

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**Hypnose médicale et
influence sur la pratique
de la médecine générale.**

FAGBEMI David

Né le 15/06/1991

Sous la direction de Mme FOUCHIER Véronique et M CONNAN Laurent

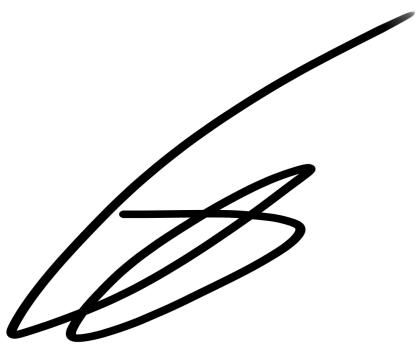
Membres du jury

Monsieur le Professeur BELLANGER William	Président
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Directeur
Madame le Docteur FOUCHIER Véronique	Codirecteur
Monsieur le Docteur FORTRAT Jacques-Olivier	Membre
Monsieur le Docteur JALLOT Stanislas	Membre

Soutenue publiquement le :
23 septembre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) FAGBEMI David déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "FAGBEMI DAVID".

signé le **20/07/ 21**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM	Pierre	Physiologie Gériatrie et biologie du ement	Département de physiologie et explorations fonctionnelles
ANNWEILER	Cédric		Service de gériatrie
ASFAR	Pierre	Médecine intensive - réanimation	Département de Réanimation médicale et de médecine hyperbare
AUBE	Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Département de Radiologie
AUGUSTO	Jean-François	Néphrologie	Département de néphrologie-dialyse-transplantation
AZZOUZI	Abdel Rahmène	Urologie	Service d'Urologie
BELLANGER	William	Médecine générale Chirurgie thoracique et asculaire	Département de Médecine Générale
BAUFRETON	Christophe		Service de Chirurgie cardiaque
BIGOT	Pierre	Urologie	Service d'Urologie
BONNEAU	Dominique	Génétique	Département de biochimie et génétique
BOURSIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Service d'hépatologie-gastroentérologie et oncologie digestive
BOUCHARA	Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
BOUVARD	Béatrice	Rhumatologie	Département de rhumatologie
BRIET	Marie	Pharmacologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
CALES	Paul	Gastro-entérologie ; hépatologie	Service d'hépatologie-gastroentérologie et oncologie digestive
CAMPONE	Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin
CAROLI-BOSC	François-Xavier	Gastro-entérologie ; hépatologie	Service d'hépatologie-gastroentérologie et oncologie digestive
CHAPPARD	Daniel	Cytologie et histologie	Laboratoire GEROM - IBS
CONNAN	Laurent	Médecine générale Anatomie et cytologie giques	Département de Médecine Générale
COPIN	Marie-Christine		Département de pathologie cellulaire et tissulaire
COUTANT	Régis	Pédiatrie	Pôle Femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
CUSTAUD	Marc-Antoine	Physiologie	Département de physiologie et explorations fonctionnelles
DE CASABIANCA	Catherine	Médecine générale	Département de Médecine Générale
DESCAMPS	Philippe	Gynécologie-obstétrique	Fédération de Gynécologie obstétrique
D'ESCATHA	Alexis	Médecine et santé au travail	Centre antipoison et de toxicovigilance
DINOMAIS	Mickaël	tation	CRRRF les Capucins
DIQUET	Bertrand	Pharmacologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
DUBEE	Vincent	Maladies infectieuses	Service des maladies infectieuses et Tropicales et médecine interne
DUCANCELLE	Alexandra	Bactériologie-virologie	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
DUVERGER	Philippe Henri-	Pédiopsychiatrie	Unité de pédiopsychiatrie
FOURNIER	que	Anatomie	Département de Neurochirurgie
FURBER	Alain	Cardiologie	Service de Cardiologie
GAGNADOUX	Frédéric	Pneumologie	Service de Pneumologie
GARNIER	François	Médecine générale	Département de Médecine Générale
GASCOIN	Géraldine	Pédiatrie	Pôle Femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
GOHIER	Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Département de Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA	Philippe	Hématologie ; transfusion	Service des Maladies du Sang

HAMY	Antoine	Chirurgie générale Chirurgie vasculaire ; médecine vise	Service de Chirurgie Viscérale
HENNI	Samir		Service de médecine vasculaire
HUNAULT-BERGER	Mathilde	Hématologie ; transfusion	Service des Maladies du Sang
IFRAH	Norbert	Hématologie ; transfusion	Service des Maladies du Sang
JEANNIN	Pascale	Immunologie	Laboratoire d'immunologie et allergologie
KEMPF	Marie	Bactériologie-virologie	Département de biologie des agents infectieux
LACCOURREYE	Laurent	Oto-rhino-laryngologie Anesthésiologie-réanimation et ne péri-opératoire	Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale Pôle d'Anesthésie-réanimation
LASOCKI	Sigismond		Pôle Femme-Mère-Enfant - fédération de gynécologie-obstétrique
LEGENDRE	Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Département de Rhumatologie
LEGRAND	Erick	Rhumatologie	Service de Chirurgie Viscérale
LERMITE	Emilie	Chirurgie générale	Département de Réanimation médicale et de médecine hyperbare
LEROLLE	Nicolas	Médecine intensive - réanimation	Département de biologie des agents infectieux et pharmaco-toxicologie
LUNEL-FABIANI	Françoise	Bactériologie-virologie	Service de Dermatologie
MARTIN	Ludovic	Dermato-vénérérologie Biologie et médecine du opérément et de la reproduction	Pôle Biologie
MAY-PANLOUP	Pascale		Département de Neurochirurgie
MENEI	Philippe	Neurochirurgie	Département de Réanimation médicale et de médecine hyperbare
MERCAT	Alain	Médecine intensive - réanimation	Pôle Femme-Mère-Enfant - Fédération de pédiatrie
PELLIER	Isabelle	Pédiatrie	Service de santé au travail et pathologies professionnelles
PETIT	Audrey	Médecine et santé au travail Chirurgie vasculaire ; médecine vise	Service de Chirurgie vasculaire et thoracique
PICQUET	Jean		Fédération de pédiatrie - Chirurgie pédiatrique
PODEVIN	Guillaume	Chirurgie infantile	Département de biochimie et génétique
PROCACCIO	Vincent	Génétique	Département de biochimie et génétique
PRUNIER	Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Service de Cardiologie
PRUNIER	Fabrice	Cardiologie	Département de biochimie et génétique
REYNIER	Pascal	Biochimie et biologie moléculaire Médecine physique et de tation	CRRRF les Capucins
RICHARD	Isabelle	Endocrinologie, diabète et es métaboliques	Département d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition
RODIEN	Patrice	Médecine et santé au travail	Service santé au travail et pathologies professionnelles
ROQUELAURE	Yves	Médecine légale et droit de la	Service de Médecine légale
ROUGE-MAILLART	Clotilde	Anatomie et cytologie	Département de pathologie cellulaire et tissulaire
ROUSSEAU	Audrey	Pathologiques	Service de Chirurgie Plastique
ROUSSEAU	Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice	Département de pathologie cellulaire et tissulaire
ROUSSELET	Marie-Christine	Anatomie et cytologie	Service des urgences
ROY	Pierre-Marie	Pathologiques	Service des urgences
SAVARY	Dominique	Médecine d'Urgence	Service des Maladies du Sang
SCHMIDT	Aline	Hématologie ; transfusion	Département de Pneumologie
TRZEPIZUR	Wojciech	Pneumologie	Laboratoire d'hématologie
UGO	Valérie	Hématologie ; transfusion	Département de Pneumologie
URBAN	Thierry	Pneumologie	Pôle Femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
VAN BOGAERT	Patrick	Pédiatrie	Département de Neurologie - Charcot
VERNY	Christophe	Neurologie	Département de Radiologie
WILLOTEAUX	Serge	Radiologie et imagerie médicale	

Liste des MCU et MCU-PH - Année universitaire 2020-2021

ANGOULVANT	Cécile	Médecine générale	Département de Médecine Générale
BEAUVILLAIN	Céline	Immunologie	Laboratoire d'immunologie
BEGUE	Cyril	Médecine générale	Département de Médecine Générale
BELIZNA	Cristina	Médecine interne	Centre Vasculaire et de la Coagulation
BELONCLE	François	Réanimation	Département de réanimation médicale et médecine hyperbare
BIERE	Loïc	Cardiologie	Service de cardiologie
BLANCHET	Odile	Hématologie ; transfusion Endocrinologie, diabète et ns métaboliques	Laboratoire d'hématologie
BRIET	Claire		Service Endocrinologie-Diabète-Nutrition
CAPITAIN	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin
CASSEREAU	Julien	Neurologie	Département de neurologie
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Biochimie et biologie moléculaire	Département de biochimie et Génétique
CHEVALIER	Sylvie	Biologie cellulaire	Département de pathologie cellulaire et tissulaire
COLIN	Estelle	Génétique	Département de Biochimie et Génétique
FERRE	Marc	Biologie moléculaire	Département de Biochimie et Génétique
FORTRAT	Jacques-		
	Jean-	Physiologie Biostatistiques ; informatique	Laboratoire d'explorations fonctionnelles vasculaires
HAMEL	is		Service de biostatistiques et modélisation
HINDRE	François	Biophysique	Service de Médecine Nucléaire et Biophysique
KHIATI	Salim	Biochimie et biologie moléculaire Médecine légale et droit de la	Département de biochimie et Génétique
JOUSSET-THULLIER	Nathalie		Service de Médecine légale
JUDALET-ILLAND	Ghislaine	Médecine générale Chirurgie maxillo-faciale et ologie	Département de Médecine Générale
KUN-DARBOIS	Daniel		Service de stomatologie et chirurgie. maxillo-faciale
LEBDAI	Souhil	Urologie	Service d'Urologie
LEMEE	Jean-Michel	Neurochirurgie	Département de neurochirurgie
TEXIER-LEGENDRE	Gaëlle	Médecine générale	Département de Médecine Générale
LETOURNEL	Franck	Biologie cellulaire	Département de pathologie cellulaire et tissulaire - Neurobiologie - Neuropathologie
LIBOUBAN	Hélène	Histologie	Laboratoire GEROM
LUQUE PAZ	Damien	Hématologie ; transfusion	Département d'hématologie
MABILLEAU	Guillaume	Histologie	SCIAM
MESLIER	Nicole	Physiologie	Département de Pneumologie
MIOT	Charline	Immunologie	Laboratoire d'immunologie
MOUILLIE	Jean-Marc	Philosophie	Département de Sciences Humaines
PAILHORIES	Hélène	Bactériologie-virologie	Département de Biologie des Agents Infectieux et Pharmaco-toxicologie
PAPON	Xavier	Anatomie	Service de Chirurgie vasculaire et thoracique
PASCO-PAPON	Anne Anne-	Radiologie et imagerie médicale	Département de Radiologie
PENCHAUD	ce	Sociologie	Département de Sciences Humaines
PIHET	Marc	Parasitologie et mycologie	Département de Biologie des Agents Infectieux et Pharmaco-toxicologie
PY	Thibaud	Médecine générale	Département de Médecine Générale
POIROUX	Laurent	Sciences infirmières	Bâtiment GIRCI
RAMOND-ROQUIN	Aline	Médecine générale	Département de Médecine Générale
RINEAU	Emmanuel	Anesthésiologie-réanimation	Département d'Anesthésie-Réanimation
SCHMITT	Françoise	Chirurgie infantile	Pôle femme-mère-enfant - fédération de pédiatrie
TESSIER-CAZENEUVE	Christine	Médecine générale	Département de Médecine Générale
VENARA	Aurélien	Chirurgie digestive	Service de Chirurgie viscérale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bellanger
Pour avoir accepté de présider ce jury et juger ce travail.

A Madame la Docteure Fouchier et Monsieur le Professeur Connan
Pour avoir dirigé cette thèse avec bienveillance et pour votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Fortrat
Pour avoir accepté de juger ce travail et pour ces cours passionnantes de physiologie de première année qui ont permis de la rendre moins monotone.

A Monsieur le Docteur Jallot
Pour avoir accepté de faire partie de ce jury et merci de m'avoir donné envie d'être médecin généraliste

A ma femme (Amenan-Sephora)
Tu as toujours été là pour moi durant ses années de médecine et tu as su m'épauler et me supporter dans les moments difficiles, je t'aime.

A nos deux enfants (Maxime et Victor)
Vous ensoleillez nos vies et chaque jour est une nouvelle aventure.

A mes parents (Bernadette et Matthew)
Vous avez cru en moi et vous vous êtes sacrifiés pour me permettre de réussir.
Maman ta générosité ton dévouement pour les autres m'ont grandement inspiré dans mes choix personnels.

A mes frères et sœur (Martin Victoria Joseph)
Merci de votre soutien et votre amour.

A mes grands-parents (Michel et Christiane)
Vous avez été un maillon essentiel vous m'avez aidé à grandir et devenir celui que je suis.

A mon oncle Jean-Marc
Pour avoir un très grand cœur et d'être toujours là quand on en a besoin.

A Adrien
Hâte que cette maison médicale soit opérationnelle et d'y travailler.

Au Dr Lepage
Pour m'avoir beaucoup appris lors de ce stage de SAPAS

Liste des abréviations

OMS	Organisation mondiale de la santé
FMC	Formation médicale continue
ARS	Agence régionale de santé
CCAM	Classification commune des actes médicaux
DU	Diplôme universitaire
SFMG	Société française de médecine générale
AFML	Association pour la formation des médecins libéraux
CFHTB	Confédération francophone d'hypnose et thérapie brève
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
AEPH	Association européenne des praticiens de l'hypnose
AFEHM	Association française pour l'étude de l'hypnose médicale

Plan

INTRODUCTION :	1
1. I L'hypnose médicale :	4
2. II La prescription d'antalgique :	13
3. III La prescription d'anxiolytique :	14
METHODOLOGIE :	16
1. Méthode :	16
RESULTAT :	18
1. Nombre de participants :	18
2. La prescription d'antalgique :	23
3. La prescription d'anxiolytique :	25
4. Comparaison selon les valeurs intrinsèques des médecins :	29
DISCUSSION :	32
1. Les résultats :	32
2. Les forces:	34
3. Prescription	34
4. Hypnose médicale et étude médicale.	37
5. Les limites :	38
6. Comparaison avec les données scientifiques :	39
CONCLUSION :	39
BIBLIOGRAPHIE	41
LISTE DES FIGURES	44
LISTE DES TABLEAUX	45
TABLE DES MATIERES	46
ANNEXES	I

INTRODUCTION :

L'hypnose médicale est une nouvelle pratique médicale qui tend à se développer dans la pratique médicale. Jadis l'apanage d'instituts et associations, sa formation est proposée depuis quelques années par des universités(1).

Ainsi, de plus en plus d'universités de médecines proposent un diplôme universitaire d'Hypnose, mais également des formations proposées au sein des établissements de soins généralement en lien avec une thématique d'action précise d'application de l'hypnose médicale.(1,2)

Cette pratique médicale n'est pas reconnue par l'Etat, mais son développement au sein du champ médical ne fait que s'accentuer ces dernières années(3), probablement en raison des effets bénéfiques qu'elle semble apporter dans des domaines comme la douleur ou les troubles psychiques.

Les champs d'applications sont variés. En effet en Médecine l'hypnose peut être utilisée dans les traitements contre la douleur, contre l'anxiété, contre les addictions ou même en complément de l'anesthésie. Cette pratique médicale peut être proposée comme alternative ou comme complément à des thérapeutiques.

Il semblerait que son utilisation permette chez certains patients de diminuer la douleur comme nous le rapporte l'étude : « Hypnosis Enhances the Effects of Pain Education in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. » publiée en 2018(4), voire de réduire l'anxiété

et/ou la consommation de médicaments. En 2016, en Ille et Vilaine, une thèse sur l'influence de l'hypnose Ericksonnienne concernant la consommation de benzodiazépine avait été faite sur des patients venant chez un praticien pour des séances d'hypnothérapie. Selon ces conclusions, l'hypnothérapie Ericksonnienne a un impact sur la moindre consommation de benzodiazépine (sur une baisse de l'anxiété).

Dans ces deux travaux, l'hypnose médicale permet indirectement de diminuer la consommation ou prescription médicamenteuse. Ces études suggèrent un lien entre hypnose médicale et prescription antalgique et anxiolytique.

La France est le pays européen le plus consommateur d'antalgiques de palier 1 et 2 (5).

Durant la dernière décennie, on a vu augmenter en France la consommation d'antalgiques opioïdes faibles. Les antalgiques les plus consommés sont ceux du palier 1 à cause de leur libre accès. (5)(6)

Les prescriptions des antalgiques (tous paliers confondus) sont en augmentation depuis les années 2000. Pour les benzodiazépines le constat est similaire. Leurs consommations augmentent en 2010, 20 % de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine ou apparentée (5)(7). Le médecin généraliste est généralement l'initiateur d'un traitement par opioïde ou anxiolytique (8). Ce travail a pour objectif de mettre en évidence l'existence d'un lien entre prescription d'antalgiques, anxiolytiques et formation à l'hypnose médicale chez les médecins généralistes.

Cette étude part du principe qu'il existe une différence de prescription d'antalgique et d'anxiolytique, entre les médecins généralistes formés à l'hypnose et ceux n'ayant aucune formation. Pour confirmer cette hypothèse, il a été réalisé une étude quantitative et descriptive.

L'étude a pour objectif principal de quantifier l'existence d'un lien entre prescription d'antalgique, anxiolytique et formation à l'hypnose médicale. L'objectif secondaire est d'évaluer s'il y a un lien entre certaines caractéristiques intrinsèques (âge, sexe, lieu de travail) du praticien et prescriptions d'antalgique et anxiolytique.

L'hypnose est un état modifié de conscience différent de celui produit par la relaxation ou la méditation. Cet état peut être léger (rêverie, transe hypnotique légère, hypnagogique), hypnopompique ou plus important.

Premièrement, nous reviendrons sur l'historique de l'hypnose médicale jusqu'à son utilisation dans notre médecine actuelle. Dans un second temps, une partie reviendra sur la prescription d'antalgiques et anxiolytiques de nos jours, puis nous aborderons la méthodologie de cette étude. Enfin la troisième partie sera consacrée à l'analyse des résultats et discussion.

1. I L'hypnose médicale :

1.1. Début jusqu'à aujourd'hui :

1.1.1. L'hypnose et l'irrationnel :

Les premières notions nous viennent des écrits sumériens datant de 6000 avant Jésus Christ et décrivant différents états de conscience.

Des pratiques se rapprochant de l'hypnose ont été décrites par un historien du nom de Georg Moritz Ebers en déchiffrant des papyrus. Ces pratiques auraient été utilisées chez les Égyptiens en -3000 et avaient pour objectif d'entrainer une forme d'analgésie, voire anesthésie, chez les patients en utilisant la parole, des miroirs et des plantes.

Dans la Grèce antique, il est évoqué une utilisation de médecine par les songes, ou de révélation avec la Pythie.(9) (10)

Ces différents états décrits dans ces civilisations antiques semblent être mis en rapport avec le divin. On parle d'état de transe divine, mettant son interlocuteur dans un état second.

Durant le Moyen-Âge, on n'associe plus le changement d'état de conscience au divin, entraîné par des paroles ou décoctions mais à la magie noire et à la sorcellerie.(11)

Il faut attendre le début du XVIII^e siècle pour sortir du domaine de l'irrationnel et voir le début d'une recherche à l'explication rationnelle de ce phénomène qu'est l'hypnose.

1.1.2. Hypnose reconnue comme une pratique :

A la fin du XVIII^e siècle, le médecin allemand Franz Anton Mesmer élabore une théorie sur le fonctionnement d'un état hypnotique. Il s'inspire des travaux de Paracelse et du Père jésuite Hell. Il émet l'hypothèse de la présence d'un fluide magnétique universel faisant le lien entre les hommes, les animaux, la terre et l'univers. (11)(12)

Avec certains procédés, il serait possible de modifier le passage de ce fluide, et d'entrainer des modifications sur l'individu exposé. Il met alors en œuvre des séances collectives ayant pour objectif de réorganiser les énergies des individus et ainsi les soigner de certains maux.

Ces séances prennent le nom de « baquet » par référence au récipient en bois dans lequel était plongé chaque participant. Cependant malgré ses explications sur les modifications d'état de conscience que pouvaient apporter ces séances, sa théorie ne trouva pas d'écho auprès de la commission royale de Louis XVI qui jugea sa pratique comme étant non scientifique et néfaste.

Ses travaux furent poursuivis par ses élèves notamment le Marquis de Puysegur qui introduisit la notion de somnambulisme au magnétisme animal.

1.1.3. Entrée de l'hypnose dans le domaine médical :

C'est au XIX^e siècle qu'apparaît pour la première fois le mot hypnose sous le terme hypnotisme.

Ce terme fut popularisé par le chirurgien écossais James Braid dans sa publication « *Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme* ». Il part du postulat selon lequel le sommeil nerveux peut être induit par des suggestions verbales en réutilisant les techniques du magnétisme animal. Durant le début de ce siècle, ces techniques seront utilisées en chirurgie comme sédation. Mais elles seront rapidement abandonnées dès la découverte de l'éther et du chloroforme.

A la fin du XIX^e siècle, deux courants de pensée sur l'hypnose vont s'affronter.

Le premier est initié par le neurologue : Jean-Martin Charcot. Celui-ci définit l'hypnose comme un état faisant partie de l'hystérie. Il en définit trois phases (léthargie, catalepsie et somnambulisme). Pour lui, l'hypnose est un état pathologique, il définit un individu hypnotisable comme un névropathe. Ainsi, l'hypnose est décrite comme une maladie mentale affectant des individus ayant des prédispositions.

Par opposition, un autre courant créé par Hippolyte Bernheim, médecin français, travaillant sur Nancy, reprend la définition de l'hypnose par Baird, en évoquant un sommeil produit par la suggestion pouvant avoir des applications thérapeutiques et donc applicables à tous.

Sigmund Freud découvre l'hypnose après s'être formé auprès du Pr Charcot à Paris en 1885. Il souhaitait trouver une nouvelle thérapeutique pouvant l'aider à soigner voire guérir les névropathies.

Il se rendit en 1889 à Nancy pour suivre les enseignements de Bernheim et ainsi perfectionner sa technique hypnotique. Freud utilisa alors dans sa pratique : la suggestion hypnotique, mais il reprocha à cette méthode d'être non applicable à tous et de masquer les résistances du patient. Il abandonna alors la pratique de l'hypnose pour se consacrer à la psychanalyse.(13)

Durant le début du XXe siècle, l'hypnose perdi de son intérêt mais revient sur le devant de la scène grâce à un psychiatre américain : Milton Hyland Erickson dans les années cinquante.

Dès lors, l'hypnose Ericksonienne engage un renouveau, l'hypnose est utilisée en psychothérapie. Dans les années 80, de nouvelles pratiques thérapeutiques vont découler de celle-ci : thérapie brève, programmation neurolinguistique, thérapie cognitivo-comportementale.

1.1.4. De nos jours :

A l'heure actuelle, il n'existe aucune reconnaissance par les instances telles que les agences régionales de santé (ARS), la Haute Autorité de Santé (HAS), le Conseil de l'Ordre des médecins ou le ministère de la Santé, de la pratique de l'hypnose médicale. L'hypnose fait partie, selon l'OMS, des pratiques non conventionnelles rentrant toutefois dans le cadre de la médecine complémentaire ou dite alternative.(14)

Malgré ce statut non reconnu, il est possible de suivre une formation.

En France, on peut se former auprès d'instituts privés, d'associations, d'universités, d'établissements de soins.

Certaines de ces formations permettent d'obtenir un certificat qui n'a aucune valeur juridique, car il n'est pas reconnu par l'Etat et ne fait pas office de diplôme. Comme le conseil de l'ordre des médecins ne reconnaît pas la pratique de l'hypnose, le médecin formé n'a pas le droit d'ajouter une mention y faisant référence sur sa plaque de médecin ou sur ses ordonnances.

Cette non-reconnaissance par les institutions médicales fait que la pratique de l'hypnose n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, quand bien même on peut retrouver une codification d'acte en lien avec l'hypnose : (ANRP001 - Séance d'hypnose à visée antalgique) dans la CCAM. Celle-ci est non remboursable avec un tarif fixé à 0 euro. Lorsqu'un médecin réalise une consultation dédiée à l'hypnose en secteur 1, celle-ci est comptée comme une consultation standard et remboursée au même titre.(15) Cependant il existe des mutuelles complémentaires santé qui proposent des remboursements de

séances d'hypnose, pouvant ainsi rembourser une partie des séances d'hypnose, lorsque celles-ci sont réalisées pour des consultations en secteur 2.

Du point de vue formation, il existe différentes possibilités. On retrouve des formations visant un public restreint. Ces formations peuvent être dispensées par des universités sous forme de DU (diplôme universitaire). On en recense actuellement 16 réparties sur tout le territoire : Paris, Bordeaux, Nantes, Brest, Rennes, Clermont, Lyon, Marseille, Nice, Lille, Limoges, Strasbourg, Saint-Etienne, Montpellier, Toulouse. (2)(16)

Le déroulement de ces formations est propre à chacune des universités, mais on observe une structuration similaire. En effet, ces formations s'adressent à un public restreint. Pour une majeure partie d'entre-elles, il est nécessaire de faire partie des professionnels de santé reconnus : Kinésithérapeute, infirmier(e) DE, Sage-Femme, maïeuticien, médecin, dentiste et psychologue ou d'être titulaire d'un BAC +3.

Ces formations se déroulent sur une année universitaire avec un examen final de validation. Il existe une partie théorique avec des cours en faculté. Cela représente en moyenne 120 heures de cours sur l'année. A cela se rajoute une partie pratique, sous forme d'exercices de mise en situation ou stage propre à chaque université.

L'évaluation finale se fait à partir d'un examen écrit et de la réalisation d'un mémoire. Pour rappel, le diplôme qui y est délivré n'a aucune valeur juridique.

On retrouve aussi des formations plus courtes dispensées sur quelques jours groupés ou plusieurs journées à thème réparties tout le long de l'année. Elles sont essentiellement destinées à des professionnels de santé et rentrent dans le cadre de la FMC (formation médicale continue). Ces formations font plutôt office de stage d'initiation et sont proposées par des organismes tels que : SFMG, AFML, FMC action ou dans des établissements médicaux (centres hospitaliers, cliniques.)

Il existe aussi d'autres formations s'adressant aux professionnels de santé et dispensées par des organismes. C'est le cas des organismes faisant partie de la CFHTB. On en recense une trentaine qui obéissent à une même charte visant à une harmonisation des programmes de formation et à un respect du même code éthique.(17)(18)

Elles s'adressent essentiellement aux médecins, chirurgiens-dentistes, psychologues, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes. On retrouve aussi des formations proposées par l'Institut français d'hypnose (IFH) s'adressant aux professionnels de santé.

Enfin, il existe des formations qui se veulent accessibles à tous et dispensées par des instituts ou organismes privés ne suivant aucune charte éthique. Les formations peuvent s'organiser sous forme de cours en ligne ou de cours théoriques dispensés tout au long de l'année.

1.1.5. Champs et domaines d'application (Douleur, Addiction, sédation chirurgie, souffrance psy) :

Dans le domaine médical, on distingue 3 voies d'application de l'hypnose : l'hypnosédation, l'hypoanalgésie et l'hypnothérapie.

Dans ces 3 domaines d'application, l'hypnose est appliquée soit de façon directe dite formelle par séance soit indirectes (informelle) et on parle alors d'hypnose conversationnelle.

L'hypoanalgésie comprend l'ensemble des techniques permettant de diminuer ou faire disparaître des douleurs aigües ou chroniques ainsi que des états anxieux.

Ce domaine est très utilisé en pédiatrie ou aux urgences dans le but de diminuer une douleur aiguë déjà présente ou provoquée par un geste : (ponction lombaire, prise de sang, suture ...). L'objectif est d'induire un état d'hypnose (second) chez l'individu, lui permettant de focaliser son intention ailleurs et de modifier sa perception de la douleur. Chez les enfants, ses techniques sont généralement utilisées avec des distractions (sonores, visuelles) renforçant la focalisation sur un point donné. (19)

L'hypnosédation développée par Marie-Elisabeth Faymonville, professeure au CHU de Liège, à la fin des années 90 a pour objectif d'être utilisée en anesthésie ou en milieu hospitalier. L'hypnosédation permet d'amplifier les ressources d'anxiolyse et d'analgésie chez les patients. Elle combine hypnose et

administration de médicaments à visée sédative en anesthésie locale. C'est donc l'hypnoanalgésie associée à une anesthésie locale.

Elle peut être proposée de nos jours pour réaliser des interventions telles que des fibroscopies ou coloscopies, mais jamais pour des interventions de chirurgies profondes où l'on utilisera essentiellement l'anesthésie générale.(20)(21)

L'hypnothérapie peut se définir comme l'usage psychothérapeutique de l'hypnose. Elle peut revêtir plusieurs formes, dont les principales sont :

L'hypnose classique : Elle se caractérise par l'aspect directif de l'hypnotiseur, parfois même dominant. L'hypnotiseur suggère un changement de façon directe au patient, tel qu'on peut le voir utiliser dans des divertissements (par exemple : Messmer l'hypnotiseur). Cette forme d'hypnose renvoie à la pensée que se font les gens dans la culture populaire et a été très largement mise de coté.

L'hypnose Ericksonienne : Dans ce courant, c'est le patient qui est au centre et qui devient acteur de ses soins. Cette pratique hypnotique ne dirige pas le patient, mais l'accompagne. Elle repose sur le postulat que l'inconscient est capable de mobiliser des ressources, susceptibles de conduire aux changements désirés, et a pour but d'amener conscient et inconscient à travailler ensemble.

« Quelle que soit sa forme, elle place toujours au centre de son approche l'état

hypnotique, avec une visée psychothérapeutique » (Bioy and Michaux 2007).

De nombreuses techniques permettent, à tous les patients, d'accéder à l'état d'hypnose, aussi bien des techniques de communication, que des techniques relationnelles et des suggestions indirectes.

Ce courant a par la suite donné naissance à de nombreux courants de psychothérapie moderne : thérapie familiale, thérapie brève (stratégique, systémique), programmation neurolinguistique.

.

L'hypnothérapie est plus utilisée pour les troubles psychiques, les addictions, mais elle peut s'appliquer dans le cadre de douleurs chroniques résistantes aux traitements antalgiques.

2. II La prescription d'antalgique :

En médecine générale, la prescription d'antalgique est chose courante. Le choix de l'antalgique est généralement fait selon le type de douleur et son intensité. L'initiation d'un traitement par opioïde est réalisée dans 59,1% des cas pour un palier 2 par le Médecin généraliste et 62,9% pour un palier 3.(8) En 2017, les prescripteurs d'opioïdes sont essentiellement des médecins généralistes (86,3% des opioïdes faibles et 88,7% des opioïdes forts). Les dentistes (2,8% et 0,3%), rhumatologues (2,2% et 1,7 %) chirurgiens orthopédistes (1,9% et 1,3%) complètent la statistique.

La consommation des antalgiques de paliers 1 est en constante augmentation depuis 2006. On observe une croissance passant de 54% en 2006 à 78% en 2017. (22)

Les paliers 2 et 3 ont augmenté quant à eux respectivement de 20% (8) pour les paliers 2 et 2% pour les paliers 3. On observe une nette augmentation de l'utilisation d'opioïdes forts et du Tramadol ces dernières années : de (45%) en 2006 à (68%) en 2017. (22)(8). Le Tramadol est l'opioïde le plus utilisé ces dernières années depuis le retrait du Di-Antalvic (Dextropropoxyphène/Paracétamol) en 2011.

3. III La prescription d'anxiolytique :

La France fait partie des pays européens qui utilisent le plus de psychotropes. Les anxiolytiques et les hypnotiques représentent les médicaments les plus consommés, 15 à 20% des Français en consomment régulièrement(5).

Comme pour les antalgiques, ce sont les médecins généralistes qui sont les principaux prescripteurs d'anxiolytiques. Les anxiolytiques sont le plus souvent prescrits pour des patients de plus de 65 ans dans le cadre de trouble du sommeil.

La sécurité sociale a intégré dans le système de ROSP (23)des objectifs visant, entre autre, à réduire la prescription d'anxiolytiques pour des motifs touchant tout à la fois la santé publique ainsi que la maîtrise des dépenses de santé.

METHODOLOGIE :

1. Méthode :

1.1. Population cible :

La population étudiée était composée de médecins généralistes exerçant en France et ayant eu ou non une formation à l'hypnose. Les critères d'exclusion étaient : « ne pas pratiquer la médecine générale, travailler hors de la France, ne pas être docteur en médecine ».

1.2. Recueil de données :

L'étude a été réalisée avec un questionnaire créé sur le logiciel Limesurvey et envoyé par mail en lien hypertexte. Ce mail a été adressé d'une part à une liste de médecins généralistes inscrit sur les annuaires d'instituts privés formant à l'hypnose (EMERGENCES, institut milton ericksonien, AEPH, AFEHM, hypnose thérapie brève.), d'autre part à une liste de médecins généralistes formés auprès des universités proposant une formation par DU du site Doctolib, des conseils de l'Ordre des différents départements et des facultés de médecine sur l'ensemble du territoire (maître de stage). Le questionnaire a été envoyé à 2400 médecins généralistes.

Le questionnaire a été lancé en juin 2020 (par envoi de mail), une relance (renvoi du mail) a été effectuée en juillet 2020.

Le recueil total des données a été fait en septembre 2020.

1.3. Le questionnaire :

Ce questionnaire se composait de trois parties :

- La première partie était faite de 7 questions dont l'objectif était de collecter les données descriptives de chaque médecin généraliste afin d'élaborer un profil.
- La seconde était composée de 5 questions en rapport avec la prescription antalgique.
- la troisième enfin s'intéressait à la prescription d'anxiolytique et était composée de 6 questions.

Ce questionnaire se voulait court, il contenait 18 questions afin qu'il y ait un maximum de réponses complètes.

Les résultats ont été collectés par mail grâce au logiciel. Le questionnaire était anonyme.

1.4. Analyses statistiques :

L'analyse des données récoltées grâce au logiciel Microsoft Excel a été faite à l'aide du logiciel BiostaTGV et du logiciel IBM SPSS.

L'échelle Likert a été utilisée, pour comparer des choix de prescription avec des valeurs qualitatives ordonnées. Pour simplifier l'analyse des données, l'échelle de Likert a été ajustée en deux réponses (oui et non).

Lorsque les réponses étaient (tout à fait d'accord et d'accord), on retenait alors une réponse positive (oui).

Pour la seconde réponse (non) on retenait les réponses : (pas d'accord et pas du tout d'accord).

Les valeurs quantitatives ont été comparées par le test de Fisher avec un risque alpha de 0,05 au vu de la petite taille de l'échantillon.

Pour les trois dernières questions concernant les ROSP sur les benzodiazépines les réponses ont été exprimées en fonction des objectifs cibles de 2018 et 2020 avec une légère modification afin de simplifier les analyses. Ainsi la question 16 a été exprimée selon un objectif supérieur à 10%, la question 17 de 25% et la dernière pour un objectif de 10 %. Si le pourcentage était supérieur à ces valeurs, il était considéré comme positif sinon la réponse était négative.

RESULTAT :

1. Nombre de participants :

Il y a eu 1134 réponses aux questionnaires, dont 890 incomplètes et 244 complètes.

Le taux de réponse était de 21%.

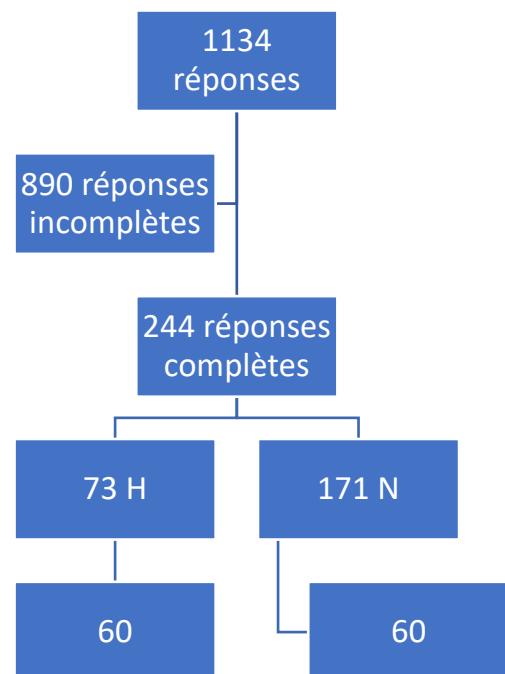


Figure 1: Composition des deux groupes.

Les réponses incomplètes n'ont pas été prises en compte dans l'analyse et ont donc été exclues.

Pour comparer les deux groupes, une randomisation simple a été faite par tirage au sort en attribuant un numéro à chaque questionnaire réparti en deux

groupes (médecin formé à l'hypnose (groupe 1) et ceux n'ayant aucune formation (groupe 2)). Il a été utilisé un logiciel simulant des tirages de numéro pour ensuite attribuer 60 questionnaires dans chaque catégorie afin de réaliser une analyse comparative.

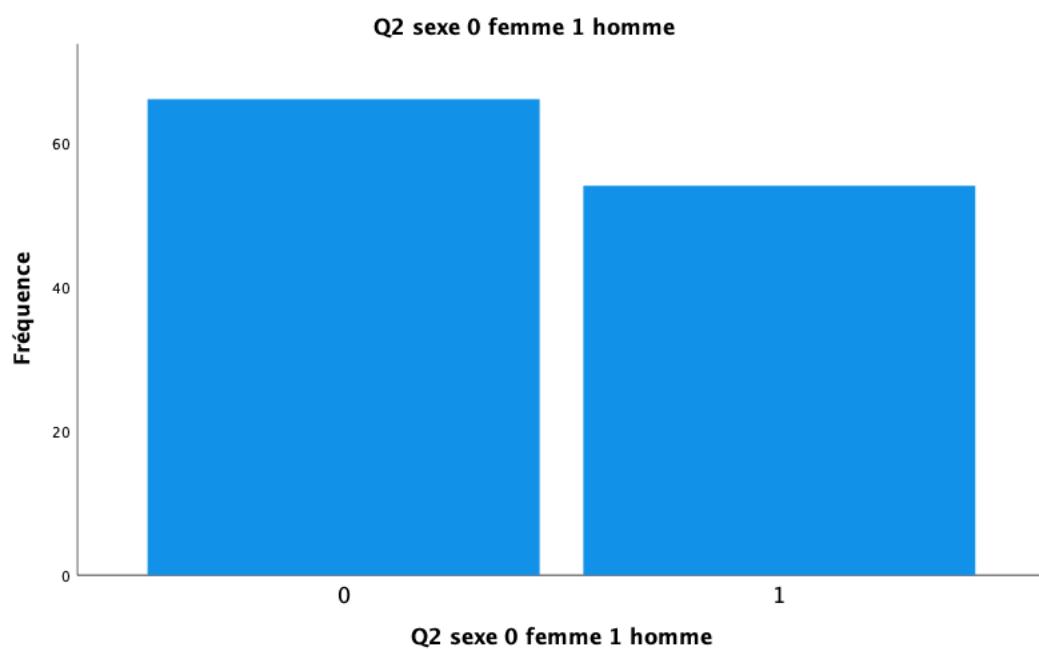


Figure 2: Répartition de l'échantillon selon le sexe.

	Formation hypnose	Aucune formation hypnose	Total
Femme	33	33	66
Homme	27	27	54
Total	60	60	120

Tableau 1: Répartition selon le sexe et la formation à l'hypnose.

La population de l'échantillon total comportait majoritairement des femmes (55%).

La répartition dans chaque groupe était la même avec une majorité de femmes (33 femmes) contre 27 hommes.

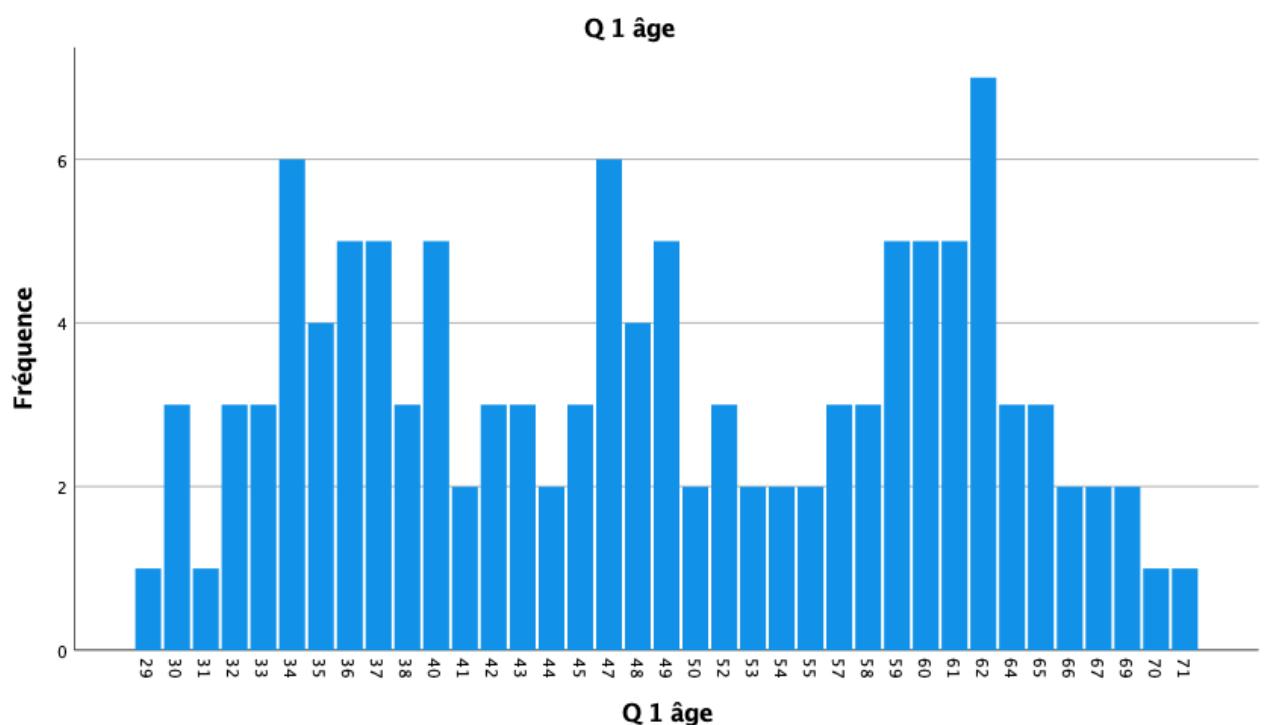


Figure 3:Diagramme en fonction de l'âge de l'échantillon.

La moyenne d'âge et la médiane de l'échantillon principal étaient de 48 ans.

On observait une symétrie des données avec une moyenne et une médiane d'âge similaire.

	Moyenne	Effectif	Ecart type
Formation Hypnose	50,48	60	11,944
Aucune formation Hypnose	46,82	60	11,352
Total	48,65	120	11,748

Tableau 2:moyenne d'âge des effectifs selon la formation à l'hypnose.

L'âge moyen du groupe ayant une formation à l'hypnose s'élevait à 50 ans contre 46 ans pour le groupe sans formation.

34 médecins exerçaient seuls soit 28% du panel (19 ont une formation à l'hypnose et 15 n'ont pas de formation), 36 en cabinet soit 30 % du panel (16 ont une formation à l'hypnose et 20 n'ont pas de formation), enfin la majorité travaillait en maison médicale soit 50 médecins qui correspond à 42% du panel (25 ont une formation à l'hypnose et 25 n'ont pas de formation).

46 médecins travaillaient en milieu urbain, dont 30 ont reçu une formation à l'hypnose et 16 sans aucune formation.

43 médecins travaillaient en milieu semi-urbain, dont 15 ont été formés à l'hypnose, 28 n'ont pas de formation). Enfin 31 médecins exerçaient en milieu rural (15 ont une formation à l'hypnose 16 n'ont aucune formation).

On retrouvait 95 médecins (45 ont été formés à l'hypnose et 50 n'ont pas de formation) ayant seulement une activité libérale soit environ 79% et 25 médecins (15 ont été formés à l'hypnose et 10 n'ont pas de formation) ayant une activité mixte soit environ 25%.

	Formation à l'Hypnose	Aucune formation à l'hypnose	Total
Activité libérale seule	45	50	95
Activité mixte	15	10	25
Total	60	60	120

Tableau 3:Activité professionnelle selon formation à l'hypnose.

Concernant la formation à l'hypnose, la majorité des formations étaient des réalisées par des instituts privés. Car 35 médecins sur les 60 avaient suivi une de ses formations, 15 avaient suivi une formation par DU, 18 par FMC et 19 lors de séminaires ou congrès.

2. La prescription d'antalgique :

Afin de comparer les habitudes de prescription d'antalgique entre les 2 groupes de médecins, il a été réalisé une comparaison en utilisant un test de Fisher bilatéral pour les questions de 8 à 12.

2.1. L'utilisation des antalgiques de palier 1

		Formation hypnose	Aucune formation hypnose	P value
Question 9 : La prescription d'antalgique de palier 1 chez un patient qui vous le demande lors de son renouvellement habituel vous paraît adaptée ?	D'accord	17	16	1
	Pas D'accord	43	44	
Question 10 : Les antalgiques de palier 1 sont le traitement de première intention de l'arthrose ?	D'accord	11	6	0,295
	Pas D'accord	49	54	
Question 12: Après avoir réalisé un vaccin hexavalent chez un nourrisson de 2 mois vous prescrivez du PARACETAMOL.	D'accord	32	18	0,016
	Pas D'accord	28	42	

Tableau 4: Comparaison utilisation antalgique 1 selon formation hypnose.

Les deux groupes semblaient avoir les mêmes habitudes de prescription concernant les antalgiques de palier 1. Hormis pour la question 12, où l'on observait une différence. Une majorité des médecins du groupe 2 (70%) ne prescrivaient pas de PARACETAMOL après une vaccination d'un nourrisson. Pour le groupe 1 les réponses paraissaient homogènes pour 54% des médecins qui prescrivent du PARACETAMOL et 46% qui n'en prescrivaient pas.

2.2. L'utilisation des antalgiques de palier 2 et 3

		Formation hypnose	Aucune formation hypnose	P value
Question 8 : La prescription d'antalgique de palier 2 (type TRAMADOL ou PARACETAMOL codéiné) dans l'entorse bénigne de cheville en systématique est adaptée ?	D'accord	4	14	0,019
	Pas D'accord	56	46	
Question 11 : La prescription d'antalgique de palier 2 et 3 dans le cadre de la lombalgie chronique est adaptée ?	D'accord	16	40	0,001
	Pas D'accord	44	20	

Tableau 5: Comparaison utilisation antalgique 2 et 3 selon formation hypnose.

Les médecins formés à l'hypnose semblaient plus réticents à prescrire des antalgiques de palier 2. On observait que 93% des médecins ayant une formation à l'hypnose ne prescrivaient pas d'antalgique de palier 2 pour une entorse bénigne contre 76% pour ceux n'ayant pas de formation. Une majorité des médecins formés à l'hypnose (73%) ne semblaient pas prescrire d'antalgique de palier 2 et 3 dans le cadre de lombalgie chronique, alors que le deuxième groupe de médecin (67%) était enclin à prescrire des opioïdes dans ce contexte.

3. La prescription d'anxiolytique :

3.1. Trouble du sommeil et prescription :

		Formation hypnose	Aucune formation hypnose	P value
Question 13 : Seriez-vous enclin à prescrire en première intention des anxiolytiques ou hypnotiques pour un patient venant vous voir une première fois pour insomnie ?	D'accord	57	53	0,322
	Pas D'accord	3	7	
	D'accord	33	20	0,262
Question 14 : Les benzodiazépines sont le traitement de dernière intention pour des troubles du sommeil ?	Pas D'accord	27	40	

Tableau 6: Comparaison utilisation des prescriptions pour trouble du sommeil selon formation

hypnose.

Les médecins n'ayant pas de formation à l'hypnose semblaient plus enclins à prescrire une benzodiazépine pour un patient ayant un trouble du sommeil. On observait pour la question 14, qu'une majorité (67%) des médecins non formés ne considéraient pas les Benzodiazépines comme un traitement de dernière intention pour les troubles du sommeil. Les deux groupes semblaient s'accorder concernant la prescription d'anxiolytique en première intention chez un patient demandeur. On retrouvait pour la question 13 une majorité de 95% pour le groupe 1 et 89% pour le groupe 2 prescrivant un anxiolytique dans ce contexte.

Cependant, il n'y avait pas de valeur de p significative pour les deux questions 13 et 14.

3.2. Anxiolytique et dépression :

		Formation hypnose	Aucune formation hypnose	P value
Question 15 : Lors de l'introduction d'un traitement anti dépresseur pour un patient ayant un épisode dépressif caractérisé, l'ajout de benzodiazépines vous paraît nécessaire ?	D'accord	33	43	0,005
	Pas D'accord	27	17	

Tableau 7:Comparaison utilisation d'anxiolytique avec antidépresseur selon formation hypnose

Les médecins formés à l'hypnose semblaient moins prescrire d'anxiolytique en complément d'une introduction d'un antidépresseur. Une majorité (72%) des médecins du groupe 2 prescrivaient une benzodiazépine lors de l'introduction d'un traitement antidépresseur, par rapport aux médecins du groupe 1 (55%).

3.3. Quantification prescription d'anxiolytique :

Il a été décidé d'utiliser les ROSP afin d'avoir des valeurs objectives sur la prescription des anxiolytiques. Le pourcentage a ensuite été exprimé selon des objectifs cibles des ROSP de 2020 et 2018. Il a donc été retenu un objectif de 10% pour la question 16, 25% pour la question 17 et 10% pour la question 18.

3.4. Prescription hors recommandation :

		Formation hypnose	Aucune formation hypnose	P value
Question 16 : Quel est votre pourcentage de patients de plus de 75 ans ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytique) ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques?	Inférieur à 10%	52	41	0,028
	Supérieur à 10%	8	19	

Tableau 8:Prescription d'anxiolytique hors recommandation selon formation hypnose

On observait à la question 16, que le nombre de médecins dont le pourcentage de patients ayant au moins 2 psychotropes était plus important dans le groupe 2 (32%) que le groupe 1 (13%).

3.5. Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines

		Formation hypnose	Aucune formation hypnose	P value
Question 17 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines hypnotique et dont la durée est supérieure à 4 semaines ?	Inférieur 25%	55	44	0,015
	Supérieur 25%	5	16	
Question 18 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines anxiolytiques et dont la durée est supérieure à 12 semaines ?	Inférieur 10%	31	23	0,199
	Supérieur 10%	29	37	

Tableau 9: Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines selon formation hypnose

Les médecins du groupe 2 semblaient prescrire plus d'anxiolytique à leurs patients.

Pour la question 17, on retrouvait plus de médecins du groupe 2 avec (27%) contre (8%) du groupe 1 qui avait plus de 25% de leurs patients qui avaient un anxiolytique plus de 4 semaines. A la question 18, il y avait plus de médecins dans le groupe 2 (61%) qui avaient des patients dont la durée du traitement par benzodiazépines était supérieure à 12 contre (48%) dans le groupe 1, mais il n'y avait pas de différence significative.

4. Comparaison selon les valeurs intrinsèques des médecins :

4.1. Selon le sexe (F/M) :

Concernant la prescription d'antalgique de palier 1, les habitudes selon les sexes semblaient similaires. On observait une différence concernant la prescription d'opioïdes dans le cadre de lombalgie chronique. En effet les femmes étaient plus favorables à prescrire des opioïdes (59%) contre 46% pour les hommes dans ces conditions. Les habitudes de prescription d'anxiolytique dans le cadre du sommeil semblaient similaires.

4.2. Selon âge

Les individus ont été répartis en deux groupes (supérieur à 48 ans ou non).

		Age <48 ans	Age >48 ans	P value
Question 9 : La prescription d'antalgique de palier 1 chez un patient qui vous le demande lors de son renouvellement habituel vous paraît adaptée ?	D'accord	13	20	0,22
	Pas D'accord	47	40	
Question 10 : Les antalgiques de palier 1 sont le traitement de première intention de l'arthrose ?	D'accord	8	9	1
	Pas D'accord	52	51	
Question 12: Après avoir réalisé un vaccin hexavalent chez un nourrisson de 2 mois vous prescrivez du PARACETAMOL.	D'accord	37	33	0,57
	Pas D'accord	23	27	

Tableau 10: Comparaison utilisation antalgique 1 selon âge.

Les habitudes de prescriptions des questions 9,10 ,12 concernant les antalgiques de palier 1 semblaient similaire selon les deux groupes ; cependant aucun résultat n'est significatif.

En revanche pour les paliers 2 et 3 les médecins jeunes semblaient plus enclins à prescrire des opioïdes par rapport à l'autre groupe. A la question 11, on retrouvait 58% des jeunes médecins qui prescrivent des opioïdes pour une lombalgie chronique contre 48% chez les médecins plus âgés.

		Age <48 ans	Age >48 ans	P value
Question 17 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines hypnotique et dont la durée est supérieure à 4 semaines ?	Inférieur 25%	48	51	0,63
	Supérieur 25%	12	9	
Question 18 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines anxiolytiques et dont la durée est supérieure à 12 semaines ?	Inférieur 10%	24	30	0,36
	Supérieur 10%	36	30	

Tableau 11: Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines selon âge.

L'utilisation des anxiolytiques semblait être la même entre les deux groupes. Concernant la quantification de la prescription des anxiolytiques, les médecins les plus jeunes semblaient avoir plus de patients sous anxiolytique au long court. On retrouvait un pourcentage de 20% contre 15 % pour les médecins plus âgés de patient ayant un anxiolytique prescrit plus de 4 semaines et 60% contre 50% pour une prescription au-delà de 12 semaines.

4.3. Selon lieu de travail

Pour faciliter les analyses, il a été considéré comme urbain les réponses (urbain et semi-urbain).

L'utilisation des paliers 1 semblait similaire entre les deux groupes. On observait une utilisation d'opioïdes plus importante dans le cadre de lombalgie chronique dans le groupe de médecins urbain (59%) contre 35%.

		Urbain	Rural	P value
Question 17 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines hypnotique et dont la durée est supérieure à 4 semaines ?	Inférieur 25%	74	25	0,78
	Supérieur 25%	15	6	
Question 18 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines anxiolytiques et dont la durée est supérieure à 12 semaines ?	Inférieur 10%	41	13	0,83
	Supérieur 10%	48	18	

Tableau 12: Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines selon lieu de travail

Les prescriptions d'anxiolytiques semblaient similaires entre les deux groupes pour les questions 17 et 18. Il y avait 16% et 17% des médecins des groupes 1 et 2 qui avaient un pourcentage de patients supérieur au seuil pour la question 17 et 53 et 58% pour la question 18.

DISCUSSION :

1. Les résultats :

Les deux groupes de l'étude comprenaient une majorité de femmes, puisque l'échantillon total comprenait 55% de femmes. La moyenne d'âge du groupe de médecin formé à l'hypnose était plus élevée 50 ans contre 46 ans

pour l'autre groupe. La majorité des médecins ne travaillait pas seule (72%) et avait seulement une activité libérale (79%). La formation à l'hypnose qui prédominait était celle réalisée par les instituts privés et représentait 58% des formations. Concernant les habitudes de prescriptions, selon la formation ou non à l'hypnose du praticien. On retrouvait pour les antalgiques de palier I des habitudes similaires hormis pour l'utilisation du PARACETAMOL après la réalisation d'un vaccin chez un nourrisson. Le groupe n'ayant pas de formation à l'hypnose semblait plus disposé à ne pas prescrire de PARACETAMOL dans ce contexte. Pour l'utilisation des antalgiques de palier II et III, on notait une différence concernant l'utilisation de ses paliers dans le cadre de lombalgie chronique et entorse bénigne. Les médecins n'ayant pas de formation à l'hypnose semblaient plus enclins à prescrire des opioïdes chez un patient ayant une lombalgie chronique. Concernant la prescription d'anxiolytiques, les deux groupes semblaient avoir les mêmes habitudes de prescriptions d'anxiolytiques dans le cadre de trouble de sommeil, mais elles différaient dans le cadre de la dépression, puisque le groupe de médecins formés à l'hypnose était moins enclin à prescrire dans ce contexte. Du point de vue quantitatif, concernant la prescription d'anxiolytiques et hypnotiques. Les médecins ayant une formation à l'hypnose avaient un pourcentage inférieur de patient ayant une benzodiazépine pour une durée supérieure à 4 semaines ou 12 semaines. Ils semblaient aussi avoir moins de patients sous 2 psychotropes hors ALD. Les comparaisons selon les valeurs intrinsèques telles que l'âge, le sexe ou le lieu de travail ne semblaient pas liées aux habitudes de prescriptions des médecins. Aucune valeur de p n'était significative pour ses différentes comparaisons et les résultats selon les deux groupes étaient similaires.

2. Les forces:

Cette étude est l'une des premières à évaluer l'impact de l'hypnose médicale sur la prescription d'antalgique et d'anxiolytique chez les médecins généralistes. La plupart des thèses recherchant le lien entre hypnose et antalgique ou anxiolytique évaluent l'effet de celle -ci sur les patients. L'étude a essayé d'être représentative en ciblant l'ensemble des médecins généralistes français ayant une formation à l'hypnose. Aucune zone géographique n'a été ciblée et le questionnaire a été envoyé aux différentes listes communiquées par les facultés de médecine et différents instituts privés d'hypnose de France.

3. Prescription

Un lien entre hypnose médicale et prescription d'antalgiques et d'anxiolytiques semble exister.

Les médecins ayant une formation à l'hypnose médicale semblent moins prescrire d'anxiolytique et antalgique. Hormis l'âge, leurs caractéristiques intrinsèques ne semblent pas être liées à leurs prescriptions. Il semblerait que les médecins plus jeunes soient plus enclins à prescrire des opioïdes selon la question 12 et auraient plus de patients sous anxiolytiques selon les questions 16 et 17 basées sur les ROSP.

Cela peut s'expliquer du fait que la moyenne d'âge du groupe des médecins ayant une formation à l'hypnose est plus élevée que celle de l'autre groupe.

Les données quantitatives liées au ROSP semblent indiquer que les médecins

ayant une formation à l'hypnose médicale prescrivent moins d'anxiolytiques que leurs collègues. Ces résultats sont similaires aux travaux du Dr Aurélien Jacquot résumé dans son recueil : « Les représentations de l'hypnose médicale chez les médecins généralistes formés ou non à cette pratique. », qui retrouvaient une diminution des prescriptions d'anxiolytique chez les médecins généralistes formés à l'hypnose médicale.

Une autre étude corroborait ces résultats, la thèse du Dr Julie Geofrion : « l'influence de l'hypnose Ericksonienne sur la consommation de benzodiazépine ...» (24) montrait une diminution de la consommation des benzodiazépines liée à la pratique de l'hypnose Ericksonienne.

L'hypnose médicale solution pour réduire la consommation d'antalgique et anxiolytique ?

Des ROSP concernant les traitements hypnotiques et benzodiazépines ont été introduits pour diminuer leurs prescriptions et les effets délétères qu'ils entraînent au long court surtout chez les personnes âgées. (25)

Selon les données des ROSP notre étude suggère que les médecins généralistes formés à l'hypnose prescrivent moins d'hypnotiques et anxiolytiques que ceux n'ayant aucune formation.

Cette réduction de prescription pourrait être bénéfique pour leurs patients en diminuant l'accoutumance, l'addiction. Cela pourrait amener à envisager d'autres thérapeutiques dans le cadre de trouble du sommeil ou trouble anxieux puisque les médecins formés à l'hypnose semblent moins enclins à prescrire une benzodiazépine dans ce contexte.

Dans notre étude, les médecins formés à l'hypnose semblent plus réticents à prescrire des opioïdes que leurs homologues dans certaines situations, cependant ces résultats ne sont pas basés sur des données quantitatives.

Ces réductions de prescription peuvent s'expliquer par la formation à l'hypnose médicale des praticiens. Cette formation semble leur apporter une autre approche d'ensemble du patient. La prescription médicamenteuse ne leur semble pas être la solution adéquate pour des troubles que rencontrent leurs patients comme les troubles du sommeil. Certaines formations réalisées par diplôme universitaire ont des cours sur la pratique de l'hypnose dans le cadre de douleur chronique, trouble psychosomatique et troubles anxieux. (1)(26)

Une diminution de prescription d'anxiolytique et une tendance à moins prescrire d'opioïdes comme suggéré dans notre étude permettraient de diminuer les coûts de dépense de santé dans ce secteur.

En effet, la hausse de la consommation des opioïdes et anxiolytiques ces dernières années a engendré une augmentation des intoxications et hospitalisations liée à leurs consommations.(27) On observe une augmentation des décès liés à la consommation d'opioïdes de 2000 à 2015 atteignant en 2015, un chiffre d'au moins 4 décès par semaine. Enfin sur cette même période, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès rapporte une augmentation des décès liée à un surdosage non intentionnel d'antalgique opioïde qui aurait triplé de 2000 à 2015 et qui représenterait 8,5% à 15% de la totalité des overdoses mortelles.(8)

Afin de limiter les risques liés à la prise de ces médicaments, une restriction de la prescription et de l'accès aux opioïdes a été durcie ces dernières années par l'Etat. Le 12 juillet 2017, la ministre de la Santé Agnès Buzyn, a inscrit par l'intermédiaire d'un arrêté la codéine et d'autres dérivés de l'opium sur la liste des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance.

Le 15 avril 2020, l'ANSM a réduit la durée de prescription du Tramadol. Celle-ci est dorénavant de 3 mois maximum contre 12 mois auparavant et ne peut être renouvelée.

Ces mesures ont permis de diminuer la consommation de ces médicaments (22). L'ANSM encourage les praticiens à proposer des solutions non médicamenteuses dans le cadre de trouble du sommeil (28).

L'utilisation de l'hypnose médicale comme pratique pourrait être un atout pour le médecin généraliste en influant sur ses habitudes de prescription.

4. Hypnose médicale et étude médicale.

L'hypnose médicale est actuellement une pratique médicale non reconnue. Néanmoins certaines facultés de médecine proposent un DU. Celui-ci permet d'acquérir de nouvelles compétences en fin de cursus. L'hypnose semble avoir plusieurs effets bénéfiques pour le patient comme pour le praticien. Pour le patient elle peut permettre de réduire l'anxiété ou la douleur. (29)(30) Pour le praticien, elle peut lui permettre d'avoir une autre vision face aux douleurs d'un patient ou de son anxiété influant sur sa prescription ou ses choix médicaux.

Cela semble élargir ses possibilités de thérapeutique. L'hypnose pourrait être intégrée à la formation de 1^{er} cycle ou deuxième cycle afin d'amener un autre regard dans le cadre de douleurs chroniques ou de troubles anxieux. Cela pourrait permettre aux futurs médecins de se questionner en amont sur la nécessité ou non d'initier un traitement par antalgique ou anxiolytique. Le frein à son intégration dans le cursus médical peut s'expliquer par sa non-reconnaissance institutionnelle comme pratique médicale qui peut nuire à sa légitimité, car aucun contrôle n'est effectué sur le contenu de sa formation. Il faudrait pour cela développer la recherche clinique sur l'hypnose pour soutenir sa validation.

5. Les limites :

Les limites de ce travail sont dues au faible échantillon et son questionnaire court, il est difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes, mais cela semble donner une certaine tendance. Cela s'explique aussi par la difficulté de retrouver des médecins ayant eu une formation à l'hypnose médicale, car il n'existe aucun annuaire officiel les recensant et au faible nombre de médecins généralistes exerçant l'hypnose médicale qui seraient environ 2% des médecins généralistes soit environ 2000.(31) Malgré tout, l'échantillon semble représentatif de la population nationale de médecine générale (32). Les questions concernant les antalgiques ne reposent pas sur des données quantitatives, mais sur les choix des médecins généralistes qui peuvent être différents de leurs réelles prescriptions.

Dans cette étude il a été décidé de retenir plusieurs formations à l'hypnose devant le faible échantillonnage. Ces formations peuvent être différentes entre elles selon la durée et le contenu, les rendant possiblement incomparables entre elles.

L'inflation du risque alpha n'a pas été prise en considération, ce qui peut conduire à des erreurs sur certains résultats.

Les biais de cette étude sont un biais de sélection et un biais déclaratif. En envoyant les questionnaires, les médecins ayant répondu étaient probablement ceux qui étaient les plus intéressés par le sujet.

6. Comparaison avec les données scientifiques :

Nous n'avons recensé qu'une seule étude scientifique s'intéressant à l'impact de l'hypnose médicale sur la prescription du médecin généraliste. (33) Cette étude réalisée en France publiée en 2020 utilise comme pour notre étude les données des ROSP. Elle compare les données de 52 médecins généralistes formés à l'hypnose par DU ou par institut français de l'hypnose avec des médecins généralistes sans formations. Les auteurs ne retrouvent pas de différences significatives entre les deux groupes, mais suggèrent qu'au vu de la faible puissance de l'échantillon de réaliser une étude avec une puissance plus forte afin de montrer une différence.

CONCLUSION :

Notre recherche a permis d'évoquer un lien entre formation à l'hypnose médicale et la prescription d'antalgiques et anxiolytiques. Il semblerait que les médecins généralistes ayant une formation à l'hypnose médicale prescrivent moins d'anxiolytiques à leurs patients. La prescription antalgique semble aussi être diminuée si le praticien a bénéficié d'une formation à l'hypnose, mais elle ne repose pas sur des données quantitatives.

Ce travail suggère qu'une formation à l'hypnose médicale pour un médecin généraliste peut être un gain dans sa pratique en diminuant sa prescription d'antalgiques ou anxiolytiques, étant donné qu'ils sont les premiers prescripteurs de ces deux classes de médicaments.

Afin d'évaluer de manière quantitative l'impact d'une formation médicale sur la prescription d'antalgique et anxiolytique, il faudrait réaliser une étude avec un très grand échantillon et de pouvoir comparer un grand nombre de données quantitatives telles que celles des ROSP entre 2 groupes de médecins généralistes : ayant une formation à l'hypnose médicale ou non.

BIBLIOGRAPHIE

1. Diplôme d'Université Hypnose et prise en charge de la douleur [Internet]. Service Formation Continue de l'Université de Strasbourg. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: https://sfc.unistra.fr/formations/professions-de-la-sante_-_anesthesiologie-reanimation_-_diplome-duniversite-hypnose-et-prise-en-charge-de-la-douleur_-_1340/
2. du hypnose clinique - Université de Lille - Université de Lille [Internet]. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-MDUYP216.html>
3. Hypnose : une reconnaissance en attente [Internet]. egora.fr. 2018 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-medicales/mep-homeopathie-angiologie-acupuncture/40307-hypnose-une-reconnaissance-en-attente>
4. Rizzo RRN, Medeiros FC, Pires LG, Pimenta RM, McAuley JH, Jensen MP, et al. Hypnosis Enhances the Effects of Pain Education in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Off J Am Pain Soc.* 2018;19(10):1103.e1-1103.e9.
5. ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES EN FRANCE. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf
6. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. :52.
7. Schaaff C. La surconsommation de médicaments psychotropes en France: analyse de la situation, de ses causes et de ses conséquences. :166.
8. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. :52.
9. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. *Kinésithérapie Rev.* 1 juin 2015;15(162):14-9.
10. Origines et histoire de l'hypnose | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1779012315000844?token=DA01090622E7787F27D4DB55F3BAB414D29484E72778D8C0530E4C0667610254A4A5E17AB932FB3B5A2099F950B5527C>
11. Histoire de l'hypnose | Psynapse Institut [Internet]. Psynapse. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.psynapse.fr/histoire-hypnose/>
12. Histoire de l'hypnose. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Histoire_de_l%27hypnose&oldid=163321231

13. Bioy A. Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. *Perspect Psy.* 2008;Vol. 47(2):171-84.
14. OMS | Lancement par l'OMS de la première stratégie mondiale pour les médecines traditionnelles ou parallèles [Internet]. WHO. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release38/fr/>
15. CCAM en ligne - Prise en charge détaillée [Internet]. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/prise-en-charge-acte.php?code=ANRP001&date_effet=&activite=0&phase=0
16. Agency UP-S-Z. Hypnose clinique et thérapeutique [Internet]. Faculté de médecine du Kremlin-Bicêtre. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: http://www.medecine.u-psud.fr/fr/formations/formation_continue/diplomes_universite/hypnose-clinique.html
17. Emergences - Institut de Formation et de Recherche en Hypnose et Communication Thérapeutique [Internet]. Emergences. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.hypnoses.com/>
18. Formation en hypnose à distance - Devenir hypnothérapeute agréé AHF | Ecole-hypnose-francophone.fr [Internet]. École d'Hypnose Francophone. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ecole-hypnose-francophone.fr/>
19. Hypnoanalgésie, musique, et massage comme moyens analgésiques chez l'enfant – Pediadol [Internet]. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://pediadol.org/hypnoanalgesie-musique-et-massage-comme-moyens-analgesiques-chez-l-enfant/>
20. Masson E. Pratiquer l'hypnose pour la coloscopie [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1120842/pratiquer-l-hypnose-pour-la-coloscopie>
21. Coloscopie sous hypnose : on embarque ? | Actualité HCL [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/fr/coloscopie-sous-hypnose-embarque>
22. Actualité - TRAMADOL: une mesure pour limiter le mésusage en France - ANSM [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/tramadol-une-mesure-pour-limiter-le-mesusage-en-france>
23. Rosp médecin traitant de l'adulte [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
24. Influence de l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées chez des patients en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor [Internet]. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-9101&printable=true>
25. Ollé E. La prescription des benzodiazépines et molécules assimilées chez le sujet âgé en EHPAD: enquête de pratique en EHPAD de Haute Normandie. :99.

26. Diplôme universitaire d'hypnose médicale Paris VI [Internet]. AFEHM. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.hypnose-medicale.com/formation/diplome-universitaire-dhypnose-medicale/>
27. SPF. Les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006 [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: /notices/les-intoxications-signalees-aux-centres-antipoison-francais-en-2006
28. Principes actifs nécessitant une attention particulière du public - ANSM [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/reference/principes-actifs-necessitant-une-attention-particuliere-du-public>
29. 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.
30. Fisch S, Trivaković-Thiel S, Roll S, Keller T, Binting S, Cree M, et al. Group hypnosis for stress reduction and improved stress coping: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement Med Ther.* 13 nov 2020;20(1):344.
31. Jacquot A. Les représentations de l'hypnose médicale chez les médecins généralistes formés ou non à cette pratique. :137.
32. Chiffres clés : Médecin généraliste [Internet]. Profil Médecin. 2020 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
33. Légereau L, Bonnard M, Tétart J, Barbaroux A. Training in medical hypnosis and prolonged use of benzodiazepines: The French national health insurance data. *Therapies* [Internet]. 19 nov 2020 [cité 4 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595720301979>

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Composition des deux groupes.	19
Figure 2:Répartition de l'échantillon selon le sexe.	20
Figure 3:Diagramme en fonction de l'âge de l'échantillon.	21

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:Répartition selon le sexe et la formation à l'hypnose.....	20
Tableau 2:moyenne d'âge des effectifs selon la formation à l'hypnose.	22
Tableau 3:Activité professionnelle selon formation à l'hypnose.....	23
Tableau 4:Comparaison utilisation antalgique 1 selon formation hypnose.	24
Tableau 5:Comparaison utilisation antalgique 2 et 3 selon formation hypnose.....	25
Tableau 6:Comparaison utilisation des prescriptions pour trouble du sommeil selon formation hypnose.....	26
Tableau 7:Comparaison utilisation d'anxiolytique avec antidépresseur selon formation hypnose	27
Tableau 8:Prescription d'anxiolytique hors recommandation selon formation hypnose	28
Tableau 9:Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines selon formation hypnose	29
Tableau 10:Comparaison utilisation antalgique 1 selon âge.	30
Tableau 11:Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines selon âge.	31
Tableau 12:Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines selon lieu de travail.....	32

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION :	1
1. I L'hypnose médicale :	4
1.1. Début jusqu'à aujourd'hui :	4
1.1.1. L'hypnose et l'irrationnel :	4
1.1.2. Hypnose reconnue comme une pratique :	5
1.1.3. Entrée de l'hypnose dans le domaine médical :	6
1.1.4. De nos jours :	8
1.1.5. Champs et domaines d'application (Douleur, Addiction, sédation chirurgie, souffrance psy) :	11
2. II La prescription d'antalgique :	13
3. III La prescription d'anxiolytique :	14
METHODOLOGIE :	16
1. Méthode :	16
1.1. Population cible :	16
1.2. Recueil de données :	16
1.3. Le questionnaire :	17
1.4. Analyses statistiques :	17
RESULTAT :	18
1. Nombre de participants :	18
2. La prescription d'antalgique :	23
2.1. L'utilisation des antalgiques de palier 1	24
2.2. L'utilisation des antalgiques de palier 2 et 3.....	25
3. La prescription d'anxiolytique :	25
3.1. Trouble du sommeil et prescription :	26
3.2. Anxiolytique et dépression :	27
3.3. Quantification prescription d'anxiolytique :	27
3.4. Prescription hors recommandation :	28
3.5. Quantification des prescriptions hypnotiques et benzodiazépines	29
4. Comparaison selon les valeurs intrinsèques des médecins :	29
4.1. Selon le sexe (F/M) :	30
4.2. Selon âge	30
4.3. Selon lieu de travail.....	31
DISCUSSION :	32
1. Les résultats :	32
2. Les forces:	34
3. Prescription	34
4. Hypnose médicale et étude médicale.	37
5. Les limites :	38
6. Comparaison avec les données scientifiques :	39
CONCLUSION :	39
BIBLIOGRAPHIE	41

LISTE DES FIGURES	44
LISTE DES TABLEAUX	45
TABLE DES MATIERES	46
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire :

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

Question 2 : Quel est votre sexe ?

Masculin – Féminin

Question 3 : Dans quel milieu exercez-vous ?

Urbain- Semi.urbain- Rural

Question 4 : Vous exercez ?

Seul- En collaboration- En maison médicale

Question 5 : Votre activité ?

Seulement du libéral- mixte

Question 6 : Vous exercez depuis quand ?

Question 7 : Avez-vous une formation à l'hypnose médicale ?

Instituts privé- FMC- Diplômes universitaire- Séminaires et conférences - Aucunes

Antalgique :

Question 8 : La prescription d'antalgique de palier 2 (type TRAMADOL ou PARACETAMOL codéiné) dans l'entorse bénigne de cheville en systématique est adaptée ?

Question 9 : La prescription d'antalgique de palier 1 chez un patient qui vous le demande lors de son renouvellement habituel vous paraît adaptée ?

Question 10 : Les antalgiques de palier 1 sont le traitement de première intention de l'arthrose ?

Question 11 : La prescription d'antalgique de palier 2 et 3 dans le cadre de la lombalgie chronique est adaptée ?

Question 12: Après avoir réalisé un vaccin hexavalent chez un nourrisson de 2 mois vous prescrivez du PARACETAMOL.

Anxiolytique :

Question 13 : Seriez-vous enclin à prescrire en première intention des anxiolytiques ou hypnotiques pour un patient venant vous voir une première fois pour insomnie ?

Question 14 : Les benzodiazépines sont le traitement de dernière intention pour des troubles du sommeil ?

Question 15 : Lors de l'introduction d'un traitement anti dépresseur pour un patient ayant un épisode dépressif caractérisé, l'ajout de benzodiazépines vous paraît nécessaire ?

Question 16 : Quel est votre pourcentage de patients de plus de 75 ans ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytique) ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques ?

Question 17 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines hypnotique et dont la durée est supérieure à 4 semaines ?

Question 18 : Quel est votre pourcentage de patients ayant un traitement par benzodiazépines anxiolytiques et dont la durée est supérieure à 12 semaines ?

Annexe2

Questions	Formation Hypnose	Aucune formation Hypnose	P Value
Q8 : d'accord	4	14	0,019
Q8 : pas d'accord	56	46	
Q9 : d'accord	17	16	1
Q9: pas d'accord	43	44	
Q10:d'accord	11	6	0,295

Q10: pas d'accord	49	54	
Q11:d'accord	16	40	0,001
Q11: pas d'accord	44	20	
Q12:d'accord	32	18	0,016
Q12: pas d'accord	28	42	
Q13:d'accord	57	53	0,322
Q13: pas d'accord	3	7	
Q14:d'accord	33	20	0,262
Q14: pas d'accord	27	40	
Q15:d'accord	33	43	0,005
Q15: pas d'accord	27	17	
Q16:inf	52	41	0,028
Q16 :sup	8	19	
Q17:inf	55	44	0,015
Q17:sup	5	16	
Q18:inf	31	23	0,199
Q18:sup	29	37	

Tableau : Comparaison entre les 2 groupes (**formation hypnoses, aucune formation**)

Questions	Femme	Homme	P Value
Q8 : d'accord	55	47	0,67
Q8 : pas d'accord	11	7	
Q9 : d'accord	18	15	1
Q9: pas d'accord	48	39	
Q10:d'accord	8	9	0,60
Q10: pas d'accord	58	45	
Q11:d'accord	39	25	0,20
Q11: pas d'accord	27	29	
Q12:d'accord	35	35	0,26
Q12: pas d'accord	31	19	
Q13:d'accord	62	48	0,34
Q13: pas d'accord	4	6	
Q14:d'accord	26	21	1
Q14: pas d'accord	40	33	

Q15:d'accord	28	22	
Q15: pas d'accord	38	32	1
Q16:inf	52	41	0,827
Q16 :sup	14	13	
Q17:inf	55	44	0,813
Q17:sup	11	10	
Q18:inf	29	25	0,855
Q18:sup	37	29	

Tableau : comparaison selon sexe

Questions	Age <48 ans	Age >48 ans	P Value
Q8 : d'accord	53	49	0,44
Q8 : pas d'accord	7	11	
Q9 : d'accord	13	20	0,22
Q9: pas d'accord	47	40	
Q10:d'accord	8	9	1
Q10: pas d'accord	52	51	
Q11:d'accord	35	29	0,36

Q11: pas d'accord	25	31	
Q12:d'accord	37	33	0,57
Q12: pas d'accord	23	27	
Q13:d'accord	54	56	0,74
Q13: pas d'accord	6	4	
Q14:d'accord	26	21	0,45
Q14: pas d'accord	34	39	
Q15:d'accord	25	25	1
Q15: pas d'accord	35	35	
Q16:inf	45	48	0,62
Q16 :sup	15	12	
Q17:inf	48	51	0,63
Q17:sup	12	9	
Q18:inf	24	30	0,36
Q18:sup	36	30	

Tableau : Comparaison selon l'âge des médecins

Questions	Urbain	Rural	P Value

Q8 : d'accord	76	26	
Q8 : pas d'accord	13	5	0,78
Q9 : d'accord	25	8	
Q9: pas d'accord	64	23	1
Q10:d'accord	15	2	
Q10: pas d'accord	74	29	0,23
Q11:d'accord	53	11	
Q11: pas d'accord	36	20	0,023
Q12:d'accord	49	21	
Q12: pas d'accord	40	10	0,30
Q13:d'accord	80	30	
Q13: pas d'accord	9	1	0,45
Q14:d'accord	36	11	
Q14: pas d'accord	53	20	0,67
Q15:d'accord	41	9	0,14

Q15: pas d'accord	48	22	
Q16:inf	69	24	1
Q16 :sup	20	7	
Q17:inf	74	25	0,78
Q17:sup	15	6	
Q18:inf	41	13	0,83
Q18:sup	48	18	

Tableau : Comparaison selon le lieu de travail des médecins.

ABSTRACT

RÉSUMÉ

HYPNOSE MEDICALE ET INFLUENCE SUR LA PRATIQUE DE LA MEDICALE GENERALE

FAGBEMI David

Introduction :

Les médecins généralistes ont la possibilité de suivre des formations à l'hypnose médicale par l'intermédiaire de DU ou d'instituts privés. L'hypnose médicale peut être proposée dans le cadre de douleur chronique, aigue ou d'anxiété. Par cette étude, nous avons cherché à mettre en évidence un lien entre une formation à l'hypnose médicale et la prescription d'antalgiques et d'anxiolytiques.

Sujets et Méthodes :

Pour rechercher l'existence d'un lien entre prescription d'anxiolytiques, d'antalgiques et la formation à l'hypnose médicale de médecins généralistes, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive. Les habitudes de prescriptions d'anxiolytiques et d'antalgiques des médecins généralistes formés à l'hypnose ont été comparées à un groupe de médecins généralistes n'ayant pas de formation à l'hypnose médicale.

Résultats :

Selon les ROSP les médecins ayant une formation médicale à l'hypnose prescrivent moins d'anxiolytiques à leurs patients que leurs collègues n'ayant pas de formation à l'hypnose. Les habitudes de prescriptions d'antalgiques semblent être différentes selon les deux groupes.

Conclusion :

Il semble exister un lien entre formations à l'hypnose médicale chez les médecins généralistes et prescriptions d'anxiolytiques et antalgiques.

Mots-clés : ROSP, formation à l'hypnose, prescriptions d'anxiolytiques et antalgiques

MEDICAL HYPNOSIS AND INFLUENCE ON GENERAL MEDICAL PRACTICE

Introduction:

General practitioners have the option of following training in medical hypnosis through DU or private institutes. Medical hypnosis can be offered for chronic pain, acute pain, or anxiety. Through this study, we sought to demonstrate a link between training in medical hypnosis and the prescription of analgesics and anxiolytics.

Subjects and Methods:

To find the existence of a link between the prescription of anxiolytics, analgesics and the training in medical hypnosis of general practitioners, we carried out a descriptive quantitative study. The prescribing habits of anxiolytics and analgesics among general practitioners trained in hypnosis were compared to a group of general practitioners without training in medical hypnosis.

Results:

According to the ROSP, physicians with medical training in hypnosis prescribe less anxiolytics to their patients than their colleagues without training in hypnosis. The prescription pain medication habits appear to be different in the two groups.

Conclusion:

There seems to be a link between training in medical hypnosis among general practitioners and prescriptions for anxiolytics and painkillers.

Keywords : ROSP, hypnosis training, anxiolytic and analgesic prescriptions