins groupe « hypnose »

	Nb de patients	%
Problème de lieux	10	41,7 %
Problème de temps	16	66,7 %
Difficultés techniques	6	25 %

B. Groupe « pas hypnose »

Pour le groupe n'ayant pas réalisé d'hypnose, le problème de temps a été LA cause majeure, rencontrée chez l'ensemble du groupe. Les difficultés techniques n'ont pas été un problème. Nous avons pu noter qu'aucun patient n'a changé d'avis, il demeurerait en eux toujours l'envie d'essayer et de participer, mais le manque de temps et la difficulté de l'intégrer à sa routine ont été décisifs.

Tableau 10: Freins groupe « pas hypnose »

	Nb de patients	%
Problème de lieux	1	20 %
Problème de temps	5	100 %
Difficultés techniques	0	0 %
Changement d'avis	0	0 %

V. Commentaires patients

Nous avons proposé aux patients en fin d'expérience de nous faire part de leurs remarques et de leurs ressentis complémentaires non explorés par le questionnaire.

Un patient a signalé de la peur avant de démarrer l'étude, qu'il a pu surmonter malgré tout puisqu'il a réalisé 2 séances satisfaisantes avec une amélioration de l'intensité douloureuse, de la qualité de vie et un souhait de poursuivre l'expérience en dehors de l'étude.

Des difficultés pour se concentrer sur l'audio ont également été signalées pour trois patients, en lien avec des difficultés pour trouver un endroit calme et sans distraction, et des pensées intrusives envahissantes.

Un patient a décrit des a priori sur « une technique psychique qui ne devrait pas marcher si tout un tas de traitement médicamenteux n'y font rien », et qui pourtant a fonctionné de manière spectaculaire chez lui. La consommation médicamenteuse est passée de plusieurs fois par jour à une fois par semaine. Une amélioration de tous les facteurs (intensité, fréquence, qualité de vie) a été décrite associée à une surprise franche de cette expérience et une volonté de la poursuivre tant elle a changé sa vie.

Une personne a souligné que réaliser ces séances au sein même du cabinet du médecin pourrait permettre d'avoir un temps et un lieu dédié, plus facile à suivre et respecter dans son organisation bien remplie.

Plusieurs patients ont souligné le fait que l'hypnose les aidait à prendre du recul face à la douleur, à être moins envahis par elle, à « faire un break, un sas de décompression » bienvenu pour cette pathologie envahissante. Une facilité pour s'endormir et sans douleur a également été repérée chez plusieurs d'entre eux.

DISCUSSIONS

I. Points forts de l'étude

Avec cet échantillon de 37 patients, nous avons montré qu'une prescription d'hypnose au domicile par le médecin traitant est effectivement réalisée chez 2/3 des patients, un résultat encourageant qui permettrait de faciliter l'accès à cette technique intéressante chez les patients douloureux chroniques.

Une amélioration de la qualité de vie est soulignée par environ deux tiers des patients, essentiellement grâce à une baisse de l'intensité douloureuse, parfois liée à une baisse en fréquence des épisodes douloureux. A ce stade de l'expérimentation, une baisse du traitement médicamenteux existe mais reste faible.

Il n'y a pas eu de lien retrouvé avec les autres variables notamment entre la qualité de vie et la baisse des traitements, ou entre cette dernière et la baisse de l'intensité douloureuse. Ceci peut paraître paradoxal et est probablement lié au faible effectif de notre étude. Il serait intéressant de compléter notre étude par une seconde de plus grande ampleur pour compléter et affiner ces résultats.

En ce qui concerne le groupe de patients sans activité d'hypnose, le manque de temps est la contrainte majeure retrouvée dans cette expérimentation. Ce frein est d'ailleurs également décrit par le groupe ayant réalisé l'hypnose. Une fois cette barrière surmontée, l'expérience est bénéfique chez la plupart des participants, avec une amélioration de la composante émotionnelle et perceptive de la douleur, et parfois même une baisse du traitement médicamenteux.

II. Analyse de la littérature

Notre étude inclut un ratio de 1 homme pour 3 femmes avec un âge médian de 49 ans. La méta analyse de thompson et al de 2019 retrouve un ratio de 1 homme pour 2 femmes avec un âge médian de 25 ans, ce qui est plus jeune que notre étude et peut-être moins représentatif de la population générale (14) .

Une étude randomisée testant l'hypnose dans la douleur chronique musculo-squelettique au cabinet du généraliste en Norvège retrouve également un ratio de 1 homme pour 3 femmes avec une étendue d'âge entre 23 et 54 ans, soit un peu plus jeune que notre étude (21) .

Cet écart entre les sexes peut s'expliquer par les variations de patientèle en fonction des médecins. En effet, les médecins prescripteurs étaient essentiellement des femmes (8 femmes pour 5 hommes, dont 3 hommes qui n'ont recruté aucun patient). Or, les médecins femmes ont souvent plus de patientes femmes et d'enfants dans leur patientèle que les médecins hommes.

De plus, les études à questionnaire et sur volontariat sont souvent mieux suivies par les femmes. Par ailleurs, la douleur chronique touche plus favorablement les femmes dans toutes les études réalisées.

Nous n'avons pas repéré d'autres études ayant étudié la réalisation d'hypnose au domicile prescrite par un médecin dans le cadre d'une douleur. Cependant, nous avons trouvé une étude réalisée en 2004 qui évalue la réalisation de l'auto-hypnose au domicile, prescrite par le médecin traitant, dans le but de traiter un épisode dépressif en cours. 4 prescriptions sur 5 sont réalisées soit un taux supérieur à ce que nous avons analysé (22) .

Nous pouvons également comparer notre travail avec la prescription de sport sur ordonnance et sa réalisation par les patients. Une étude a été réalisée en 2014 à Strasbourg et a retrouvé une prescription de sport réalisée dans 72 % des cas soit un peu plus que ce que nous avons repéré pour l'hypnose (23) .

Concernant l'efficacité de l'hypnose sur la baisse de l'intensité douloureuse, la grosse méta analyse sur l'efficacité de l'hypnose de Thompson et al sur 52 études (14) montrent une baisse de l'intensité douloureuse de 27 % , ce qui concorde avec la baisse de l'intensité

douloureuse observée dans notre étude.

III. Implications cliniques

Notre étude préliminaire montre qu'il est intéressant de prescrire l'hypnose chez les patients douloureux chroniques qui le souhaitent et sont motivés pour essayer. Les femmes entre 25 et 60 ans sont les plus à même d'adhérer au projet. Si le patient estime avoir le temps pour s'organiser et placer l'hypnose dans son emploi du temps, il est tout à fait possible pour le généraliste de l'orienter et de l'encourager vers cette démarche. Les vidéos disponibles gratuitement sont nombreuses et lèvent le frein d'accès aux professionnels formés.

Les explications et la volonté du praticien prescripteur sont essentielles à l'adhésion du patient. Nous avons repéré une disparité de recrutement praticien-dépendant avec pour certains praticiens des taux d'adhésion très élevés. L'engouement du praticien pour la pratique de l'hypnose semble être un facteur clé pour l'adhésion du patient. Les explications sur les résultats théoriques démontrés sur les grandes études et sur l'effet attendu auprès du patient peuvent être décisives pour motiver le patient dans cette démarche.

Le but de notre étude était d'évaluer si la prescription d'hypnose au domicile par le médecin traitant entraînait effectivement la réalisation de celle-ci, et donc facilitait son accès. Environ deux tiers des prescriptions sont réalisées. L'hypnose au domicile est une piste valable pour soigner les patients douloureux chroniques, et accessible et réalisable au domicile. A partir de là, il serait intéressant de compléter cette étude par une seconde pour comparer dans une étude avant/après les échelles numériques de la douleur et le score de qualité de vie SF-36 par exemple, valeurs plus codifiées et encadrées (20) .

IV. Points faibles de l'étude

Il s'agit d'une étude expérimentale avec un faible nombre de patients du fait de la difficulté à recruter. Ceci s'explique par plusieurs phénomènes: d'une part, un quart de médecins qui étaient initialement motivés pour recruter des patients n'a finalement pas

recruté. Les raisons évoquées de ce découragement sont diverses : refus des patients dans une population défavorisée (un médecin), oubli d'en parler malgré des patients candidats potentiels (deux médecins). Ceci constitue un biais de recrutement notable et engendre un faible effectif qui baisse la puissance de notre étude notamment en sous-groupe.

Il y a un biais de sélection, les participants étaient des personnes volontaires, ayant « envie d'essayer l'hypnose au domicile » et qui étaient motivés par cela. Notre population est non représentative de l'ensemble des patients douloureux chroniques de médecine générale et les taux de participation seraient peut-être plus faible si l'on proposait systématiquement cette méthode à l'ensemble des patients.

De plus, les patients participant étaient originaires du même département et orientés par quelques praticiens recrutés sur le volontariat et non représentatifs de l'ensemble des praticiens.

En ce qui concerne l'efficacité de l'hypnose, notre critère secondaire, un effet placebo est associé devant l'absence d'aveugle et de groupe contrôle.

CONCLUSION

Cette thèse nous a permis d'évaluer dans une étude pilote la réalisation de l'hypnose au domicile prescrite par le médecin traitant. Cette méthode semble acceptable et réalisable pour les patients de cette cohorte. L'expérience est vécue positivement par les patients qui souhaitent la poursuivre et la recommandent à leur entourage dans la grande majorité des cas.. Une amélioration de la qualité de vie liée à une baisse de l'intensité douloureuse est décrite.

Cette étude devrait être complétée par une seconde plus importante, multicentrique, avec un plus grand nombre de praticiens et de patients recrutés pour étoffer et valider ces résultats. Il pourrait être intéressant de compléter également par une étude qualitative pour rechercher l'avis des praticiens d'une part, et l'avis des patients d'autre part, par rapport à ce qui pourrait être fait pour améliorer ces résultats, faciliter la réalisation des séances, pour faire connaître la méthode et la généraliser.

La prescription d'hypnose au domicile est donc une piste sérieuse, réalisable et réalisée, pour soulager ces patients pour qui les médecins se retrouvent démunis devant l'inefficacité des thérapeutiques habituelles.

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche explicative de la thèse et formulaire de consentement

Bonjour,

Je m'appelle Yaëlice PRADOS et suis interne en médecine générale et je réalise ma thèse sur l'étude de la **prescription d'hypnose au domicile dans le cadre d'une douleur chronique**.

L'hypnose médicale (état modifié de conscience permettant d'être acteur pour véritablement adapter son ressenti face à des expériences pénibles comme la douleur) est à différencier de l'hypnose spectacle (où le sujet est endormi, passif et suivant les directives de l'animateur).

L'hypnose médicale a démontré de nombreuses fois son efficacité dans de nombreux domaines (réduction de l'anxiété, analgésie opératoire, réduction des insomnies, arrêt du tabac, diminution de la douleur...). Cependant, elle n'est pas souvent utilisée du fait d'un manque de connaissance à son sujet d'une part, et d'une accessibilité modeste d'autre part (peu de praticiens, loin du domicile, hospitaliers, en centre anti-douleur avec des mois de délais d'attente...).

L'objectif de cette thèse est d'évaluer une alternative antalgique disponible pour tous : l'auto-hypnose à domicile.

Le principe de cette étude est le suivant :

Votre médecin vous a proposé d'essayer de l'auto-hypnose dans le but de soulager vos douleurs.

Vous effectuerez cette hypnose chez vous, en autonomie, quand vous voulez et à la fréquence souhaitée, à l'aide d'enregistrements audios conseillés par mes soins.

Au bout d'un mois, je vous contacterai par téléphone ou par mail pour vous interroger sur votre ressenti face à cette expérience : facilité d'utilisation, réalisation, impact sur vos douleurs ou dans votre vie quotidienne...

Les données recueillies seront anonymisées, votre participation est bénévole et peut s'arrêter à tout moment, dès lors que vous en communiquez le souhait.

Si vous souhaitez me contacter : dr.yprados@gmail.com

Si vous souhaitez participer à cette étude, veuillez s'il-vous-plaît remplir la fiche de consentement suivante :

Je soussigné(e) Mr / Mme (nom, prénom) né(e) le

certifie avoir reçu les informations précisant les modalités de cette étude clinique et ai pris connaissance des éléments suivants :

- les données recueillies seront anonymisées.
- ma participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.
- je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et ma décision ne changera en rien mes relations avec les soignants concernés.
- dans ces conditions précisées, j'accepte de participer à cette étude.
- je peux retirer ma candidature à tout moment.
- je peux demander à tout moment des informations complémentaires à l'investigateur.

Date et signature :

Médecin prescripteur :

Date de la prescription :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Préférence de contact : (entourer la proposition qui convient) téléphone mail indifférent

Annexe 2 : Liens YouTube proposés

Enregistrements conseillés pour débiter la pratique de l'auto-hypnose :

« Hypnose anti-douleur : naturel et très efficace pour apaiser vos douleurs » par Catherine PAQUET

<https://www.youtube.com/watch?v=zJuQWNhSGkA>

> bonne première approche, 22min

« HYPNOSE contre les DOULEURS en 15 minutes » par hypnose Clhé

<https://www.youtube.com/watch?v=sURWcRKWcmQ>

> bonne première approche, 17 min

« Hypnose anti-douleur 2 : anesthésie naturelle de la douleur » par Catherine PAQUET

<https://www.youtube.com/watch?v=jii4Lp3tA5I>

> vidéo qui développe la technique du gant magique, 26 min

Pour aller plus loin :

Propositions d'enregistrements sonores : <http://free-hypnosis-mp3.com/fr/telechargements>

par Olivier Lockert, aussi disponible sur YouTube, playlist « initiation à l'auto-hypnose »

Vous pouvez choisir une vidéo dont le titre diffère de l'objectif : comme par exemple *gestion du stress* qui agira également sur *la réduction de votre douleur*.

« Auto-hypnose : douleurs chroniques (fibromyalgie, SADAM...) par une vie nouvelle

<https://www.youtube.com/watch?v=yU0VMXNL6ZA>

> expérience longue 1h

« Hypnose contre les douleurs chroniques » par Thibault Gouttier

https://www.youtube.com/watch?v=NEISmi_tNUg

> expérience longue 45 min

« Hypnose pour apaiser les Douleurs (douleur chronique, fibromyalgie) par Frederic Barbey

<https://www.youtube.com/watch?v=cz1OvXgqtEs>

« CALMER rapidement une DOULEUR avec l'HYPNOSE – arthrose, sciatique, mal de dos, cancer, fibromyalgie » par Célia Courty

<https://www.youtube.com/watch?v=FszklinpsOk>

Annexe 3 : Questionnaire

1) Votre âge :

2) Votre genre :

3) Votre Dr prescripteur :

4) Etes-vous en activité ?

Oui

Oui mais en arrêt maladie / invalidité

Retraité

Non je ne travaille pas

5) Avant l'inclusion dans l'étude, vous consommiez des médicaments pour cette douleur à la fréquence de :

Moins d'une fois par semaine

Moins d'un jour sur deux

Plus d'un jour sur deux

Plusieurs fois par jour

Hypnose

6) Avez-vous réalisé au moins une séance ?

Oui

Non

Les questions suivantes concernent les patients qui ont répondu NON à la question

6.

SI NON :

7.1) J'ai finalement changé d'avis et je ne souhaitais plus essayer

OUI

NON

8.1) Je n'ai pas trouvé le temps pour

OUI

NON

9.1) J'ai essayé mais j'ai rencontré des difficultés de lieux (bruits, distractions)

OUI

NON

10.1) J'ai essayé mais j'ai rencontré des difficultés techniques (internet, vidéos introuvables)

OUI

NON

Ici s'achève le questionnaire pour les patients ayant répondu NON à la question 6.

Les questions suivantes concernent les patients qui ont répondu OUI à la question 6.

SI OUI :

7.2) Combien de séances avez-vous faites ?

8.2) J'ai tout de même rencontré quelques difficultés de temps (difficile à intégrer dans mon emploi du temps)

OUI
NON

9.2) J'ai tout de même rencontré quelques difficultés de lieux (bruits, distractions)

OUI
NON

10.2) J'ai tout de même rencontré quelques difficultés techniques (internet, vidéos introuvables)

OUI
NON

11) Après ce mois d'inclusion dans l'étude, vous consommez maintenant des médicaments pour cette douleur à la fréquence de :

Moins d'une fois par semaine
Moins d'un jour sur deux
Plus d'un jour sur deux
Plusieurs fois par jour

12) Est-ce que vous diriez que l'auto-hypnose a permis de diminuer la fréquence de vos douleurs ?

OUI
NON

13) Est-ce que vous diriez que l'auto-hypnose a permis de diminuer l'intensité de vos douleurs ?

OUI
NON

14) Est-ce que vous diriez que l'auto-hypnose a amélioré votre qualité de vie ?

OUI
NON

15) Est-ce que vous recommanderiez l'auto-hypnose à votre entourage ?

OUI
NON

16) Est-ce que vous poursuivrez l'expérience en dehors de l'étude ?

OUI
NON

17) Remarque libre

Ici s'achève le questionnaire pour les patients ayant répondu OUI à la question 6.

Annexe 4 : Caractéristiques de la population

Dans le tableau 11, nous remplissons la consommation médicamenteuse de la manière suivante : une fois par semaine (1/sem), plusieurs fois par semaines (pls/sem), une fois par jour (1/jour), plusieurs fois par jour (pls/jour).

La réalisation d'au moins une séance d'hypnose est codée de la façon suivante : aucune séance (0), ≥ une séance (1).

Les femmes sont représentées par la lettre F et les hommes par la lettre H.

Identifiant	Age	Sexe	Activité	Médicaments	Hypnose
1	67	F	retraité	1/sem	1
2	66	F	retraité	pls/jour	1
3	28	H	actif	pls/jour	1
4	42	H	actif	1/sem	0
5	39	F	arrêt	pls/jour	1
6	60	F	sans emploi	pls/sem	1
7	57	F	actif	1/sem	1
8	54	F	actif	1/sem	1
9	47	F	NR	NR	NR
10	46	H	NR	NR	NR
11	66	H	retraité	1/jour	1
12	76	F	retraité	pls/jour	1
13	28	F	actif	1/sem	1
14	45	F	actif	1/sem	0
15	34	F	actif	1/sem	1
16	35	F	NR	NR	NR
17	68	F	NR	NR	NR
18	52	F	actif	pls/jour	1
19	44	H	arrêt	1/jour	1
20	49	F	actif	1/sem	1
21	45	F	actif	pls/sem	1
22	47	F	NR	NR	NR
23	48	F	actif	1/sem	1
24	51	F	arrêt	pls/jour	0
25	43	F	NR	NR	NR
26	49	F	actif	pls/jour	1
27	77	F	retraité	pls/jour	1
28	55	H	arrêt	pls/jour	1
29	24	F	actif	1/jour	1
30	51	F	NR	NR	NR
31	49	F	actif	1/jour	1
32	46	F	NR	NR	NR
33	35	F	arrêt	1/sem	0
34	30	H	actif	1/sem	1
35	46	H	actif	pls/jour	1
36	59	H	actif	pls/sem	0
37	47	F	actif	1/sem	1

Tableau 11: Caractéristiques de la population

L'activité professionnelle est répartie entre : sans emploi, en arrêt maladie (arrêt), retraité et en activité (actif).

Le graphique suivant montre la répartition du nombre de patients recrutés en fonction des médecins (A à M).

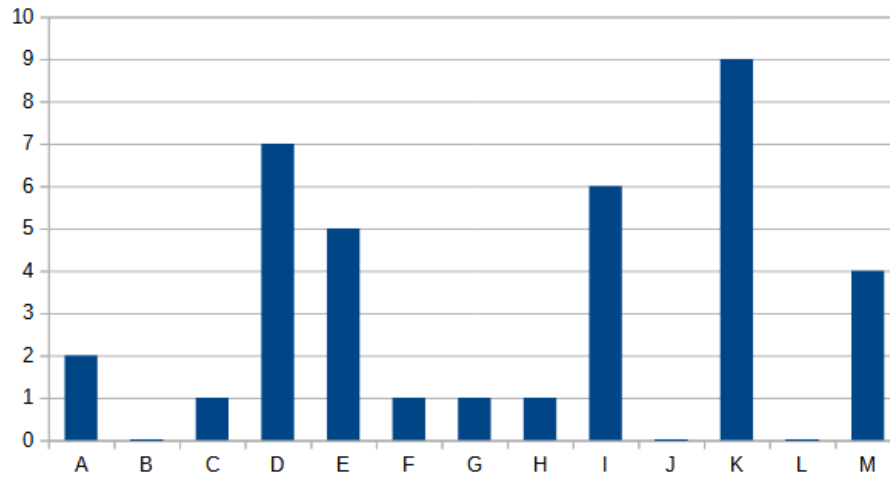


Figure 2: Répartition du nombre de patients recrutés par médecin

BIBLIOGRAPHIE

1. IASP Announces Revised Definition of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
2. Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique [Internet]. [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-11-6.php>
3. Larousse É. Définitions : hypnose - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
4. American Psychological Association Division 30 | IJCEH [Internet]. [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://ijceh.com/apa-div30>
5. American Psychological Association Division 30 | IJCEH [Internet]. [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <https://ijceh.com/apa-div30>
6. Dominik. Lexique de l'hypnose et de la PNL : définition des principaux termes de l'hypnotisme et de la PNL [Internet]. Formations Hypnose & PNL Pau, Bayonne, Bordeaux, Toulouse. 2018 [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://hansen-hypnose.com/lexique-de-lhypnotherapeute/>
7. Bennaroche O. Colloque de la revue de l'hypnose. 2022 avr.
8. Facco E. Meditation and Hypnosis: Two Sides of the Same Coin? *Int J Clin Exp Hypn*. 3 avr 2017;65:169-88.
9. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 1 janv 2001;89(2):127-34.
10. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 févr 2013;14(1):4-15.
11. Douleur Chronique : Chiffres-clés - Institut Analgesia [Internet]. Analgesia. [cité 27 août 2023]. Disponible sur: <https://www.institut-analgesia.org/la-douleur-chronique/chiffres-cles-douleur-chronique/>
12. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 1 mai 2006;10(4):287-333.

13. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *J Pain*. août 2012;13(8):715-24.
14. Thompson T, Terhune DB, Oram C, Sharangparni J, Rouf R, Solmi M, et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 avr 2019;99:298-310.
15. Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med*. févr 2006;29(1):95-124.
16. Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neurosci Biobehav Rev*. oct 2017;81:75-98.
17. Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol Paris*. juin 2006;99(4-6):463-9.
18. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*. 15 août 1997;277(5328):968-71.
19. Institut Français d'Hypnose [Internet]. [cité 27 août 2023]. Hypnose - Institut Français d'Hypnose (IFH). Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/>
20. Questionnaire de santé SF-36. Liste D. :4.
21. Grondal, Rosvold. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice : A randomized controlled pilot trial. 2008;
22. A. Dobbin, M. Maxwell, R. Elton. A Benchmarked feasibility study of a self-hypnosis treatment for depression in primary care. 2015;
23. Herzog F. Étude de 65 patients inclus dans l'expérimentation strasbourgeoise « Sport-santé sur ordonnance ». strasbourg; 2014.