

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°49

juillet 1997

supplément

la lettre

d e l a m é d e c i n e g é n é r a l e

documents *de recherches* en médecine *générale*

Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boul Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@Club-Internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

hypnose

L'hypnose en consultation de médecine générale libérale

Dr François Raineri*, Charles Jousselein*, Jean Becchio*, Sydney Gourdet **

9

Quatre médecins généralistes utilisant l'hypnose dans leur pratique médicale rendent compte de leur travail dans cette étude descriptive portant sur 150 consultations. Cette enquête longitudinale (9 semaines) et multicentriques (4 centres) a porté sur l'ensemble des consultations de médecine générale ayant donné lieu à une intervention hypnothérapeutique. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire standardisé rempli par chaque médecin au moment de la consultation. Elles ont été ensuite centralisées et codées par un même médecin coordinateur.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence la prédominance féminine des consultants (72 % de femmes) qui constituent une population jeune âgée de 25 à 55 ans (77 % des consultants), venant consulter avec une demande spécifique pour ce type de prise en charge (93 % des épisodes).

Les patients évoquent une origine psychologique ou psycho-somatique à leurs problèmes de santé dans 73 % des cas et le diagnostic médical est corrélé aux attributions des patients dans 90 % des cas : anxiété, phobies, insomnies, troubles sexuels, dépression, manque de confiance en soi et anxiété sociale, troubles de la personnalité. Les autres motifs de consultation sont principalement les syndromes douloureux chroniques, la surcharge pondérale, le tabagisme et certaines affections cutanées. Les troubles mentionnés par les patients ont un caractère permanent dans 83 % des épisodes et dans 80 % des cas seul un signe ou un ensemble de symptômes sont présents (le médecin ne retrouve une maladie classée ou certifiée que dans 20 % des cas). La durée moyenne d'une consultation d'hypnothérapie est de 42 minutes (56 % des cas).

RESUME

C'est le plus souvent le seul acte effectué (83 % des cas) au cours de la consultation.

L'induction hypnotique utilise le plus souvent l'accompagnement dans un souvenir agréable (46 % des cas) alors que le travail hypnotique spécifique repose essentiellement sur l'utilisation des métaphores (56 %) et de la régression (17 %). La mise en œuvre d'exercices d'auto-hypnose (37 %) des cas montre que le patient peut participer activement à son traitement.

L'évaluation subjective des résultats a été réalisée indépendamment par le patient d'une part et par le médecin d'autre part au moyen d'une échelle analogique. Elle montre une nette appréciation positive des résultats à chaque épisode, tant par les patients (69 %) que par les médecins (74 %), l'amélioration moyenne à chaque épisode étant évaluée à 21/50 par les patients 13/50 par les médecins.

L'utilisation de l'hypnothérapie en médecine générale améliore la relation médecin-patient et s'avère un outil thérapeutique intéressant pour la prise en charge d'une partie non négligeable des motifs de consultation des patients. Les consultants et les médecins s'accordent pour constater une nette régression de la symptomatologie (jusqu'à persistante) à chaque consultation. L'hypnothérapie étant prescrite le plus souvent isolément, elle s'accompagne d'une réduction des prescriptions médicamenteuses qui reste à chiffrer. Des travaux ultérieurs devraient s'attacher à l'appréciation objective de ces résultats chaque fois que celle-ci est possible. Mais cette démarche soulève le problème général de l'évaluation en médecine libérale et le problème plus particulier de l'évaluation des résultats thérapeutiques des psychothérapies.

BREVE PRESENTATION DE L'HYPNOSE MEDICALE

DÉFINITION

Selon l'encyclopédie médico-chirurgicale, l'hypnose constitue "un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce "débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure" qui suppose un certain "lâcher-prise" équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient"¹.

UNE NAISSANCE DIFFICILE

L'hypnose thérapeutique est peu répandue en France, pays où elle est pourtant née : Henri F. Ellenberger² situe en effet l'origine de la psychiatrie dynamique moderne à 1775, "l'année du conflit qui mit aux prises le médecin Mesmer et le père exorciste Gassner" et la plupart des hypnothérapeutes considèrent que la publication du "Mémoire sur la découverte du magnétisme animal"³ de Franz Anton Mesmer à Paris

en 1779 marque l'acte fondateur de l'hypnose scientifique. Les activités de Mesmer connurent initialement un grand succès dont la Loge D'Harmonie (chargée de transmettre l'enseignement du magnétisme) marqua l'apogée. Puis les rapports demandés par l'Académie des sciences et par l'Académie royale de médecine 1784 condamnèrent, comme chacun sait, le magnétisme, en indiquant que le spectacle des crises était dangereux et ne pouvait avoir que des effets funestes. Cependant, dans le même temps la note confidentielle destinée au roi était largement diffusée, décrivant les désordres des sens exprimés par les patientes soumises au fameux "baquet" d'eau magnétisée. Les éléments du débat historique étaient en place et allaient marquer chacune des résurgences successives de l'hypnose.

UNE EXISTENCE CONTROVERSÉE

Jusqu'à une période récente, seuls quelques psychologues et psychiatres ont bravé "le discrédit" qui, depuis Freud, semblait s'attacher dans les pays latins à l'utilisation de l'hypnose à des fins médicales. En France au Docteur Léon Chertok, récemment disparu, mena un long combat pour faire reconnaître l'intérêt de l'hypnose auprès du corps médical⁴.

* Médecin généraliste, membre de la SFMG et de l'AFHYP (Association Française d'Hypnothérapie) 18 av. Bel-Air 75012 Paris.

** Médecin généraliste membre de l'IMHEP (Institut Milton H. Erickson de Paris)

Alors que de nos jours, la pratique de l'hypnose fait partie de la formation des médecins scandinaves⁵, et elle est inscrite au cursus des psychiatres anglo-saxons, les praticiens français qui s'intéressent aux psychothérapies autres que la psychanalyse (mais la psychanalyse revendique-t-elle le titre de psychothérapie ?) sont bien en peine. Hors les groupes "Balint", les possibilités sont rares. Si les thérapies cognitivo-comportementales, longtemps dénigrées par les descendants de Freud, semblent avoir effectué, avec la création récente d'un diplôme universitaire de sciences cognitive, une percée, la diffusion dans la presse médicale des applications (pourtant validés !) de ces thérapies à la médecine générale demeure confidentielle. Les formations à la communication interpersonnelle sont encore absentes de la formation médicale.

L'opinion générale du corps médical et sans doute celle de la population également confine encore la pratique de l'hypnose à une frange de patients réputés hypnotisables, pour ne pas dire suggestibles. Cette confusion résulte en partie des pratiques originelles qui marquèrent durablement l'hypnose^{6,7}. En effet, Mesmer comme Puységur (1751-1825) son successeur, qui fonda la Société Harmonique des Amis Réunis, attribuaient les modifications de comportements de leurs patients au fluide magnétique de l'opérateur dont le sujet exécutait les ordres, Puységur nommant ce sommeil magnétique "sommambulisme artificiel"⁸. L'abbé Faria (1813) mettait en avant la fascination éprouvée par le sujet pour l'opérateur et la force de persuasion de ce dernier dans l'apparition de ce qu'il nomma le "sommeil lucide"⁹. Et même si Deleuze (1810) et à sa suite Bertrand (1823), tous deux médecins, tentèrent une étude plus rationnelle des comportements observés^{10,11} (ce dernier soutenant déjà la thèse d'une origine psychologique non consciente !), il fallut attendre les travaux de l'écosais Braid (1843) pour comprendre le rôle essentiel joué par la fixation de l'attention dans l'induction de cet état jugé si proche du sommeil qu'il le nomma "Hypnose"¹². Elliotson (1843) et Esdaile (1847) tous deux chirurgiens britanniques, pratiquèrent nombre d'interventions chirurgicales majeures en utilisant l'hypnose pour induire une anesthésie^{13,14}, mais la découverte du protoxyde d'azote mit prématurément fin à cette voie de recherche...

En France, l'École de Nancy fondée en 1882 par Liebault (1823-1904), médecin de campagne et Bernheim (1840-1919), professeur titulaire de médecine interne, inaugura le terme de psychothérapie et défendit le rôle des mécanismes de la suggestion dans l'induction d'une transe hypnotique. Cette hypothèse se fondait sur une expérience clinique acquise auprès de milliers de patients relevant de la médecine générale^{14,15} et chez lesquels Bernheim avait pour routine de suggérer le sommeil afin, selon lui, de maximaliser la suggestibilité. Mais lui-même reconnaissait que le sommeil suggéré était seulement l'une des façons possibles de produire cet accroissement de suggestibilité¹⁷.

Dans le même temps, Jean Martin Charcot (1825-1893), professeur agrégé de neurologie à l'Hôpital de la Salpêtrière, membre de l'Académie, et considéré comme le plus grand neurologue de son temps, s'intéressa également à cette "hypnose" fort à la mode dans les cabarets de Paris et susceptible d'accroître sa notoriété, pourtant à son sommet. En 1878, il demande à ses disciples comme Paul Richer, ou encore Binet et Féré (favorables à la thèse du fluide magnétique) d'étudier le phénomène hypnotique et présenta les conclusions de ces études à l'Académie des Sciences le 13 février 1882¹⁸. Charcot affirmait distinguer dans l'hypnotisme trois stades cliniquement identifiables : léthargique, cataleptique et somnambulique. Mais ces recherches, conduites par d'autres sans qu'il n'examina jamais lui-même les sujets,

furent menées sur des patientes particulières, vieilles femmes pauvres ou au contraire jeunes femmes sélectionnées pour leur pathologie convulsive hystérique et qui pressentaient sans nul doute que la prolongation de leur séjour dans le service dépendait des résultats exhibés, d'autant plus que la discussion des symptômes se faisait en leur présence. Ces choix, volontaires (?), renforçaient l'aspect déjà spectaculaire des cours qu'il donnait tous les mardi et auquel assistait le Tout Paris et aussi Babinski, Gilles de la Tourette, Janet, Coué et.. Freud qui tombèrent d'abord sous le charme, alors que le médecin belge Delboeuf¹⁹ se montra d'emblée plus critique. Finalement, à partir de 1890 la doctrine de la suggestion fut acceptée par la majorité des praticiens européens qui travaillaient dans ce domaine alors que les thèses de Charcot furent discréditées dès sa disparition (mais avec elle l'hypnose en partie également). Freud, après s'être rallié à la pensée de Bernheim, élabora peu après sa propre théorie sur le psychisme humain, dont le succès en Europe allait condamner durablement l'hypnose sur le Vieux Continent.

Il n'en alla pas de même aux Etats-Unis. Le travail de Bernheim y fut traduit plus tardivement les praticiens américains adoptèrent également l'hypnotisme comme une science de la suggestion qui continua longtemps d'être utilisée sous cette forme et qui fut l'objet de nombreuses publications. Plus récemment, des travaux menés en laboratoire - expérimentations dont on connaît les conditions particulières - et qui ont cherché à mesurer la suggestibilité des sujets d'expérience au moyen de diverses échelles, comme l'échelle de Stanford (Weitzenhoffer et Hilgard) ou de Harvard (Shor et Orne) ont également contribué à accréditer la thèse selon laquelle la suggestibilité serait augmentée par l'hypnose. Si ces travaux ont connu une vogue certaine, l'ensemble des résultats obtenus est actuellement remis en question, car rien ne prouve que la suggestibilité témoigne de manière fiable de l'état hypnotique²⁰, et certains patients définis expérimentalement comme non suggestible se révélant par ailleurs d'excellents sujets de trances hypnotiques.

L'APPORT DE MILTON H ERICKSON

Le psychiatre américain Milton H Erickson (1901-1980), qui a considérablement modifié l'approche des psychothérapies, est à l'origine d'un profond renouvellement des concepts et de la pratique hypnotique.

Milton H Erickson, Docteur en médecine et en psychologie, fut longtemps chef de service hospitalier en psychiatrie avant d'exercer, pour raisons de santé, en cabinet privé. Parce qu'il fut frappé par la poliomyélite à l'âge de dix-sept ans - il déclarait que la poliomyélite était le meilleur professeur qu'il ait jamais eu en ce qui concerne le comportement humain - M.H Erickson développa pour lui-même des techniques d'auto-hypnose qu'il ne cessa d'explorer et de perfectionner par la suite auprès de ses patients tout au long de sa carrière médicale. A la lumière de cette expérience et d'une philosophie humaniste pragmatique, Milton H Erickson, convaincu que les gens sont déjà en possession de ressources qui leur sont nécessaire pour changer, a élaboré un grand nombre de méthodes et de tactiques d'approche interpersonnel dont l'objectif est de libérer chez le patient, qu'il soit en état d'hypnose ou de veille, les potentialités qui lui permettront d'améliorer son état²¹. Dans cette approche, la prise en charge du patient est réorientée vers l'obtention de résultats : encourager le changement passe avant l'élucidation du passé ou l'examen approfondi de la signification ou de la fonction attribuée aux symptômes. Dans cette approche également, la communication devient un outil thérapeutique : le changement



n'est pas nécessairement le résultat de quelque chose que le thérapeute communiquerait au patient, mais résulterait plus souvent du fait que le thérapeute communique avec le patient de manière significative.

Fondateur de la Société américaine d'Hypnose clinique et de la revue "The American Journal of Clinical Hypnosis", Milton H Erickson s'est rapidement éloigné de l'hypnose "traditionnelle" qui reposait jusqu'alors surtout sur des techniques de suggestions directes pour développer une pratique originale beaucoup plus vaste dont l'hypnose ne constitue qu'un des éléments : les fondateurs des thérapies brèves, de la thérapie familiale, de la PNL, de l'approche humaniste et d'autres reconnaissent l'apport essentiel des recherches de Milton H. Erickson à leurs travaux. De nos jours, une majorité d'hypnothérapeutes s'inspirent de ses méthodes. L'hypnose est recadrée comme un phénomène naturel, "corollaire au pouvoir humain d'imaginer"²², qui implique le choix volontaire d'un certain "lâcher prise" qui permet de s'immerger dans une activité mentale interne, souvent assimilée à l'activité de l'hémisphère droit. En effet, pour de nombreux auteurs, deux modes de communications simultanés, liés à l'existence des deux hémisphères cérébraux, sont aisément identifiables dans la communication interpersonnelle :

- l'hémisphère gauche, orienté vers la perception de la réalité environnante, fonctionnerait sur un mode digital, analytique, objectif, grammatical logique et sémantique.
- l'hémisphère droit, orienté vers la perception du monde intérieur, fonctionnerait sur un mode analogique holistique, relationnel, figuratif intuitif et symbolique.

Dans ce cadre, l'hypnose représente un mode de fonctionnement du cerveau droit, réalisant une commutation - réorientation de l'attention du monde environnant au monde intérieur. Ainsi, tout individu peut choisir volontairement de modifier son expérience perceptuelle et faire l'expérience de l'hypnose s'il le souhaite : cette modification de l'expérience perceptuelle ne correspond qu'à un mode particulier de fonctionnement du cerveau humain aisément identifiable dans de nombreuses situations du quotidien et qui peut de ce fait être utilisée tout aussi efficacement sans procédure classique d'induction de transe. Le développement à des fins thérapeutiques de cette "capacité à la transe" est facilitée par un apprentissage dont l'hypnothérapeute est le guide : l'hypnothérapeute facilite la réorientation hémisphérique, il ne la crée pas. Les anglo-saxons parlent d'un travail d'équipe (team) fondé sur la confiance (trust), les attentes (expectation), la coopération (attitude) et la motivation (motivation)

Cette approche libératoire repose sur une bonne maîtrise de la communication qui, dans ce cas, sera le plus souvent indirecte et implicite, établie volontairement sur plusieurs niveaux. Elle vise à provoquer des réactions sans que le sujet en soit pleinement conscient, dans un cadre autorisant un lâcher prise qui permet un travail psychothérapeutique et facilite les modifications somatiques dans le sens du mieux être. Elle suppose l'élaboration d'une stratégie utilisationnelle centrée sur le patient et qui se fonde schématiquement sur :

- l'identification des motivations et des ressources du patient,
- la connaissance de son langage (verbal et non verbal) et de ses valeurs afin de rencontrer le patient dans son propre cadre de référence,
- la mobilisation de ses ressources en utilisant le langage du patient et les valeurs du patient,
- la création d'un lien, le plus souvent indirect ou métaphorique, entre les ressources et le problèmes à résoudre,
- l'acceptation des résistances du patient comme un "style" relationnel et la capacité à utiliser ces résistances à des fins thérapeutiques.

La diffusion progressive dans notre pays des concepts développés par Milton H Erickson et des et ses successeurs ont amené des médecins généralistes ou spécialistes à utiliser cette "nouvelle hypnose" dans leurs moyens relationnels et thérapeutiques. Jusqu'à présent, les questions soulevées par la mise en œuvre d'une démarche de ce type en médecine générale, son champs d'intervention et son éventuelle efficacité ont été plus souvent le fait des sciences humaines que celui de la clinique expérimentale. Cette situation évolue, du moins dans les pays anglo-saxons : "le pragmatisme bien connu des médecins anglo-saxons les conduits à réhabiliter scientifiquement les techniques de suggestion et d'hypnose. De nombreuses études, au protocole scientifiquement très rigoureux, sont publiées dans de grandes revues internationales dont on ne peut nier la réputation de sérieux"²³.

Loin de disposer de ces moyens, quatre médecins généralistes de la région parisienne, utilisant de façon régulière l'hypnose éricksonienne dans leur pratique médicale, ont néanmoins voulu proposer à leurs confrères une description de leur travail fondée sur leur expérience clinique. Ils ont pour ce faire réalisé une étude descriptive qui a porté sur l'ensemble des consultations de médecine générale ayant donné lieu à une intervention de type hypnothérapeutique pendant 9 semaines, soit 150 épisodes.

BUTS

Réaliser une étude qui décrive la pratique usuelle de l'hypnothérapie en médecine générale libérale

Répondre aux questions suivantes :

Qui sont les patients pris en charge en hypnothérapie ?

Quels sont leurs motifs (plaintes) de consultations ?

Quels sont les diagnostics établis par les médecins ?

Quelles sont les modalités de la consultation d'hypnose ?

Quelles sont les procédures utilisées ?

Peut-on en apprécier l'efficacité ?

METHODES

Elaboration d'un questionnaire, faisabilité

Dans un premier temps, les médecins concernés, non informatisés, ont élaborés un questionnaire regroupant l'ensemble des thèmes qu'ils se proposaient d'étudier, puis en ont testé l'ergonomie dans leur pratique habituelle. L'étude a débuté après quelques modifications du questionnaire initial visant la simplicité et la rapidité pour tenir compte des contraintes liées à l'exercice libéral.

Temps

L'étude a duré 9 semaines

Critères d'inclusion

Tout acte médical qui donne lieu, au cabinet médical ou en visite, soit à l'initiative du médecin soit à la demande du patient, à une hypnothérapie.

Recueil des données

Pour chaque épisode, chaque médecin remplit au moment même de la consultation, une fiche de renseignements standardisée qu'il adresse ensuite au médecin centralisateur, qui effectue le codage des actes et l'analyse des données.

Description de la fiche de renseignements

Tableau consultation

- Le motif de la consultation

C'est la plainte exprimée par le patient dans son langage avec un maximum de 3 items.

Cette plainte sera ensuite "transcodée" par le médecin centralisateur en langage CISP.

- Le diagnostic du médecin

Il représente l'orientation diagnostique du médecin après entretien et examen du patient.

Ce diagnostic médical est ensuite "transcodé" par le médecin centralisateur.

- La position diagnostique

Ce concept, développé par la SFMG, met en relief la nature probabiliste de l'intervention médicale : signe cardinal, groupe de symptômes, maladie "classée" figurant dans la CIM10, diagnostic certifié par l'anatomopathologie.

- Suivi

La pathologie peut être nouvelle, persistante, récurrente ou obligeant à un révision diagnostique.

Tableau thérapeutique

La micro-dynamique d'une séance d'hypnose comporte classiquement

et de façon très schématique une phase préparatoire d'induction, suivie d'une phase de travail et d'une phase de résolution.

- Les techniques d'induction

l'accompagnement dans un souvenir agréable, la fixation sensorielle, l'imagination, la visualisation, l'hypnose traditionnelle etc.

- Les techniques de travail

La métaphore, la régression, la confusion, l'exposition, la négociation, le travail sur le corps etc.

- La prescription de tâches à réaliser en dehors des séances.

L'auto-hypnose, les métaphores artistiques, l'exposition, l'auto-évaluation.

Tableau résultat

Réalisée au début de chaque intervention (sauf la première), il s'agit de l'appréciation subjective des résultats de l'intervention précédente, établie par le patient d'une part et le médecin d'autre part, selon une échelle visuelle de 10 cm sur laquelle l'observateur doit se placer positivement ou négativement :

- le patient, au début de chaque consultation, place un trait sur l'échelle qui lui est destiné au verso de feuille,
- le médecin fait de même sur son échelle inscrite au recto de la feuille, sans regarder l'évaluation du patient.

Le médecin centralisateur cote ensuite positivement ou négativement la distance en millimètres par rapport au centre.

Tableau épisode

Il indique pour un même patient, le nombre de consultations réalisées pour un même motif.

bibliographie

- (1) "Encyclopédie médico-chirurgicale" Paris ; B 50 191 : 37820.
- (2) Ellenberger HF "Histoire de la découverte de l'Inconscient" Paris : Fayard Editeur 1984 : (2)
- (3) Mesmer FA "Mémoire sur la découverte du magnétisme animal" Paris : Didot : 1779
- (4) Chertock L "Mémoires d'un hérétique" Paris : la Découverte : 1990
- (5) La SSCEH (Société Suédoise d'Hypnose Clinique et Expérimentale) P.O Box 104, S-693 22 Degerfors compte plus de 400 affiliés
- (6) Becchio J, Jousselein C "Nouvelle Hypnose. Initiation et pratique" EPI La Méridienne : 1994
- (7) Jousselein C "Hypnose sur ordonnance" Ellebore : 1995.
- (8) Chasteney de Puységur AMJ "Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal" Paris : Cellot : 1809 (2)
- (9) Abbé de Faria "De la cause du sommeil lucide" Paris : chez Mme Horiac : 1819
- (10) Deleuze JPF "Histoire critique du magnétisme animal" Paris : Schoell : 1810
- (11) Bertrand A "Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente" Paris : Dentu : 1823
- (12) Braid J "Hypnotherapy or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism" Londres : J Churhill : 1843.
- (13) Elliotson J "Numerous cases of surgical operations without pain in the Mesmeric state" Philadelphie : Lea and Blanchard : 1843
- (14) Esdaile J "Mesmerism in India and its practical application in surgery and medicine" Hartford : Silas Andrus and son : 1847
- (15) Liébault A "Du sommeil et des états analogues, considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique" Paris : Masson : 1866
- (16) Bernheim "De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille" Paris : Doin : 1884
"De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique" Paris : Doin : 1886
"Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Etudes nouvelles" Paris : Doin : 1891
- (17) Weitzenhoffer A "Hypnosis International Monographs" Munich : 1995 (1)
- (18) Charcot JM "Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques" Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences 1882 ; XCIV (I) : 403-405
- (19) Delboeuf J "De l'influence de l'imitation et de l'éducation sur le somnambulisme provoqué" Revue philosophique 1886 ; XXII : 146-171
- (20) Chertock L, Stengers I "L'hypnose, blessure narcissique" Coll les empêcheurs de penser en rond : 1990
- (21) Zeig JK "La technique d'Erickson" Hommes & Groupes Ed : 1988
- (22) Caresse M.A "Revue australienne d'hypnothérapie et d'hypnose" septembre 1993 ; Vol 14 n°2
- (23) Aulas JJ "Les médecines douces" Odile Jacob Ed. ; 1993 : 214



ETUDE MULTICENTRIQUE : HYPNOSE EN MEDECINE GENERALE

En lettres capitales s.v.p.

Date -----

Nom (3 lettres) - - -

AGE - -

Sexe

M F

Durée C mn -----

Consultation

Motif : les mots du patient (de quoi je souffre) :

Résultat de consultation : diagnostic du médecin :

Position diagnostique :

A Un seul signe**B** Un ensemble de symptômes**C** Une maladie "classée"**D** Un diagnostic certifié (anapath)

Suivi : cette pathologie est lors de la consultation

N Nouvelle**R** Récurrente**A** Autre**P** Persistante**E** Modifie le Dg initial

Thérapeutique L'hypnothérapie est

1 Demandée par le patient**2** Proposée par le médecin**3** Restée latente dans l'entretien

Utilisation de l'hypnothérapie :

1 seule**2** Associée à un autre traitement

Procédures utilisées

1 -----**2** -----**3** -----

Résultat

Depuis la dernière consultation pour le même motif,
l'état du patient est jugé subjectivement (trait) :

Episode

1

2

3

4

5

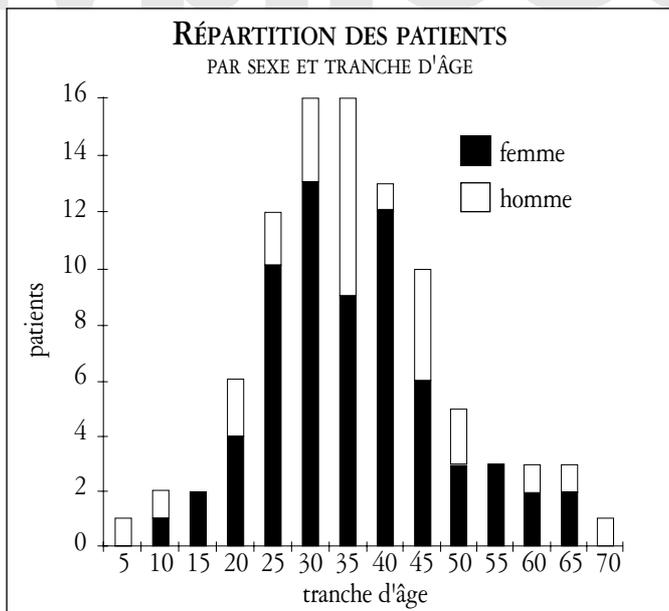
6

sup 6

RESULTATS ET COMMENTAIRES

150 épisodes ont été systématiquement enregistrés pendant les 9 semaines d'inclusion.

Ces 150 épisodes correspondent en réalité à 93 patients différents, certains patients sont venus consulter à plusieurs reprises pour le même motif.



1 - Répartition des patients par sexe et par tranches d'âge.

La répartition des patients en fonction du sexe montre une nette prédominance des consultant(e)s, (72 % de femmes) : les femmes sont plus nombreuses en consultation d'hypnothérapie.

Cette prédominance féminine des consultants est identique en nombre d'épisodes (73 %) : la fréquence des consultations est indépendante du sexe.

La répartition des patients en fonction des tranches d'âge montre un recrutement de consultants âgés de 7 à 75 ans, avec une nette prédominance (77 %) de la population "active" âgée de 25 à 55 ans, indépendamment du sexe.

Graph 1 : répartition des patients par sexe et tranches d'âge

Tableau 1 : Répartition des patients par sexe et tranches d'âge.

NOMBRE DE PATIENTS PAR SEXE ET TRANCHE D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0	1	2	4	10	13	9	12	6	3	3	2	2	0	67
HOM	1	1	0	2	2	3	7	1	4	2	0	1	1	1	26
TMF	1	2	2	6	12	16	16	13	10	5	3	3	3	1	93

POURCENTAGE DES PATIENTS PAR SEXE ET TRANCHE D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0%	1%	2%	4%	11%	14%	10%	13%	6%	3%	3%	2%	2%	0%	72%
HOM	1%	1%	0%	2%	2%	3%	8%	1%	4%	2%	0%	1%	1%	1%	28%
TMF	1%	2%	2%	6%	13%	17%	17%	14%	11%	5%	3%	3%	3%	1%	100%

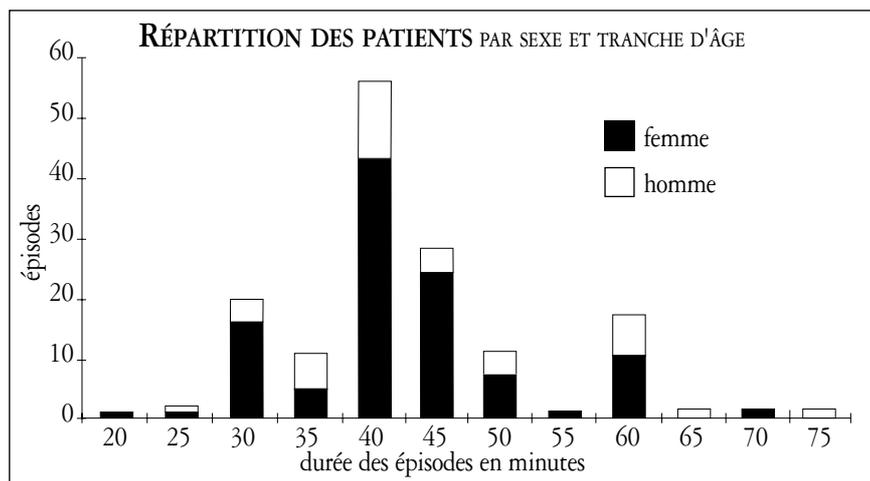
Tableau 1 : Répartition des patients par sexe et tranches d'âge.

NOMBRE D'ÉPISODES PAR SEXE ET TRANCHE D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0	2	5	9	14	21	11	20	12	5	6	2	2	0	109
HOM	2	1	0	4	3	4	9	3	5	4	0	2	3	1	41
TMF	2	3	5	13	17	25	20	23	17	9	6	4	5	1	150

POURCENTAGE DES ÉPISODES PAR SEXE ET TRANCHE D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0%	1%	3%	6%	9%	14%	7%	13%	8%	3%	4%	1%	1%	0%	73%
HOM	1%	1%	0%	3%	2%	3%	6%	2%	3%	3%	0%	1%	2%	1%	27%
TMF	1%	2%	3%	9%	11%	17%	13%	15%	11%	6%	4%	3%	3%	1%	100%



2 - Répartition des durées de consultation



Graph 2 : Répartition des durées de consultation en fonction du sexe.

La durée moyenne d'une consultation est de 42 minutes.
 La durée de la consultation est indépendante du sexe.
 Elle est par contre plus brève pour les enfants (25 à 30 minutes de 7 à 15 ans) et peut-être liée à un mode de fonctionnement différent (prédominance du cerveau droit ?).
 La durée d'une consultation dépend de son rang : la première consultation est plus longue (48 minutes), puis les durées diminuent (43 minutes pour l'épisode 2, 42 minutes pour l'épisode 3, 40 minutes

pour l'épisode 4, 37 minutes pour l'épisode 5) pour revenir à la valeur moyenne avec l'épisode 6 et les suivants, peut-être parce que ceux-ci s'inscrivent alors dans une prise en charge psycho-thérapeutique au long cours.
 Enfin la durée des consultations est fonction de chaque praticien : 37 minutes pour le Centre A, 40 minutes pour le Centre B, 40 minutes pour le centre C, 55 minutes pour le centre D.

3 - Motifs de consultations (codes C.S.I.P)

Tableau 4 : Motifs des consultations

MOTIFS DES CONSULTATIONS (ÉPISODES)											
	D	H	L	N	P. TOT	P. CLAS	P29	R	S	T	U
Total H et	6	3	9	2	108	73	35	1	8	12	1
Pourcentage	4%	2%	6%	1%	72%	49%	23%	1%	5%	8%	1%

Pathologies

D : digestive. H : cochléo-vestibulaire. L : ostéo-articulaire. N : neurologique
 P. Tot : psychologique. R : respiratoire. S : cutanée. T : endocrino-métabolique. U urologique.

72 % des motifs de consultations sont définis comme psycho-somatiques ou psychologiques par les patients.
 28 % des motifs de consultations relèvent d'autres causes qui sont principalement :
 a) des problèmes de surcharge pondérale et d'obésité

b) des problèmes de douleurs chroniques, qu'elles soient d'origine digestives (colon irritable), neurologiques (migraines) ou ostéo-articulaires (post traumatiques..)
 c) des problèmes dermatologiques (psoriasis..)

Tableau 5 : Détail des motifs de consultations psychologiques

DÉTAIL DES MOTIFS DES CONSULTATIONS "P"											
	P01	P02	P03	P06	P07	P10	P12	P15	P17	P20	P21
FEM	6	15	9	11	4	0	2	0	2	0	0
HOM	3	3	0	5	0	1	0	5	3	1	2
TOTAL	9	18	9	16	4	1	2	5	5	1	2

P01-02 : anxio-phobies. P03 : dépression. P06 : insomnies. P07 : troubles sexuels. P10 : tics
 P12 : énurésie. P15 alcoolisme. P17 tabagisme. P20 troubles attention. P21 hyperactivité.

hypnose

Les troubles psychologiques ou psychosomatiques - sont classifiables dans les deux tiers des cas (67 %) en troubles anxio-phobiques, insomnies, troubles sexuels, troubles dépressifs, addiction (tabac-alcool) et troubles habituels de l'enfance. Ainsi une pathologie médicalement définie est à l'origine de la moitié des consultations (49 %).

- sont plus difficiles à identifier dans un tiers des cas (33 %) mais peuvent être rattachés au manque de confiance en soi, aux troubles du caractère, à d'autres demandes. Une pathologie médicalement mal définie est à l'origine du quart des consultations (23 %).

4 - Diagnostics évoqués par les médecins

Tableau 6 : Diagnostics portés par les médecins

DIAGNOSTICS (ÉPISODES)											
	D	H	L	N	P. TOT	P. CLAS	P29	R	S	T	U
Total H et	5	5	9	2	108	77	31	1	7	12	1
Pourcentage	3%	3%	6%	1%	72%	51%	21%	1%	5%	8%	1%

Pathologies

D : digestive. H : cochléo-vestibulaire. L : ostéo-articulaire. N : neurologique

P. Tot : psychologique. R : respiratoire. S : cutanée. T : endocrino-métabolique. U urologique.

- La très grande majorité (72 %) des diagnostics portés par les médecins se rattachent également à la sphère psychologique ou psychosomatique.
- Les autres diagnostics (28 %) concernent des problèmes de surchar-

ge pondérale et d'obésité, des problèmes de douleurs chroniques, qu'ils soient digestifs (colon irritable..), ostéo-articulaires (douleurs chroniques..) ou neurologiques (migraines..), des problèmes dermatologiques (psoriasis).

Tableau 7 : Détail des diagnostics psychologiques portés par les médecins.

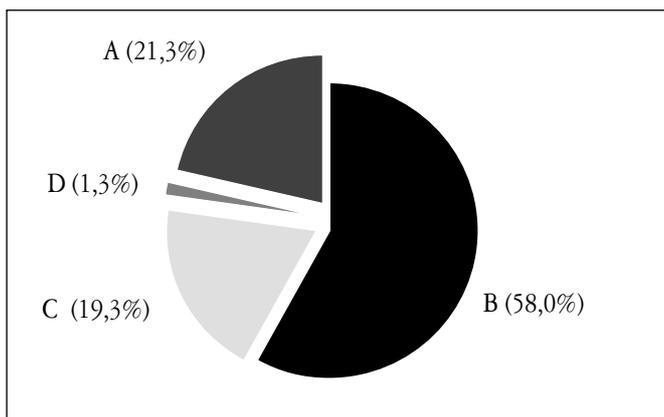
DÉTAIL DES MOTIFS DES CONSULTATIONS "P"							
	P73	P74	P76	P79	P80	P99	
FEM	1	28	9	17	1	19	
HOM	0	13	7	1	0	12	
TOTAL	1	41	16	18	1	31	

P 73 psychose. P74 : anxio-phobies P76 : dépression P 79 : troubles névrotiques. P80 : troubles de la personnalité. P99 : autres.

Les diagnostics psychologiques portés par les médecins sont corroborés aux symptômes dont se plaignent les patients neuf fois sur dix :
- dans 71 % des cas : Troubles anxio-phobiques, anxiété sociale, troubles du sommeil, syndromes dépressifs, troubles sexuels...

51 % des épisodes totaux aboutissent à un diagnostic psychologique précis.
- dans 29 % des cas : autres demandes
21 % des épisodes totaux restent sans définition psychologique diagnostique précise.

5 - La position diagnostique



Graphie 3 : positions diagnostiques

B : 58 % des épisodes font apparaître un tableau regroupant plusieurs symptômes
A : 21 % des épisodes font apparaître un seul symptôme
C : 19 % des épisodes sont classables en "maladie" selon la C.I.S.P ou le DSMIIIIR
D : 1 % des épisodes sont un diagnostic certifié c'est à dire anatomo-clinique



6 - Le suivi des épisodes

Tableau 8 : Suivi des épisodes

SUIVI (ÉPISODES)				
B	E	N	P	R
1	2	3	124	20
1%	1%	2%	83%	13%

P : Pathologie permanente dans 83 % des épisodes.

R : Pathologie récurrente dans 13 % des épisodes

N : Pathologie nouvelle dans 2 % des épisodes

E : Pathologie modifiant le diagnostic initial dans 1 % des épisodes

A : Autres

Les patients viennent consulter pour des pathologies chroniques qui ont le plus souvent résisté à d'autres types de prise en charge.

7 - La demande de prise en charge hypnotérapeutique

Le patient est à l'origine de la demande d'hypnotérapie 93 % des épisodes

Le médecin propose cette approche dans 5 % des épisodes.

L'hypnotérapie est latente dans l'entretien 2 % des épisodes

8 - Hypnotérapie en association à d'autres traitements

L'hypnose constitue le seul traitement institué dans 83 % des épisodes

L'hypnotérapie est associée à un ou plusieurs autres traitements dans 17 % des épisodes

9 - Les procédures hypnotérapeutiques

A Les techniques d'induction

Tableau 9 : Répartition des techniques d'induction à chaque épisode.

SUIVI (ÉPISODES)								
10	11	12	14	15	16	17	18	19
10	69	9	11	12	5	21	10	3
7%	46%	6%	7%	8%	3%	14%	7%	2%

10 non précisée

13 classique

16 relaxation

19 Pas d'induction

11 accompagnement

14 imagination visualisation

17 récapitulation

12 fixation sensorielle

15 catalepsie et lévitation

18 histoire démystification

L'accompagnement dans un souvenir agréable est utilisé dans la moitié des inductions hypnotiques. Il illustre le respect et l'utilisa-

tion des fonctionnements intrinsèques de la personne, propre à l'hypnose Eriksonienne.

B Le travail hypnotique

Tableau 10 : Répartition des techniques de travail hypnotique.

TECHNIQUES DE TRAVAIL HYPNOTIQUE (ÉPISODES)									
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
4	82	1	25	11	4	10	5	5	3
3%	55%	1%	17%	7%	3%	7%	3%	3%	2%

20 non précisée

23 régression

26 travail sur le corps

29 pas de travail

21 métaphores et accompagnements

24 exposition

27 suggestions

22 confusion

25 négociation-conciliation

28hypnose conversationnelle

Le travail hypnotique repose dans plus de la moitié des cas sur l'utilisation de métaphores thérapeutiques qui rendent compte d'une communication à multiple niveaux entre thérapeute et

patient, mais témoignent également du fonctionnement global de l'entité corps/esprit.

hypnose

C. La prescription de tâche

Tableau 11 : Répartition des prescriptions de tâches

PRESCRIPTION DE TÂCHES (ÉPISODES)									
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
3	56	0	0	5	0	1	0	0	85
2%	37%	0%	0%	3%	0%	1%	0%	0%	57%

30 non précisées
33 test de réalité
36 je suis mieux car
39 "hypnose sèche"

31 auto-hypnose
34 auto évaluation
37 prescription absence de tâche

32 art thérapie
35 prescription comportement
38 Incertitude

La prescription d'un entraînement à l'auto-hypnose dans un tiers des cas (37 %) montre que l'hypnose peut être considérée comme une ressource naturelle d'auto-guérison.

Accompagnement

L'accompagnement dans un souvenir agréable est une technique d'induction hypnotique qui consiste à employer ce que la patient sait faire, c'est à dire se remémorer volontairement un souvenir agréable, comme une ressource et un outil de fixation de l'attention. L'accompagnement constitue une technique d'apprentissage utilitaire. Le médecin utilise ce que le patient a à l'esprit, son langage, ses images mentales et ses attitudes pour capter et fixer son attention, facilitant le lâcher-prise qui permettra par la suite au patient de mobiliser les ressources de son inconscient. Si ce lâcher-prise est objectivable par l'émergence de phénomènes involontaires

hypnotiques, le patient conserve à chaque instant son esprit critique. (Exemple clinique Induction par accompagnement. : "eczéma chronique" (Phoenix,))

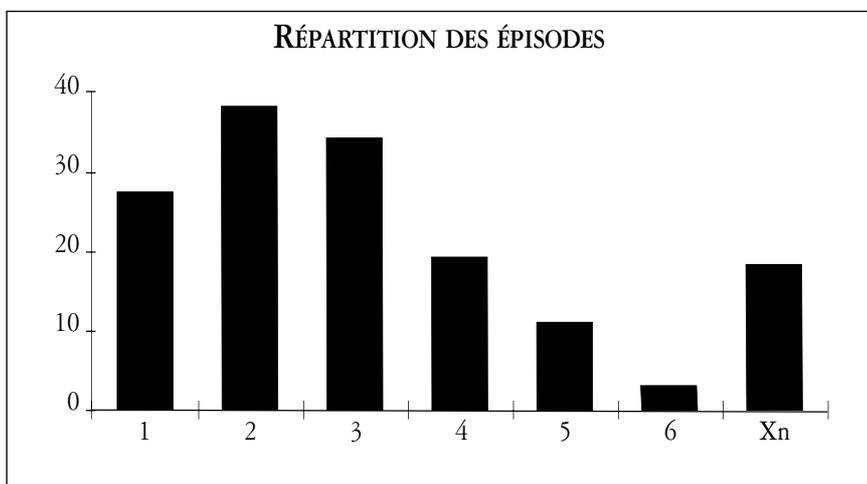
Métaphore

La métaphore est définie comme... Ainsi une métaphore possède plusieurs niveaux d'interprétations possibles. Selon Erickson, la métaphore est un moyen qui permet d'apporter de nouvelles significations à la conscience. Le message apparent capte l'attention consciente du patient. Les autres signifiants possibles libèrent les ressources de l'inconscient et permettent un travail de réaménagement psychique

Exemple clinique

Métaphore de la dame du lac... Hypnose vs alpha-bloquants (Phenix, Revue française d'hypnose n°)

10 - Répartition des épisodes



Pendant les 9 semaines de l'étude, les épisodes se sont répartis en :

consultation initiale 18 %

épisode 2 : 25 %

épisode 3 : 23 %

épisodes 4 à 6 : 22 %

7^{ème} épisode ou plus 12 %

78 % des traitements hypnotiques se déroulent en une à quatre séance. L'hypnose semble bien être une thérapie brève.

Graph 4 : Répartition du nombre d'épisodes par patients.

Tableau 12 : Répartition du nombre d'épisodes par patient.

RÉPARTITION DU NOMBRE D'ÉPISODES						
1	2	3	4	5	6	Xn
27	38	19	19	11	3	18
18%	25%	13%	13%	7%	2%	12%

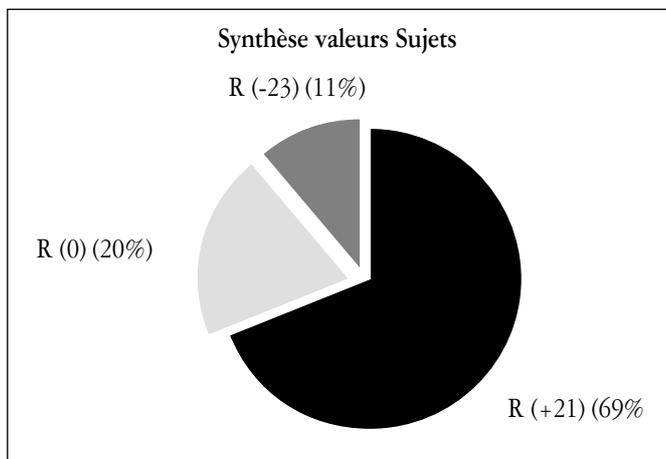


10 - Répartition des épisodes

L'appréciation subjective des résultats de chaque consultation concerne les épisodes 2 et suivants : 123 épisodes sont donc soumis à une

évaluation subjective du résultat de la consultation précédente

Graphie 5 : Synthèse des appréciations patients et médecins.

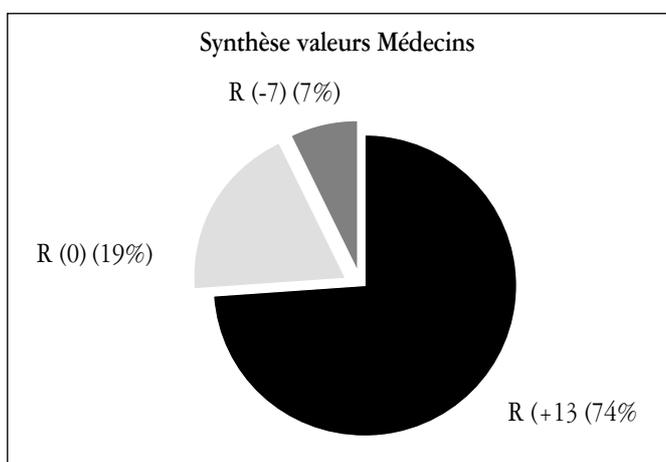


Du point de vue des patients

R + : une amélioration (+21/50) suit 69 % des épisodes évalués

R 0 : aucun effet (0) suit 20 % des épisodes évalués

R - : une dégradation (-23/50) suit 11 % des épisodes évalués



Tandis que les médecins estiment que

R + : une amélioration (+13/50) suit 74 % des épisodes

R 0 : aucun effet (0) suit 19 % des épisodes

R - : une dégradation (-7/50) suit 7 % des épisodes

Tableau 13 : Appréciations globales des résultats par les patients et par les médecins

	APPRÉCIATION DES SUJETS (ÉPISODES)				APPRÉCIATION DES MÉDECINS (ÉPISODES)			
	Nb Epi	% Epi	Valeur	Val. moy.	Nb Epi	% Epi	Valeur	Val. moy.
RÉSULTAT -	13	11%	-300	-23	9	7%	-62	-7
RÉSULTAT 0	25	20%	0	0	23	19%	0	0
RÉSULTAT +	85	69%	1753	21	91	74%	1159	13

DISCUSSION

La prédominance féminine des patients

Il existe une nette prédominance féminine des patients et celle-ci est plus importante qu'en médecine générale "tous motifs confondus" (60 % de femmes dans l'étude CREDES 1992, 57 % de femmes dans l'étude SFMG RNSP 1994¹). Néanmoins cette prédominance rejoint les chiffres habituellement retrouvés en psychothérapie.

Une population plus jeune

Le recours à l'hypnothérapie est fait d'une population plus jeune qu'en médecine générale "tous motifs confondus" : la moyenne d'âge des consultants des deux sexes est de 44 ans dans l'étude CREDES 1992, de 46,5 ans pour les femmes dans celle de l'étude SFMG RNSP¹).

Evaluation

Le diagnostic dit de certitude "maladie classée et examen anatomo-pathologique" constitue l'hypothèse la moins fréquente en médecine générale, contrairement à la médecine hospitalière ou à la médecine spécialisée. Qu'en est-il d'une formation initiale spécifique à la prise de décision en médecine générale ?

D'une certaine façon, les patients "aboutissent" à une demande de prise en charge spécifique après de multiples prises en charges, tant médicamenteuses que psychothérapeutiques, qu'ils jugent infructueuses.

Qu'en est-il de la formation des médecins à la communication interpersonnelle ?

L'évaluation subjective des résultats appelle un commentaire non pas tant sur la méthode utilisée, classiquement employée dans de multiples études, mais sur le résultat qu'elle met en valeur : c'est en effet à chaque consultation que les patients (et les médecins) se déclarent satisfaits, dans leur grande majorité, des résultats obtenus. Il serait sans doute intéressant de mener une enquête analogue lors des consultations habituelles, même si pour certains, c'est la relation patient-médecin qui est appréciée.

Réduction de la prescription médicamenteuse

L'hypnothérapie est le plus souvent prescrite isolément. Elle s'accompagne d'une réduction de la prescription médicamenteuse :

- soit parce qu'elle est évitée, puisque la plupart des consultations de médecine générale s'accompagne habituellement d'une ordonnance médicamenteuse. Mais ce facteur n'a pas été quantifié au cours de l'étude

- soit parce qu'elle est progressivement abandonnée, puis que la majorité des patients sont soulagés en quelques séances.

Sachant que 79 % des séances comportent la rédaction d'une ordonnance médicamenteuse¹, cette réduction éventuelle des coûts, tant pour le patient que pour la communauté, est également un argument non négligeable d'une gestion médicale de la santé. Elle justifierait sans doute à elle seule que l'étude des techniques de communication interpersonnelle soit intégrée à la formation du médecin généraliste.

¹ "Gallais JL et Coll. Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales" Doc Rech MG n°45. SFMG

CONCLUSION

L'utilisation de l'hypnose en médecine générale s'avère un outil intéressant pour une partie non négligeable des motifs de consultation des patients : rappelons² que les seuls items insomnie algies anxiété et troubles dépressifs font partie des 20 motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. D'autre part, la pratique actuelle montre¹ qu'en dehors de la relation patient-médecin propre à chaque entretien, 13,3 % des séances de médecine générale comportent une activité de conseil ou d'information, et 9,3 %¹ des séances comportent un entretien à visée psychothérapeutique : la connaissance des techniques hypnotiques ajouterait un outil utile à la "trousse" des ressources du médecin.

Par ailleurs, au décours de cette prise en charge particulière, les consultants et les médecins s'accordent à constater une nette régression, à chaque consultation, de symptômes jusque là persistants (certains considèrent que c'est la relation qui est mesurée). On observe également une réduction des prescriptions médicamenteuses, non quantifiée dans cette étude.

Des travaux ultérieurs devraient s'attacher à l'appréciation objective

des résultats obtenus chaque fois que celle-ci est possible. Mais se pose alors le problème particulier de l'évaluation des résultats obtenus lors des prises en charge de type psychothérapeutiques.

Cette étude vise à décrire une pratique utile à la médecine générale. Elle ne prétend pas apporter une quantification formellement irréprochable de l'efficacité thérapeutique : les difficultés méthodologiques d'un tel projet, effectué de plus en médecine libérale, sont considérables. Mais il n'est pas certains que les faits emporteraient alors l'adhésion, tant la pratique hypnotique est une relation à l'autre, une façon différente de communiquer et une approche particulière de la nature humaine. Plus simplement nous avons voulu décrire une technique de communication respectueuse et permissive, dont bénéficie considérablement chacun des protagonistes et qui permet en peu de séances l'apparition de changements favorables dans un grand nombre de cas.

² "Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine générale" convention CNAMTS SFMG 1397/93

