

**UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ**

ANNÉE : 2022

N° : 282

**THÈSE**  
**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : GRANDE Isabelle Annie

Date et lieu de naissance : Saint-Etienne, le 18 mai 1994

**INFLUENCE D'UNE FORMATION A L'HYPNOSE**  
**SUR LA PRESCRIPTION EN MEDECINE GENERALE**

Président de la thèse : Pr BERNA Fabrice, Professeur en Psychiatrie

Directeur de thèse : Dr LORENZO Mathieu, Maître de Conférence Universitaire

**UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ**

ANNÉE : 2022

N° : 282

**THÈSE**  
**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : GRANDE Isabelle Annie

Date et lieu de naissance : Saint-Etienne, le 18 mai 1994

**INFLUENCE D'UNE FORMATION A L'HYPNOSE**  
**SUR LA PRESCRIPTION EN MEDECINE GENERALE**

Président de la thèse : Pr BERNA Fabrice, Professeur en Psychiatrie

Directeur de thèse : Dr LORENZO Mathieu, Maître de Conférence Universitaire



- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Premier Vice Doyen de la Faculté** : M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :**
  - (1983-1989)** : M. MANTZ Jean-Marie
  - (1989-1994)** : M. VINCENDON Guy
  - (1994-2001)** : M. GERLINGER Pierre
  - (2001-2011)** : M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général : M. GALY Michaël**

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAIS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradiologie Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

## B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

## B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Niels	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire  
 Pr Ass. GRIES Jean-Luc  
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. GUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HOLLANDER David  
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP</li> </ul>
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
  - ROUL Gérard (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

## Légende des adresses :

**FA**C : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**ICANS** - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## Serment d'Hippocrate

*« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».*

## Remerciements

Merci aux membres du jury :

Au **Dr Fabrice BERNA** pour avoir accepté de présider ma thèse.

Au **Dr Mathieu Lorenzo** pour m'avoir proposé avec enthousiasme de diriger ce projet dès que je lui en ai parlé, mais aussi pour son soutien en tant que tuteur durant ces trois années d'internat. J'ai hâte de continuer à travailler avec toi dans cette nouvelle aventure que sera l'assistantat.

Au **Dr Thérèse Ngono Atah**, pour sa bienveillance et son dynamisme en tant que référente des internes. Tu ne t'es pas arrêtée à m'apprendre des connaissances médicales, merci d'avoir accepté sans hésitation de siéger dans mon jury.

Merci également à toutes les personnes ayant permis la réalisation de cette thèse :

Aux participants, merci d'avoir pris de leur temps pour répondre à mon questionnaire.

A **Maxime Bonjour**, à **Paul Bonjean** et à **François SEVERAC** pour leurs conseils avisés en matière de statistiques.

Au **Dr Jean-Marc Benhaïem**, ainsi qu'à tous les professeurs du DU d'Hypnose Médicale de la Pitié-Salpêtrière, pour m'avoir fait découvrir l'hypnose. Il me reste toute la vie pour approfondir !

Merci également aux Drs Nolf et Quillet, pour leur rôle de tuteurs, et à tous les maîtres de stage universitaire qui m'ont accompagné durant mon internat, en particulier les Drs Sanselme, Luttenbacher, Freuchet, Ruillier, Mandache, Stiffi, Garnier et Burkhalter.

Merci à **mon Mimi** ... Impossible d'exprimer tout ce que je ressens pour toi en quelques lignes. J'admire ton acharnement au travail et ton souci de la précision... Tu m'aides chaque jour à devenir la meilleure version de moi-même en étant mon modèle, en me donnant ton soutien sans faille et inconditionnel, et en me montrant comment repousser mes limites. Merci d'être toi tout simplement, et à nos futurs projets.

Merci à **ma famille**,

A mon papou et son humour ravageur pour m'avoir poussé à aller de l'avant,

A ma maman et sa bienveillance naturelle pour m'avoir soutenue,

A Ania, sache que je suis fière de toi,

A Emile, continu de nous étonner comme tu sais si bien le faire,

A Karolina et sa gentillesse, merci pour ton accueil,

Aux Lardon (et aux petits lardons).

A la fine équipe, Gamelle, Bernie et Clém, ma deuxième famille, mes compagnonnes de voyages et de soirées sans fin, merci d'être toujours dans le coin,

Aux coupines, Pouline, Marie, Julie, et Clém, mes amies de toujours, et aux belles choses qui vous arrivent et aux épreuves qui vous rendent plus fortes,

A mes co-internes, compagnons de stage, de tutorat ou de fête, Mohammed, Anne, Célia, Pierre-Luc, Pierre, Anne, Laura, Lucie, Paul, Sarah, Éric, Meryl, Théo, Camille, Ethel, Etienne et Raphaël.



## Table des matières

Liste des professeurs et maître de conférences de la faculté de médecine.....	3
Serment d’Hippocrate.....	14
Remerciements .....	15
Abréviations : .....	20
Introduction .....	21
I. Histoire de l’hypnose.....	22
II. Qu’est-ce que l’hypnose ?.....	23
III. La recherche en hypnose.....	26
IV. Les représentations de l’hypnose.....	29
V. La formation à l’hypnose des médecins généralistes.....	31
VI. Les apports de l’hypnose en médecine générale .....	33
1) L’hypnose, un outil de communication favorisant la relation.....	33
2) L’hypnose, partenaire de l’autonomisation du patient.....	34
3) Un outil complémentaire pour le généraliste dans de multiples indications .....	35
4) L’hypnose, l’alliée du médecin généraliste .....	37
VII. L’hypnose en pratique en médecine générale .....	38
VIII. Les limites de l’hypnose en médecine générale.....	39
IX. La prescription en médecine générale .....	42
X. Les psychotropes .....	43
XI. Les benzodiazépines.....	45

XII. Qu'est-ce que la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique et le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription ? .....	47
1) La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique .....	47
2) Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription .....	48
XIII. Pourquoi cette étude ? .....	48
Méthodologie .....	50
I. Population étudiée : .....	50
II. Recrutement .....	50
III. Recueil des données : .....	51
IV. Le questionnaire .....	51
V. Analyse .....	52
Résultats .....	54
I. Réponses au questionnaire .....	54
II. Données démographiques de l'échantillon .....	55
III. Formation à l'hypnose .....	57
IV. Organisation pratique .....	58
V. Indications .....	59
VI. Indicateurs RIAP et ROSP .....	61
1) Activité des participants .....	61
2) Données du quatrième trimestre de 2021 .....	62
3) Données de 2020 .....	63
4) Données de 2019 .....	64

5) Données de 2018.....	66
6) Données de 2017.....	67
Discussion.....	69
I. Comparaison avec les données de la littérature .....	69
II. Forces et faiblesses.....	72
Conclusion.....	74
Annexe : .....	75
Bibliographie .....	77

Abréviations :

ALD	Affection Longue Durée
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DMN	Default Mode Network ou mode par défaut
DU	Diplôme Universitaire
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EEG	Électroencéphalogramme
EMG	Electromyogramme
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de confiance
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SNIR	Système National Inter Régime
TEP	Tomographie par Émission de Positons

## Introduction

Au cours de mon externat, j'ai eu l'occasion d'assister à une opération chirurgicale de gynécologie sous hypnose. Je n'ai jamais beaucoup apprécié les stages de chirurgie et le bloc opératoire mais cette fois-là, l'ambiance calme, la coordination de l'équipe et l'attention portée à la patiente m'ont fait vivre quelque chose de nouveau et d'inattendu.

Je n'ai par la suite pas eu de nouvelles expériences d'hypnose formelle. Au cours de mon internat, je me suis rappelée cette expérience et j'ai commencé à m'intéresser à cette technique. Je me suis rapidement rendu compte que de nombreux médecins que j'ai rencontrés au cours de mes études pratiquaient une forme d'hypnose conversationnelle, parfois sans le savoir. Les possibilités d'application en médecine générale m'ont aussi motivée à me former moi-même, et j'ai intégré le Diplôme Universitaire (DU) d'hypnose médicale de l'université de la Sorbonne en 2021.

Cependant, je me suis rendu compte au cours de mes recherches que relativement peu d'études avaient été menées sur l'utilisation de l'hypnothérapie en médecine générale. En particulier, alors que la réduction de traitements médicamenteux grâce à l'hypnose a été mise en évidence dans plusieurs études, notamment dans le champ de l'anesthésie (1), ce même type d'étude est quasiment absent en médecine générale.

J'ai donc décidé d'élaborer une étude s'intéressant à l'influence d'une formation à l'hypnose sur la prescription en médecine générale, et plus particulièrement sur la prescription de psychotropes. Au travers de cette thèse, il sera abordé les fondamentaux de l'hypnose, sa place et son rôle en médecine générale, un état des lieux sur la prescription des psychotropes ainsi que les enjeux de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP). Puis seront décrits la réalisation et les résultats de mes travaux de recherche, dont l'objectif est d'une part faire un état des lieux sur les caractéristiques des médecins formés à l'hypnose et d'autre part de comparer les prescriptions des médecins généralistes formés à l'hypnose au reste des médecins généralistes.

## I. Histoire de l'hypnose

Il est difficile de définir l'hypnose sans revenir au préalable sur son histoire. L'état hypnotique est un état naturel, connu et utilisé dans différentes cultures, à différentes périodes, parfois sous d'autres noms, comme celui de « transe » (2-5).

C'est au XVIIIe siècle que Franz Anton Mesmer, médecin allemand, présente sa théorie du magnétisme animal (2,6). Bien que cette théorie repose sur la pensée magique de l'existence d'un fluide animal, dont la perturbation provoquerait des maladies, Mesmer a pu soigner diverses douleurs, notamment lors d'interventions chirurgicales, à une époque où l'anesthésie était inexistante (2,6). Les soins de Mesmer entraînaient un état second chez ses patients, qualifié de « somnambulisme provoqué » par Chastenet de Puységur puis de « sommeil lucide » par Custodio De Faria au début du XIXe siècle (2,6). Puységur sera le premier à utiliser ce « somnambulisme » pour permettre au patient d'accéder à ses ressources internes (2). Dans ses travaux, il insistera sur l'importance des croyances du magnétiseur et du patient dans la guérison (6). De son côté, Faria apprend à ses disciples comment provoquer cet état de « sommeil lucide » à travers des techniques d'induction et de suggestion et contestera l'existence du fluide animal (6).

Ces travaux ont inspiré le concept d'hypnose, du grec « Hypnos », le dieu du sommeil, au médecin écossais James Braid qui démocratise le terme en 1843 (5,6). Braid a une approche plus neurologique et avance que l'hypnose est secondaire à une inhibition nerveuse résultant d'une concentration focalisée ; il travaillera également sur le rôle de l'hypnothérapeute et son influence sur le sujet hypnotisé (6). Le terme « hypnose » fait son entrée dans le dictionnaire médical en 1882, actant sa reconnaissance dans le monde médical (6). A la même époque, deux courants coexistent en France : à Paris, le Dr Charcot, professeur de neurologie de la Salpêtrière, conclut que l'hypnose est un état pathologique, correspondant à une hystérie artificielle (2,6). Il comptera parmi ses élèves un certain Sigmund Freud (6). Dans le même temps, à l'école de Nancy, les Drs Liébaux et Bernheim défendent au contraire que l'hypnose est un phénomène psychologique normal qui peut être induit via des suggestions et entraînant un état qui renforce la suggestibilité naturelle, dans la lignée des travaux de

Faria et Braid (6). Ils insisteront sur les propriétés thérapeutiques de l'hypnose ainsi que l'importance de la relation entre le patient et son thérapeute (6). C'est cette dernière approche qui sera retenue, avant que l'hypnose ne soit mise à l'écart pendant un siècle (6).

L'hypnose connaît un regain d'intérêt dans les années 1950 dans les pays anglo-saxons, notamment avec Milton H. Erickson (6). Considéré comme le père de l'hypnothérapie moderne, il développe une forme d'hypnose à qui il donnera son nom, l'hypnose ericksonienne. Il considère l'hypnose comme un état naturel, que nous expérimentons lorsque nous sommes absorbés par nos souvenirs, pouvant être renforcé par la communication entre patient et thérapeute (5,6). Pour Erickson, l'inconscient est un réservoir de connaissances, et l'hypnose permet d'y accéder (7). La relation entre hypnothérapeute et hypnotisée devient centrale, et il en découle un respect du libre-arbitre du patient, la valorisation de ses ressources internes et de son autonomie, notamment via l'autohypnose (6). Dans le même temps, Léon Chertok, psychanalyste, et Didier Michaux, docteur en psychologie, réintroduisent l'intérêt et la pratique de l'hypnose en France (6). L'hypnose contemporaine est considérée comme une thérapie brève et un moyen de communication thérapeutique (6). Son objectif est de permettre au patient de puiser dans ses propres ressources pour trouver la solution à ses problèmes et d'opérer un changement avec l'hypnothérapeute comme guide (6). Afin de gagner en efficacité, le praticien doit s'adapter au mieux au patient, à son histoire, à ses modes de fonctionnement, et créer avec lui une relation de confiance (6). Cette approche place le patient au centre de sa guérison, et lui permet de devenir actif pour atteindre ce but (6).

## II. Qu'est-ce que l'hypnose ?

La définition de l'hypnose est difficile et varie selon les sources. Le mot même « hypnose » désigne à la fois la procédure et l'état qui en découle, le processus qui a lieu lors de cet état psychique ainsi que la relation thérapeutique (6,8).

Le Larousse définit l'hypnose comme un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion », venant étymologiquement du grec ancien « Hypnoûn » qui

signifie s'endormir (9). De son côté, l'American Psychological Association définit l'hypnose comme une procédure ou un état induit par cette procédure, dans lequel la suggestion est utilisée pour susciter des changements de sensation, perception, cognition, émotion ou contrôle sur le comportement moteur (8). Les sujets sont plus ou moins susceptibles à ces suggestions et ont un comportement différent par rapport à l'état de réveil habituel (8).

Le rapport de 2015 de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) liste plusieurs types d'hypnoses : l'hypnoanalgésie, à visée antalgique, l'hypnosédation, utilisée en anesthésie en association avec les traitements chimiques ou seule, et l'hypnothérapie, qui est l'utilisation des vertus psychothérapeutiques de l'hypnose, dont fait partie l'hypnose ericksonienne (4).

L'hypnose contemporaine, de conception ericksonienne peut être définie comme un moyen de communication thérapeutique qui exploite les capacités naturelles de l'individu à se dissocier de la réalité extérieure et à se centrer sur son monde intérieur (6).

Plusieurs auteurs estiment que nous nous mettons spontanément dans l'état naturel qu'est l'hypnose au quotidien, par exemple lorsque nous faisons un trajet connu et que nous nous retrouvons à destination sans nous rappeler du trajet en lui-même, ou bien lorsque nous sommes absorbés par une lecture et que nous ne voyons pas le temps passer (5,6,10). Cet état, qui n'est ni l'état de veille que nous connaissons, ni le sommeil, ni même un entre-deux, est nommé la « veille paradoxale » par François Roustang (en opposition au sommeil paradoxal) (3) ; c'est un état de veille particulier, ou état de conscience modifiée, avec ses caractéristiques. Il présente plusieurs composantes (qui peuvent varier selon les sources) les principales étant :

- L'absorption, une concentration et attention totales, sans distractibilité, sur ce qu'on est en train de faire (5,11) (dans le cas de l'hypnose, il s'agit d'une expérience imaginative et/ou perceptive (11)) ;



- Une sensation de détente mentale, attestée par l'activité de différents locus cérébraux en neuroimagerie (5) ;
- La dissociation, séparation mentale des éléments de cette expériences qui sont habituellement traités ensemble par le cerveau (5,11) ;
- Une diminution du jugement et de la censure (5) permettant de réaliser les suggestions proposées par l'hypnothérapeute, même si elle peuvent paraître absurdes
- Une modification du rapport à l'espace et au temps, ainsi que du schéma corporel (5)
- Une automatisation des réponses aux suggestions, avec une impression pour le patient de ne pas avoir de contrôle conscient (5,6,11)

L'hypnothérapie est l'utilisation de l'état hypnotique à des fins thérapeutiques. La communication et la relation singulière entre l'hypnothérapeute et son patient sont centraux dans le processus d'hypnothérapie (5). Elles permettent d'avoir accès aux ressources internes du patient pour parvenir aux objectifs du patient et du thérapeute (5,7). Ces objectifs sont rarement une guérison, mais plutôt un meilleur vécu des symptômes par le patient, via un changement de sa perception de son environnement (5,12). Afin d'atteindre l'état hypnotique, une séance d'hypnose commence généralement par une phase d'entretien, propre à créer une alliance thérapeutique et à définir l'objectif du patient, suivie par une phase d'induction, où l'hypnothérapeute invite le patient à se détendre, à se relâcher (6). C'est pendant cette phase que le champ d'attention du patient va se modifier, devenant plus attentif à ses représentations mentales et moins réactif aux stimuli externes (6). Le passage par un état de confusion permet de rentrer dans la transe à proprement parler (12). Ainsi focalisé sur son monde intérieur, le travail thérapeutique peut se faire, guidé par les suggestions de l'hypnothérapeute qui sont acceptées sans le filtre du jugement (6). Les signes de transe sont variables en fonction de l'intensité et des patients (6). Parmi eux on retrouve la suspension des mouvements volontaires des muscles (catalepsie), avec une immobilité, un relâchement des muscles faciaux, une diminution de la fréquence respiratoire, du pouls et de la tension artérielle, une augmentation des temps de latence et un retard du réflexe de déglutition (6). Également, en transe,

on retrouve des mouvements oculaires latéraux lents non reproductibles à l'état d'éveil (6). Enfin, la séance se finit par une phase de réassociation qui permet un retour à un état de conscience normal (6).

Il est possible de prolonger les bienfaits de la séance par l'apprentissage au patient de l'autohypnose (13). Bien que cette technique offre moins de possibilité que l'hypnose, où la relation avec l'hypnothérapeute est essentielle, elle permet de rendre le patient autonome dans sa prise en charge (13).

### III. La recherche en hypnose

Afin d'attester de la réalité de l'état hypnotique et de comprendre celui-ci, plusieurs études se sont intéressées au comportement cérébral lors d'une transe hypnotique.

Du point de vue de l'activité cérébrale, les sujets hautement hypnotisables ont souvent des résultats très différents des sujets faiblement hypnotisables (14–16). Par exemple, en situation d'hypnose, les sujets hautement hypnotisables ont une activité cérébrale qui prédomine sur le cerveau droit, alors que les sujets faiblement hypnotisables voient leur activité cérébrale prédominer sur le cerveau gauche après enregistrement par électroencéphalogramme (EEG) (14).

L'EEG retrouve des différences entre le tracé d'une personne sous hypnose et celui d'une personne endormie, comme l'absence de complexes d'ondes kappa chez le patient hypnotisé (17). Il diffère également de celui d'une personne éveillée : les ondes alpha habituellement retrouvées sont remplacées par des ondes thêta, plus lentes (17). L'augmentation de l'activité thêta en hypnose serait en lien avec l'augmentation des processus d'attention (11). Lors de l'état hypnotique, l'EEG retrouve également une diminution des potentiels évoqués cognitifs du cortex frontal (11,14). Cette diminution d'activité entraîne une diminution du sens critique, donc une baisse de critique du discours de l'hypnothérapeute (14). A l'inverse, on retrouve une activation des lobes occipitaux, avec une prédominance droite, facilitant l'imagination et l'écoute des émotions (14). Ces modifications ne se

retrouvent pas chez les patients ayant une séance de relaxation, permettant d'affirmer que l'hypnose est un état différent de la relaxation (14).

Durant l'état hypnotique, l'électromyogramme (EMG) montre une baisse du tonus musculaire et l'oculogramme retrouve des mouvements oculaires latéraux lents, ne pouvant être simulés à l'état de veille (6,17).

A la tomographie par émission de positons (TEP), lors de l'état hypnotique, tout comme lors de la mémorisation d'un souvenir, on retrouve une activation de la zone antérieure des lobes temporaux, de la base du cerveau antérieur et de certaines zones mésiotemporale gauche (17). Cependant, la comparaison s'arrête ici, puisque on retrouve également dans le cerveau à l'état hypnotique une activation des cortex occipitaux, pariétaux, précentraux, préfrontaux et cingulaire, traduisant l'activation des aires motrices et sensitives, absente lors de la simple mémorisation (17). L'activation des cortex pré centraux et pré moteurs est comparable à ce que l'on retrouve en imagerie motrice (17). Ainsi, lors de l'état hypnotique, les mêmes aires cérébrales que lors d'un stimulus sensitif ou d'une action motrice sont activées, comme si le cerveau « revivait » le moment induit par l'hypnose, sans qu'il y ait réellement de stimuli, ni qu'une action motrice soit effectuée (17). De la même manière, les aires visuelles s'activent avec une prédominance du lobe gauche lors de suggestions visuelles, montrant que le cerveau réagit comme s'il voyait réellement ce qui est suggéré (18). Lors de l'état hypnotique, on retrouve une désactivation du precuneus, ce qui est retrouvé également lorsque le patient effectue des tâches de discrimination (17). On suppose que le precuneus est impliqué dans la perception de notre environnement, sa désactivation serait ainsi en lien avec une diminution de réponse aux stimuli extérieurs (19). On constate également sous hypnose une activation du complexe cingulaire antérieur, qui permet l'inhibition de stimuli non importants lors d'une tâche demandant de la concentration (6,20). Il en résulte une diminution du contrôle exécutif et du traitement de l'information, et également une absence de réaction aux stimuli extérieurs (6). Le fonctionnement cérébral des patients en état hypnotique diffère donc de la simple remémoration d'un souvenir, d'un état de sommeil profond ou paradoxal, ainsi que des patients schizophrènes ayant des hallucinations

(17). Ces observations permettent d'assimiler l'hypnose à un état de sommeil apparent (absence de mouvement et de réaction à l'environnement extérieur) mais avec une activité cérébrale intense (6).

Sur le plan anatomique, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) retrouve un corps calleux plus important chez les sujets très sensibles à l'hypnose (11). Cette structure est impliquée dans la répartition de l'attention (11). L'IRM fonctionnelle retrouve également des différences entre le cerveau à l'état hypnotique et à l'état de sommeil ou de rappel d'un souvenir (11,16). Le réseau responsable de la conscience de soi est appelé Default Mode Network (DMN) ou mode par défaut en français (11). En IRM fonctionnelle, on observe une modification de ce réseau lors de l'état hypnotique, ces modifications diffèrent selon les études mais vont globalement dans le sens d'une diminution d'activité (11). Les réseaux de vigilance et de surveillance du contexte sont déconnectés du DMN et présentent également une diminution de leur activité (16). Il existe une synchronisation des réseaux impliqués dans la surveillance somatique et la planification de tâches (16). Il en résulte une diminution de l'attention tournée vers l'environnement extérieur, au profit des stimuli internes, bien que la conscience de soi soit diminuée (16).

Les différentes études s'appuyant sur l'imagerie cérébrale retrouvent des modifications de la représentation de soi sous hypnose, due à une augmentation de la relaxation (5,6,20). En effet, lors d'une relaxation mentale, il existe une baisse d'activité des zones cérébrales associée à la régulation de la conscience et à la représentation du corps (6). Ceci associé à l'activation du cortex cingulaire antérieur (qui limite les stimuli extérieurs) et à une focalisation (se traduisant par une activation des aires cérébrales impliquée dans la concentration) permet d'expliquer la sensation de dissociation du patient sous hypnose (6). Cette sensation de ne pas être l'initiateur de ses actions sous hypnose est également expliqué par une activation des aires pariétales lors d'un mouvement sous hypnose (6). Les aires pariétales sont désactivées lors d'un mouvement volontaire et actif alors qu'elles s'activent lors d'un mouvement involontaire et passif (6). La région pariétale intervient dans la perception de la position du corps, la correction des mouvements et l'imagerie spatiale (6). Il en résulte que le patient est actif dans ses réponses aux suggestions, sans pour autant en avoir conscience (6). L'état hypnotique

engage des processus de détente mentale en même temps que d'activation de processus attentionnels (6).

Du fait d'une faible reproductibilité de certains résultats au travers de ces nombreuses études, il persiste encore de nombreuses questions sur le fonctionnement cérébral lors de l'état hypnotique (19).

#### IV. Les représentations de l'hypnose

L'hypnose fait partie des médecines dites « traditionnelles », « alternatives » ou « douces » (4,21). L'académie nationale de médecine lui préfère le terme de « thérapie complémentaire » et pour l'Ordre des médecins, le terme « Médecine Alternative et Complémentaire » ou MAC est utilisé (22,23)

Dans la formation à la médecine occidentale, l'hypnose a peu de place. C'est ainsi que dans la thèse de Weyne M. (2019) sur la représentation de l'hypnose, peu d'internes sont informés à ce sujet et la plupart considèrent avoir des connaissances profanes (24). La thèse de médecine générale de Jacquot A. publiée en 2016 retrouve que les médecins non formés n'ont pas connaissance des preuves scientifiques de l'hypnose (21). La thèse de Desmars C. de 2011, qui étudie les médecins formés à l'hypnose, montre qu'ils avaient également peu de connaissances sur cette technique avant formation (25). Dans plusieurs études qualitatives sur la représentation de l'hypnose chez les professionnels de santé, elle est même encore considérée comme une pratique « exotique », voire magique (24,26).

Cette vision change pour les médecins généralistes après une formation à l'hypnose : ils la voient comme un outil de communication, un outil adapté à la pratique en médecine générale, qui permet une approche globale du patient (26).

Ce manque de connaissances sur l'hypnose médicale se retrouve dans la thèse de Bosc A., étudiant le point de vue de 9 patients n'ayant jamais eu de recours à l'hypnose : ceux-ci ont une représentation d'hypnose du spectacle, qui donne une image négative, manipulatrice, de l'hypnose (27). Il en découle une peur de prise de contrôle par « l'hypnotiseur » (27). Pour ces patients, l'efficacité de l'hypnose est reliée à une notion de croyance mystique, excluant les preuves

scientifiques de son efficacité, dont ils ignorent l'existence (27). Il ressort également que les patients interrogés voient l'hypnose comme un traitement des problèmes uniquement psychologiques, ne pouvant rien pour les problèmes physiques (27). Il en résultait pour les patients interrogés que l'hypnose ne pouvait pas être pratiquée par un médecin généraliste, celui-ci étant vu comme un somaticien pur, et utilisant des méthodes éprouvées scientifiquement (27).

Cette méconnaissance associée à une vision magique de l'hypnose par les patients est ressentie par les médecins généralistes pratiquant l'hypnothérapie (25,28). En réponse à cela, certains médecins mettent à disposition des articles scientifiques dans leur salle d'attente (25). La première consultation d'hypnose est également un moment propice à l'éducation du patient (25).

Concernant l'image de l'hypnose dans les institutions, l'hypnose n'est pas réglementée par le code de la santé publique (23). Du côté de la sécurité sociale, il existe une cotation pour l'hypnose dans la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) depuis 2005, mais seulement à visée antalgique (ANRP001) avec une base de remboursement de 80% sur un montant de 0€ (4,29,30). L'Ordre des médecins ne reconnaît pas officiellement l'hypnose parmi les médecines alternatives et complémentaires (contrairement à l'homéopathie) (22).

Cependant, les recommandations évoluent et l'INSERM s'est intéressée dans un rapport de 2015 à l'efficacité de la pratique de l'hypnose (4). Elle conclut que l'hypnose a « un intérêt thérapeutique potentiel » dans les colopathies fonctionnelles et en anesthésie peropératoire (4). Le rapport de l'INSERM retrouve également une efficacité de l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), technique dérivée de l'hypnose, dans le syndrome du stress post-traumatique chez l'adulte (4). Cependant, elle souligne que les schémas actuels d'études quantitatives ne permettent pas de rendre compte de tous les bénéfices de l'hypnose : certaines données subjectives comme l'impact émotionnel de la douleur sont difficilement quantifiables (4). Ainsi, l'apport des études qualitatives pour étudier cet aspect subjectif reste important (4). Un rapport de l'Académie Nationale de Médecine de 2013 considère que les études sur l'hypnose manquent de puissance pour conclure, mais semblent prometteuses dans différents domaines comme les douleurs, le sevrage tabagique ou la colite

ulcéreuse (23). L'Académie Nationale de Médecine retient comme indications principales la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et la gestion des effets indésirables liés aux chimiothérapies, tout en soulignant elle aussi la nécessité de conduire de nouvelles études (23). En 2015, la totalité des CHU français déclarait utiliser l'hypnose dans la prise en charge de la douleur, et les deux tiers avaient recours à l'hypnosédation au bloc opératoire (31).

## V. La formation à l'hypnose des médecins généralistes

En médecine générale, l'apprentissage de l'hypnose se fait soit lors d'une démarche personnelle, soit au cours d'un stage où l'hypnose est pratiquée (24,25). Il n'y a pratiquement pas de formations proposées dans le cursus de médecine générale (24,25).

Il n'existe pas de réglementation concernant la formation à l'hypnose et les DU ne sont pas reconnus par l'Ordre des Médecins (4). Le statut d'hypnothérapeute n'est donc pas encadré par un cadre légal et n'importe qui peut s'en réclamer quelques soient ses qualifications (4,22). Seules les formations sur l'EMDR sont uniformisées et contrôlées au niveau national et européen (4). Plusieurs praticiens souhaitent une réglementation de la formation à l'hypnose afin que seuls les professionnels de santé puissent y avoir accès (32).

Il existe plusieurs facteurs motivant les médecins généralistes à se former :

- L'insatisfaction quant à la formation universitaire, avec l'impression de ne pas avoir appris à considérer le patient dans sa globalité (25) ;
- La recherche d'un autre mode de communication avec les patients (25), compétence centrale pour le métier de médecin généraliste (présente dans la fleur des compétences (33)). Les internes en médecine générale trouvent qu'il existe un manque de formation sur la communication au cours de leurs études (24) ;
- La volonté d'une meilleure prise en charge psychologique des patients en médecine générale (soit par la volonté propre d'une prise en charge par le médecin généraliste, soit par un manque d'accès aux psychologues / psychiatres)(21) ;

- Le désir de maîtrise des propriétés analgésiques de l'hypnose (25) ;
- En découle de ces deux précédentes motivations le souhait de proposer une alternative aux médicaments (pour éviter leur recours ou parce que ceux-ci ont échoué) notamment pour les patients anxieux ou le sevrage tabagique (25,26) ;
- Un besoin de relaxation (26).

Chez les médecins s'étant formés à l'hypnose, on retrouve également dans les motivations la curiosité et l'existence de retours positifs de la part de collègues et de patients (25,26). Enfin c'est une formation qui intéresse également par son côté « alternatif », « non conventionnel » (26).

Il existe différentes manières de se former à l'hypnose : via des instituts de formation, la lecture de livres ou revues spécialisées (25). Les praticiens font souvent plusieurs formations à l'hypnose complémentaires (25). Il existe aujourd'hui plusieurs diplômes universitaires proposés par la Sorbonne université, l'université Claude Bernard à Lyon ou l'université de Strasbourg. De nombreux organismes privés proposent également des formations : Institut Français d'Hypnose, Institut Français d'Hypnose Humaniste et Ericksonienne, Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale... Il s'agit souvent d'une formation qui se poursuit tout au long de la carrière (25). Les médecins soulignent l'importance de continuer à échanger avec des confrères qui ont la même pratique (25).

Il est rapporté que la pratique professionnelle (médicale ou paramédicale) change après une formation à l'hypnose, et ce même si les personnes formées ne proposent pas de séances d'hypnose formelle (25). Ceci s'explique par une amélioration de la relation médecin-patient et une modification de la communication (25).

Souvent les médecins formés ont d'autres pratiques spécifiques en dehors de l'hypnose (40 % selon une étude quantitative descriptive) (29). On retrouve des formations portant sur l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture ... (25).

Les médecins formés considèrent qu'il serait bénéfique d'intégrer une initiation à l'hypnose dans le cursus médical, pour que cette technique soit connue et pour diminuer les a priori dans le corps



médical et connaître ses indications (25). Ils considèrent également que la formation en tant que telle doit venir d'une démarche personnelle (25).

## VI. Les apports de l'hypnose en médecine générale

Les médecins généralistes formés via la Société Française de Médecine Générale considèrent l'hypnose comme une technique simple à utiliser et efficace (26). Elle est vue comme un outil parmi d'autres que peut posséder le médecin généraliste (24,29,34). La plupart des médecins formés regrette de ne pas avoir fait cette formation plus tôt (26). La pratique de l'hypnose a l'avantage de pouvoir être mise en place très tôt après la formation, certains médecins commencent même à pratiquer pendant la formation (25). L'hypnose peut être utilisée chez tous les patients du médecin généraliste, les enfants comme les personnes âgées (34).

### 1) L'hypnose, un outil de communication favorisant la relation

Plusieurs études qualitatives rapportent que l'hypnose est un outil de communication qui améliore la relation médecin-malade (21,24–26,29). L'hypnose permet de développer le « savoir être » du médecin généraliste, et plus particulièrement sa capacité à communiquer (29). Les médecins formés utilisent pour la plupart quotidiennement l'hypnose conversationnelle, même ceux ne proposant pas d'hypnose formelle (25,26,29). Les échanges et l'examen clinique en sont facilités (25), il est rapporté en particulier une amélioration de la communication avec les enfants, avec une réduction des pleurs en consultation (25). L'amélioration de la communication est également utile pour la négociation d'un traitement (26).

Une formation à l'hypnose incite le médecin à s'adapter davantage à chaque patient, c'est un outil personnalisé, qui permet une meilleure compréhension du patient (26,29).

Cet outil de communication permet également d'avoir des conversations plus calmes, et les médecins formés disent mieux écouter le patient (26,29). Cet avantage de l'hypnose est d'autant plus important quand on sait que l'apprentissage d'une communication efficace est absente de la formation initiale du médecin généraliste (21,25).

Bosc A. a rapporté le témoignage de patients sur l'hypnose ; ceux-ci verbalisent l'existence d'un lien de confiance avec leur médecin généraliste et de la nécessité d'avoir confiance en la personne qui les hypnotise, ce qui fait du médecin généraliste un candidat idéal pour être hypnothérapeute (27). Le fait que ce soit le médecin généraliste qui pratiquait la séance d'hypnose était rassurant pour les patients (27). En revanche, certains médecins généralistes pratiquant l'hypnose préféraient séparer leur patientèle « habituelle » de leur patientèle d'hypnothérapeute, afin d'éviter les conflits d'intérêt en tant qu'hypnothérapeute (26).

## 2) L'hypnose, partenaire de l'autonomisation du patient

Les thèses de Jacquot A. et de Desmars C. retrouvent que pour certains praticiens, l'hypnose permet d'aider le patient à être acteur de sa santé (21,25). L'hypnose offre une aide à l'autonomisation du patient, notamment grâce à son apport communicationnel (26,29). Lors des séances, les médecins s'appuient sur les ressources internes des patients et les encouragent à trouver eux-mêmes des solutions à leur problématiques via l'hypnose (28). Le médecin devient par ce fait un accompagnateur du patient vers sa guérison (25). Cette autonomie est appréciée des patients (26).

Le fait de permettre la diminution de la prescription médicamenteuse rend également le patient moins dépendant vis-à-vis des médicaments (29). La thèse de Geoffrion J. montre une diminution de la consommation de psychotropes chez les patients bénéficiant d'une prise en charge par l'hypnose en cabinet de médecine générale (35). L'hypnose pousse le patient à utiliser ses propres ressources pour se soigner et lui permet ainsi de prendre conscience de ses capacités d'auto-guérison (29). Elle permet la désinfantilisation du patient (29).

Le patient n'a pas besoin de tout verbaliser pour que l'hypnothérapie soit efficace, ainsi le médecin intervenant n'a pas besoin de tout savoir de son histoire (25). Cela peut être bénéfique pour certains patients qui ont du mal à verbaliser leurs problèmes.

L'apprentissage de l'autohypnose au patient est également un moyen de l'autonomiser (25,29,34). Cette autonomie acquise du patient est bénéfique pour le médecin traitant, car il est par la suite moins sollicité (25).

### 3) Un outil complémentaire pour le généraliste dans de multiples indications

Dans plusieurs études qualitatives, on retrouve que l'hypnose en médecine générale peut être vue comme une alternative utilisée après échec de la médecine traditionnelle (21,26,29) ou d'une autre prise en charge jugée inefficace ou trop longue (par exemple une psychothérapie « classique » par des psychologues ou des psychiatres) (28). Plus qu'une technique de communication, c'est donc un outil thérapeutique en soi, qui permettrait de limiter la prescription de médicament (21,34). On retrouve dans une étude qualitative que les patients ont en général recours aux médecines parallèles, dont l'hypnose, lors de l'échec de la médecine conventionnelle (par exemple en cas de cancer terminal) (27). L'hypnose, comme les autres médecines complémentaires, ne doit pas exclure la médecine allopathique mais la compléter là où elle échoue (troubles du sommeil, maladies chroniques ...) (32).

#### *Hypnose et douleur*

Dans la thèse de Jacquot A., on retrouve dans les indications de l'hypnose en médecine générale en premier lieu la prise en charge de la douleur et des addictions (41 %)(21). Cette indication antalgique se retrouve dans de nombreuses études (6,23,25,26,28). Plusieurs études ont montré son efficacité dans cette indication (36). L'hypnose est citée parmi les thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) (37). Elle est efficace dans les douleurs chroniques, notamment chez la personne âgée (35) : une étude de 2019 à Limoges a démontré une efficacité de l'hypnose dans les douleurs chroniques chez une population gériatrique en ambulatoire, avec une amélioration de l'activité physique et une amélioration du vécu socio-affectif (38). Cette étude montre combien l'hypnose peut s'adapter à la patientèle du médecin généraliste (38). Elle a également sa place dans la prise en charge des migraines (25). Dans le rapport d'orientation sur le syndrome fibromyalgique de l'adulte, l'HAS indique que l'hypnose n'a pas fait ses preuves dans cette indication, mais que les

recommandations américaines (National Guideline Clearinghouse) et anglaises (Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists) la propose en deuxième niveau de prise en charge (39). L'efficacité de l'hypnothérapie sur les douleurs a une origine neuromodulatrice : les voies de l'hypnose modulent l'impact d'un percept douloureux au niveau cortical, parfois de façon aussi importante qu'un antalgique de troisième palier (5). L'imagerie par TEP couplée au scanner retrouve en effet une diminution d'activité (jusqu'à 50%) dans les réseaux impliqués dans la composante affective, cognitive et comportementale de la douleur (11,19). En IRM fonctionnelle, une douleur sous hypnose n'entraîne pas l'activation du réseau cortical et sous cortical habituellement observée (11). On note également une diminution de l'activité du noyau thalamique, qui diminuerait la transmission des afférences nociceptives, ce noyau étant responsable du seuil de perception de la douleur (11). Lors d'une hypnoalgésie, l'EEG montre une diminution globale de l'activité corticale, et une diminution de l'excitabilité du cortex en réponse à une stimulation douloureuse (40). Ainsi l'hypnose est un bon outil de contrôle de la douleur via une modification du fonctionnement cérébral (40).

#### *Hypnose et symptômes psychiatriques*

La thèse de Jacquot A. retrouve également dans les indications fréquentes de l'hypnose l'anxiété et les syndromes dépressifs (18%) (21). Le médecin traitant est le premier recours en cas de pathologie psychique, où l'hypnose a toute sa place dans l'arsenal thérapeutique (5,6,41). Par le fait que l'hypnose permet d'apprendre à mieux gérer les émotions, l'anxiété et le stress, elle est indiquée dans diverses pathologies psychiatriques comme les troubles anxieux, phobiques, paniques, les troubles obsessionnels, les troubles traumatiques, les troubles dépressifs, les troubles du comportements alimentaires et les syndromes de dépendances, notamment le tabagisme (6,21,23,25,26,28). Elle a également sa place dans la prise en charge des pathologies avec composante psychosomatique telles que l'énurésie, l'insomnie, les troubles sexuels, les acouphènes... (21,25,26,28,34). A une autre échelle, elle peut être aussi utilisée dans le cadre d'une préparation à un examen écrit ou sportif ou pour résoudre des difficultés relationnelles (6). Certains médecins formés à l'hypnose déclarent également avoir moins besoin d'orienter leurs patients vers des psychologues (26).

### *Autres indications*

L'hypnose permet également un meilleur vécu des maladies chroniques (24,25). D'après l'étude observationnelle de Raineri et al de 1997 (la première étude en France s'intéressant à l'hypnose en médecine générale), sur 150 séances d'hypnose en médecine générale, 83% des séances d'hypnose ont lieu dans le cadre d'une maladie chronique après échec d'autres prises en charge (34). Le but de l'hypnose est principalement la maîtrise d'un symptôme fonctionnel, et donc un meilleur vécu de la maladie (23). Elle trouve ainsi sa place dans la prise en charge des douleurs chroniques, comme vu précédemment, mais également de l'asthme, du psoriasis, de l'obésité, des allergies ... (23,25,26,34).

L'hypnose peut également être utilisée lors d'actes techniques en médecine générale, comme lors de la mise en place d'un stérilet, l'administration de vaccins (25,28). Elle est également citée dans la prise en charge de la fin de vie ou la préparation à l'accouchement (25).

Toutes ces indications font parties des situations auxquelles le médecin généraliste peut être confronté.

#### *4) L'hypnose, l'alliée du médecin généraliste*

La pratique de l'hypnose est aussi bénéfique pour le bien être du médecin généraliste (21,24,25,29). La majorité des médecins formés déclarent avoir un apport personnel à travers un sentiment d'efficacité lors de la pratique et une plus grande confiance en soi (21,25,26,29). Ils rapportent également un meilleur confort au travail, et décrivent l'hypnose comme un art, qui apporte bien-être au médecin généraliste qui la pratique (25,26) . La pratique de l'hypnose est décrite comme agréable et enrichissante par les praticiens (25). Certains médecins rapportaient également une meilleure connaissance d'eux-mêmes grâce à une formation à l'hypnose (26).

La formation à l'hypnose permet au médecin généraliste d'avoir une vision différente et plus globale du patient (21,25). Elle permet une ouverture, un changement de paradigme, qui se répercute positivement sur leur pratique, pouvant changer la vision même du soin (25,26,29). Les médecins formés trouvent que la pratique de l'hypnose rend leur travail plus valorisant (21,28). Tout cela permet

de redonner du sens à la profession de médecin généraliste, en la réhumanisant (29). Cette prise en charge globale est particulièrement adaptée à la profession du généraliste (25).

Le fait que les patients soient satisfaits de la prise en charge et l'expriment à leur hypnothérapeute est aussi bénéfique pour eux (25). Une amélioration subjective est ressentie par le patient et le médecin dans la majorité des cas après une séance d'hypnose (34).

Comme dit précédemment, le patient n'a pas besoin de tout verbaliser pour que l'hypnothérapie soit efficace, ainsi le médecin intervenant peut pratiquer une séance d'hypnothérapie sans connaître les détails de l'histoire personnelle du patient, ce qui peut le protéger d'un point de vue émotionnel (25).

Les médecins formés peuvent aussi utiliser l'autohypnose, en particulier sur leur lieu de travail (25,26). Ils décrivent ainsi une meilleure gestion du stress et une amélioration de leurs capacités relationnelles même sur le plan personnel (25,26,29).

Par tous ces aspects, les médecins formés pensent qu'une formation à l'hypnose permet de prévenir le burn-out (26,29). La thèse de Deboislorey s'est intéressée à cette question et a retrouvé une tendance à la baisse concernant le burn-out chez les médecins formés, sans retrouver de différence significative (42).

D'après l'étude de Raineri, 78% des traitements hypnotiques se déroulent en 1 à 4 séance(s), ce qui fait de l'hypnose une thérapie brève (34). L'hypnose est aussi vue comme une thérapie brève par les praticiens (25). L'intervalle entre deux séances varie de deux semaines à un mois (25). Cette efficacité rapide est d'autant plus compatible avec l'emploi du temps serré du médecin généraliste.

Tous ces aspects font que les médecins tirent une satisfaction de leur pratique, ce qui amène certains médecins à devenir hypnothérapeutes à plein temps (25).

## VII. L'hypnose en pratique en médecine générale

Dans la thèse de Desmars C., les médecins généralistes formés à l'hypnose rapportent un accueil en général positif des patients, avec parfois de la surprise ou de la curiosité (25). Ils insistent sur le fait

que la relation de confiance préétablie avec leurs patients permet de faire accepter l'hypnose plus facilement (25).

L'étude de Raineri retrouve que les patients ayant recours à l'hypnose sont en majorité des femmes (72 %), dans la tranche d'âge 25 à 55 ans (77%) (34). Dans 93% des cas, ils consultent pour une demande bien spécifique et sont à l'origine de la demande d'hypnothérapie (34). Les patients prennent connaissance de la formation de leur médecin via le bouche-à-oreille ou via le médecin lui-même, ou encore via internet (25). Ils peuvent également être adressés par d'autres professionnels médicaux (25).

La durée d'une consultation d'hypnose est plus longue qu'une consultation de médecine générale classique, avec des durées moyennes allant de 30 à 48 minutes selon les études (21,25,29,34). La fréquence des consultations est variable selon les praticiens et varie de quatre par jour à une par mois (25). Dans la thèse de Terrat J., les médecins généralistes formés sollicités réalisent en moyenne 10 consultations par mois (29). Tout ceci souligne donc l'hétérogénéité de la pratique.

Concernant l'organisation, certains médecins prévoient une demi-journée ou des plages horaires dédiées, d'autres n'aménagent pas spécifiquement leur emploi du temps (29). Une partie des praticiens utilise la même pièce que pour les consultations de médecine générale, d'autres préfèrent changer de pièce (29). Certains médecins investissent dans un fauteuil attitré, plus confortable (25).

Si les consultations d'hypnose devaient être remboursées par la Sécurité sociale, les médecins formés estiment que le prix moyen devrait être de 62,5 € (29). Actuellement, les médecins déclarent facturer entre 31 et 50 € compte tenu du temps de la consultation et de l'investissement fait par la formation (25).

## VIII. Les limites de l'hypnose en médecine générale

En ce qui concerne les inconvénients de cette pratique, la thèse de Le Roch, qui s'intéresse aux impacts d'une formation à l'hypnose sur les médecins généralistes d'île de France, rapporte le risque de manipulation des patients, avec un sentiment de toute puissance chez l'hypnothérapeute (26). En

découlerait la nécessité que l'hypnose soit pratiquée par des médecins, qui ont des connaissances scientifiques et surtout un code de déontologie (26). Certains auteurs soulignent eux aussi l'importance éthique d'avoir des hypnothérapeutes professionnels de santé (médecins, infirmières ...) ayant conscience des limites de l'hypnose (6). Le rapport de INSERM retrouve des données rassurantes en matière de sécurité lors de la pratique de l'hypnose, mais met également en garde contre les dérives éthiques, appuyant la nécessité d'une réglementation de cette pratique (4). Il existe chez les patients interrogés également cette peur de manipulation, avec souvent un parallèle fait avec les sectes (27).

Le manque de reconnaissance par le monde médical peut freiner le recours à l'hypnose (21,26,29). Dans la thèse de Desmars C., certains médecins rapportent que l'hypnose est considérée comme une « bizarrerie » par leurs confrères, un médecin rapporte même qu'il a été traité de « fou »(25). Cette dépréciation des confrères est désagréable pour les hypnothérapeutes et peut entraîner un manque de visibilité de la discipline (25). Toutefois cette attitude peut évoluer positivement au fil du temps (25). Dans cette même thèse on retrouve qu'une des limites de l'utilisation de l'hypnose est le médecin lui-même, de par son manque de compétences, réel ou ressenti, à utiliser l'hypnose et son manque de confiance en lui-même (25). Encore une fois, cette limite évolue avec le temps et la pratique (25).

Le manque de reconnaissance pécuniaire freine également le recours à cette pratique (21,26,29). En effet, rappelons que la base de remboursement par la sécurité sociale est fixée à 0 euros (4,29,30). Ainsi, les séances ne sont pas remboursées ni par l'assurance maladie ni par les complémentaires santé, ce qui est un frein pour les patients (29).

L'hypnose est également chronophage (21,25,26,29). La durée d'une consultation d'hypnose est deux à quatre fois plus longue qu'une consultation de médecine générale classique (21,25,29,34). Beaucoup de médecins éprouvent des difficultés organisationnelles à mettre en place des séances d'hypnose (29). La possibilité d'être dérangé pendant une séance a plus d'impact sur la prise en charge que lors d'une consultation de médecine générale « classique » (29). Mais les médecins formés ont



également rapporté une meilleure gestion du temps grâce à leur formation, avec des durées de consultation adaptées aux patients et à leurs motifs (26).

Du fait de la concentration nécessaire à sa pratique, une fatigue psychique peut être ressentie à force de conduire des séances d'hypnose (25). Cependant, certains praticiens déclarent également se mettre eux-mêmes en auto hypnose lors de séances d'hypnose formelle, ce qui est reposant pour eux (25). En cas d'échec, les médecins peuvent se sentir découragés, peut-être plus que lors d'un échec de traitement étant donné leur plus grande implication (26). Une « syntonie » médecin patient a également été rapportée, impliquant que le praticien devait être dans un état d'esprit compatible avec la pratique (26).

Certains médecins « choisissent » les patients à qui ils proposent l'hypnose : ce sont des patients qui doivent être dans une démarche active et adhérer au projet thérapeutique (28). De plus, les patients doivent être ouverts aux médecines alternatives (28). Cela va à l'encontre de l'idée que n'importe quel patient peut bénéficier d'hypnothérapie. Les médecins déclarent ne pas faire d'hypnose avec les patients pour lesquels ils n'éprouvent pas de sympathie (25). De même, l'hypnose ne sera pas indiquée chez un patient ne souhaitant pas cette technique (25).

Les médecins formés déclarent que l'hypnose n'est pas utilisable chez les patients sous neuroleptique, dans la schizophrénie ou en cas de psychose, limitant les patients pouvant en bénéficier (25,26). Ce dernier point est cependant controversé, l'hypnose ayant été étudiée chez les patients psychotiques et concluant sur sa faisabilité, bien que n'ayant pas montré de bénéfices dans cette population (43,44). L'hypnose étant un outil d'aide à la prise en charge, elle doit cependant être utilisée dans les pathologies que le praticien connaît, ce qui peut parfois exclure les patients psychotiques. Dans certaines sources, on retrouve parmi les limites de l'hypnose, le fait qu'elle soit inadaptée aux enfants de moins de trois ans ainsi qu'aux personnes présentant une déficience intellectuelle (6).

L'absence d'autorisation du conseil de l'ordre des médecins à afficher la pratique de l'hypnose sur les plaques et les ordonnanciers est aussi un frein cité par les médecins formés, de même pour la non reconnaissance des diplômes (4,25,29).

Pour certains patients, les médecines complémentaires sont associées au charlatanisme et aux dérives sectaires (27,29). Cette perception de l'hypnose par les patients peut également être une limite au recours à cette pratique (29). Certains patients refusent les séances d'hypnose (28).

Certains médecins formés soulignent aussi la difficulté de gérer la « double casquette » de généraliste et d'hypnothérapeute (29). La frontière floue entre les deux disciplines peut compliquer la prise en charge (29). D'ailleurs certains praticiens préfèrent ne pas exercer leur activité d'hypnothérapeute avec leurs patients de médecine générale (26,29). A l'inverse, d'autres proposent des séances d'hypnose uniquement à leurs patients habituels (26,29). Pour certains médecins, il existe également la nécessité d'une frontière « physique », avec un lieu dédié aux séances d'hypnose (29).

Pour certains médecins, l'hypnothérapie a l'inconvénient de s'attacher uniquement au symptôme (par exemple la douleur) et non aux causes (26). Bien sûr, le médecin généraliste doit rester humble sur les effets de l'hypnothérapie, celle-ci ne pouvant se substituer au reste de sa prise en charge, notamment l'examen clinique (28). L'indication et les objectifs des séances d'hypnose doivent donc être clairement définis (28).

## IX. La prescription en médecine générale

En France, 80% des consultations de médecine générale se concluent par une prescription médicamenteuse et les médecins généralistes sont à l'origine de 80% des prescriptions médicamenteuses (45–47). Certains facteurs favorisent ces prescriptions, comme le passage de visiteurs médicaux plus de cinq fois par semaine, les patients de sexe féminin, âgés de plus de 60 ans ou en population pédiatrique et les patients bénéficiant d'une prise en charge à 100% dans le cadre d'une affection longue durée (ALD) (45).

Concernant les visiteurs médicaux, il a été démontré que sur le long terme, leurs visites incitent les médecins généralistes à prescrire des médicaments plus chers et plus récents en médecine générale (48,49). Pourtant, plus de 50% des médecins libéraux citent les visiteurs médicaux comme principale source d'information sur le médicament utile au quotidien, et les médecins libéraux reçoivent en moyenne cinq visiteurs médicaux par semaine (48). A noter que 20% des médecins généralistes libéraux refusent les visiteurs médicaux (48).

Il existe également une « pression de prescription », qui correspond à une demande explicite des patients (50). Elles concernent environ un quart des consultations de médecine générale, principalement pour les médicaments, mais également pour des examens complémentaires ou des arrêts de travail (50). Les médicaments faisant le plus souvent l'objet de pression de prescription sont les antalgiques (50). Les demandes de médicaments neuropsychiatriques sont quant à elles relativement rares et représentent 7.5% des pressions de prescription (50). Les patients à l'origine de ces demandes sont surreprésentés par les patients âgés et dans une moindre mesure par les femmes (50).

La prescription et en particulier la sur-prescription est un enjeu de santé publique, car elle peut entraîner des complications iatrogéniques, en particulier chez les patients âgés, un effet néfaste sur la pollution environnementale et des conséquences économiques (51,52).

## X. Les psychotropes

Les psychotropes sont des molécules chimiques susceptibles de modifier l'activité mentale (53). Ils contiennent différentes classes : les antipsychotiques, les antidépresseurs, les thymorégulateurs, les anxiolytiques (dont les benzodiazépines), les hypnotiques et les psychostimulants (53). D'après la dernière édition du Référentiel de Psychiatrie et Addictologie, en France, une personne sur quatre prend un médicament psychotrope au moins une fois par an et parmi les plus de 70 ans une personne sur deux se fait prescrire de façon prolongée des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques (53).

Une enquête de 1991 sur la consommation de psychotropes en France retrouvait une augmentation de la consommation avec l'âge, ainsi qu'une association fréquente de plusieurs psychotropes, quel que soit l'âge (54). Une étude de 1998 portant sur les services hospitaliers français incriminait les médicaments neuropsychiatriques dans 13% des événements indésirables iatrogènes (54). Globalement, il existe une surreprésentation des femmes et des personnes âgées chez les consommateurs de psychotropes (47). La probabilité de consommation prolongée croît également avec l'âge, ainsi qu'avec l'invalidité et l'isolement (47).

Un article de Le Moigne de 2008 sur la prescription des psychotropes en médecine générale décrit que 80% des ordonnances contenant des médicaments psychotropes sont associées à d'autres classes de médicaments, les plus représentées étant les médicaments cardiovasculaires, les médicaments des voies digestives et du métabolisme, et des médicaments agissant sur le système nerveux central autre que les psychotropes (47). En cas de polymédication, les psychotropes sont prescrits à plus long terme car ils ont pour but de traiter également une maladie chronique (par exemple, pour éviter le stress chez les patients cardio-vasculaires) (47). A l'inverse, le faible nombre d'ordonnance de psychotrope seul s'explique par le peu de consultation en médecine générale traitant uniquement de question psychique (47). De plus, il est rapporté qu'à la fin des années 90, beaucoup de prescriptions de psychotropes étaient faites pour accompagner le diagnostic d'une maladie chronique, avec une part importante de patients ne relevant pas de symptômes de maladie psychiatrique (47). Inversement, il existait une tendance à la sous-prescription chez les patients présentant les caractéristiques cliniques d'une maladie psychiatrique, le plus souvent la dépression, sans autre maladie associée (47). Cette sous-prescription s'explique par une inégalité d'accès aux soins en défaveur des hommes jeunes, principale population concernée par cette sous-prescription (47).

La prescription des psychotropes en médecine générale est également influencée par l'âge du praticien, et augmenterait également avec leur charge de travail (47). Il existe aussi une corrélation avec la durée de la consultation : plus celle-ci est longue, plus la probabilité qu'elle se conclut par la prescription d'un psychotrope augmente (55).

## XI. Les benzodiazépines

Les benzodiazépines agissent en facilitant la transmission GABAergique, ce qui diminue l'hyperexcitabilité neuronale présente dans l'anxiété (53). Elles ont donc des propriétés anxiolytiques, mais également sédatives, anti-convulsivantes, myorelaxantes, amnésiantes et orexigènes (53). Les benzodiazépines ont un fort potentiel addictif, associé à une tolérance pharmacologique qui est à l'origine d'une perte rapide d'efficacité, malgré un risque d'effet indésirable persistant (53,56). Elles peuvent induire un phénomène de sevrage à l'arrêt du traitement si celui-ci est prolongé au-delà des recommandations (53). Elles présentent comme effets indésirables les troubles de la mémoire, la somnolence, un risque de dépendance (53,56). Elles augmentent également le risque de chute chez les patients âgés et accélèrent le déclin cognitifs chez les plus de 65 ans (57).

La durée de prescription des benzodiazépines varie de 4 à 12 semaines selon les molécules (53). Pour les benzodiazépines à visé anxiolytique, l'HAS recommande dans un premier temps d'évaluer la situation du patient pour confirmer l'indication du traitement, de limiter la prescription à 12 semaines, de débiter par des doses faibles et de ne pas associer plusieurs benzodiazépines (56). L'éducation du patient prend une place importante avec l'explication dès la première prescription des bénéfices attendus, des effets indésirables et du temps de prescription limité des benzodiazépines, ainsi que la proposition d'une prise en charge psychologique et hygiéno-diététique adaptée complémentaire (56). Enfin, l'arrêt progressif du traitement devra être anticipé (56). Concernant les benzodiazépines hypnotiques, l'HAS recommande une durée de prescription maximale de 4 semaines, après échec de mise en place de règles d'hygiène du sommeil (58). Pour éviter les mésusages, la prescription de zolpidem se fait sur ordonnance sécurisée (58).

Il est à noter que la HAS avait publié des recommandations de bonnes pratiques concernant l'arrêt des benzodiazépines en 2008 et 2015, signe que cette problématique est un enjeu de santé publique depuis plusieurs années (59,60).

D'après la dernière édition du collège de psychiatrie, trois quarts des usagers des benzodiazépines en prennent sur une durée supérieure à six mois, en contradiction avec les recommandations de la HAS (53). Le dernier état des lieux de l'Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sur la consommation des benzodiazépines en France concerne la consommation en 2015 (61). La France était alors le 2<sup>ème</sup> pays consommateur de benzodiazépine sur un panel de 8 pays européens, derrière l'Espagne (61). Cependant, la consommation en France de benzodiazépines avait globalement tendance à diminuer depuis 2000, ceci étant expliqué par l'harmonisation des Recommandations de Bonnes Pratiques et leur diffusion aux prescripteurs, ainsi que par des mesures incitatives de l'assurance maladie (61). En 2015, 13% de la population française avait consommé au moins une fois une benzodiazépine et la consommation augmentait avec l'âge et pour le sexe féminin (61). En 2015, 82% des traitements par benzodiazépine étaient initiés par des médecins généralistes (61). La durée de prescription inférieure à 12 semaines est respectée dans 90% des premiers épisodes de traitement (61).

Comme les autres médicaments, les benzodiazépines ont un effet environnemental : l'oxazépam fait partie des molécules les plus souvent retrouvées dans les eaux brutes et les eaux traitées, sans qu'on ne sache à ce jour quel impact précis cela peut avoir sur la santé humaine sur le long terme (52).

Des études ont été menées pour trouver des alternatives aux primo-inscriptions de benzodiazépines. Une revue de la littérature à ce sujet de Clerc et Sae Tang publié dans *Medecine* retrouve une efficacité de l'hypnose dans diverses indications, dont les bouffées de chaleur dans la ménopause, les syndromes de stress post-traumatique, les troubles fonctionnels intestinaux (62). Cette revue conclut à l'importance de former les professionnels de santé aux techniques non médicamenteuses que sont l'hypnose mais aussi les thérapies cognitivo-comportementales, ainsi que de développer l'évaluation de ces outils en recherche clinique (62). Dans la thèse de médecine général du Dr Sae Tang sur le même sujet, il est retrouvé une diminution de la consommation de sédatif et/ou d'antalgique lors d'un acte chirurgical ou de radiologie interventionnelle en cas d'utilisation d'hypnose

(63). Parmi les autres alternatives aux thérapeutiques médicamenteuses ayant prouvé une efficacité, on retrouve notamment les thérapies cognitivo--comportementales, l'EMDR et l'exercice physique (63).

## XII. Qu'est-ce que la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique et le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription ?

### 1) La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) a été créée en 2011 (64). Elle est sans obligation et ouverte à tout médecin traitant libéral conventionné (65). En tout, et 65 680 médecins traitants en ont bénéficié en 2021 (66). Elle fixe des objectifs de santé publique à atteindre dans différents volets (prévention, suivi de maladies chroniques, efficience) pour le médecin traitant de l'adulte et de l'enfant (65,66). Il existe également des objectifs pour les cardiologues, les gastro-entérologues, les endocrinologues et les pédiatres (65,66). En fonction de l'atteinte de ses objectifs, le médecin traitant reçoit une récompense financière (64).

Le dispositif est renforcé en 2016, avec notamment la modification des items « iatrogénie » de la section prévention : les items concernant les benzodiazépines, qui s'intéressaient uniquement à la consommation des patients de plus de 65 ans auparavant : « part des patients médecin traitant ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines » et « part des patients médecin traitant de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue », deviennent dans la version 2016 : « part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines » et « part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines » (67). Le nombre correspondant à ces items est donc le pourcentage de patients ayant un traitement plus long que recommandé parmi les patients ayant déclaré le médecin généraliste comme médecin traitant et recevant un traitement par benzodiazépine. Ces items s'appliquent dès lors qu'il y a plus de 5 patients

dans la patientèle du médecin traitant qui reçoivent une ordonnance pour une benzodiazépine hypnotique pour le premier item ou anxiolytique pour le deuxième item (65). L'item s'intéressant aux psychotropes chez les patients âgés est créé dans la version 2016 : « part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 ( $\geq$  2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) » (67). Le chiffre correspondant à cet item est donc le pourcentage de patients se voyant prescrire 2 médicaments psychotropes, hors anxiolytique, parmi les patients de plus de 75 ans ayant choisi le praticien comme médecin traitant, en excluant les patients bénéficiant d'une ALD pour troubles psychiatriques. Cet item s'applique dès lors que le médecin généraliste compte dans sa patientèle plus de 5 patients âgés de plus de 75 ans sans ALD pour une maladie psychiatrique (65). Ces trois items sont donc utilisés tels quels à partir de 2017.

## 2) Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP) est un document informatif envoyé chaque année aux professionnels de santé libéraux en annexe du Système National Inter Régime (SNIR) (68,69). Le SNIR résume les versements reçus par le professionnel par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le RIAP comprends plusieurs rubriques avec les statistiques concernant l'activité, les prescriptions, les patients et les remboursements du praticien, ainsi que les données pour le département (68,69). Il permet aux praticiens de connaître le volume de leur activité et sa répartition par patient (68,69).

## XIII. Pourquoi cette étude ?

L'hypnose est un outil thérapeutique permettant de limiter la prescription de médicament (21). Sa capacité à développer la compétence de communication permettrait également de réduire les prescriptions inutiles (29). Les médecins pratiquant l'hypnose estiment prescrire moins, notamment en utilisant l'hypnose comme alternative aux anxiolytiques, sans que des études quantitatives permettent de l'affirmer (21,25,26,28,28,29). Du côté des études menées sur les patients, on retrouve également une diminution de la consommation des benzodiazépines après prise en charge par thérapie par l'hypnose en médecine générale (35). Depuis 1997, des études qualitatives concluent sur



la nécessité d'étudier l'impact de l'hypnose sur la prescription médicamenteuse pour compléter les résultats obtenus, d'autant plus que l'hypnose semble être intéressantes pour répondre à des objectifs de santé publique (24–26,29,34).

Parallèlement, la prescription de benzodiazépines et de psychotropes représente un enjeu de santé publique, mais également économique et environnemental (51,52,56,58). Les médecins généralistes, en tant que premiers prescripteurs, ont pleinement leur rôle à jouer dans leur réduction, et pourraient bénéficier de l'aide que constitue une formation à l'hypnose dans cet objectif (61–63).

De plus, le lien entre hypnose et réduction de traitement médicamenteux a déjà été fait dans d'autres domaines : diminution d'antalgique pharmaceutique et de recours à l'anesthésie durant l'accouchement (70), diminution de la consommation médicamenteuse et des douleurs en anesthésie (1). L'apprentissage des techniques de communication hypnotique par le personnel du bloc opératoire permet d'améliorer modérément le confort et la satisfaction des patients (71).

Une thèse de médecine générale datant de 2020 comparant 2 groupes de 60 médecins, l'un ayant reçu une formation à l'hypnose et l'autre non, a retrouvé que les médecins formés à l'hypnose ont plus de réticence à prescrire les antalgiques de palier 2 ou 3 (72). Cette thèse a également récupéré les données ROSP des médecins interrogés : il y avait plus de médecins qui atteignaient la cible dans le groupe de médecins formés à l'hypnose (72).

Ainsi les précédentes données permettent d'émettre l'hypothèse que les médecins généralistes formés à l'hypnose prescriraient moins de benzodiazépines et de psychotropes que leurs confrères. L'objectif de cette thèse est de tester cette hypothèse, en s'appuyant sur les données relatives à la iatrogénie de la ROSP des médecins traitants interrogés.

## Méthodologie

L'objectif principal de cette étude est de vérifier si les médecins généralistes ayant une formation à l'hypnose prescrivent moins de psychotropes et de benzodiazépines par rapport au reste de leurs confrères. L'objectif secondaire est de recueillir les caractéristiques des médecins généralistes pratiquant l'hypnose. Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle et rétrospective, dont les données ont été recueillies par questionnaire et comparées aux moyennes nationales.

### I. Population étudiée :

La population ciblée était les médecins généralistes exerçant en France et ayant bénéficié d'une formation à l'hypnose. Il est rapporté que la pratique professionnelle (médicale ou paramédicale) change après une formation à l'hypnose, et ce même si les personnes formées ne proposent pas de séances d'hypnose formelle (25). Ainsi était inclus tout médecin ayant participé à une formation à l'hypnose, même sans la pratiquer, quel que soit l'année et le type de formation.

### II. Recrutement

Le recrutement a eu lieu de juillet 2021 à décembre 2021. Les médecins formés à l'hypnose ont été contactés soit via des structures proposant des formations en hypnose aux professionnels de santé, soit directement, par e-mail ou par téléphone. Ils ont été identifiés comme pratiquant l'hypnose de différentes manières :

- Par le bouche-à-oreille
- De proche en proche grâce à la question : « connaissez-vous d'autres médecins généralistes formés à l'hypnose » du questionnaire de thèse
- Répertoriés comme pratiquant l'hypnose sur Doctolib,
- Référencés comme ayant participé à une formation sur les sites internet Hypnosium, Hypnose 33 online et Hypnosia.

Certains participants, certains n'ont pas pu transmettre leurs données ROSP pour plusieurs raisons :

- Manque de temps ou manipulation jugée trop compliquée
- Données non disponibles car médecin non concerné (remplaçant ou salarié ou retraité ou en secteur 3)
- Données non disponibles car refus de participer à la ROSP

Au total, vingt-deux participants ont pu donner leurs données ROSP pour le premier trimestre 2021, dix-neuf pour l'année 2020, 16 pour l'année 2019, quinze pour l'année 2018 et treize pour l'année 2017. Les médecins n'ayant pas pu transmettre leurs données ROSP ont été retirés de l'analyse finale, portant donc sur vingt-trois participants.

### III. Recueil des données :

Cette étude s'intéressant principalement à la prescription, le critère de jugement principal devait avoir un lien avec celle-ci. Il n'a pas été possible de collaborer directement avec la CPAM pour obtenir les données de prescription de médecins formés ; cela aurait-été contraire au droit à la protection des données personnelles. Un questionnaire a donc été rédigé pour les besoins de l'étude (annexe 1). Cette solution permettait de demander directement le consentement des médecins étudiés.

Le questionnaire était rempli par l'examinatrice au cours d'un entretien avec le médecin ayant accepté de participer à l'étude, en présentiel, par téléphone ou via le logiciel de visioconférence zoom. Ces entretiens duraient environ 15 minutes. L'option de l'auto-questionnaire n'a pas été retenu, car le chemin sur l'espace pro d'Ameli Pro pour accéder aux données recueillies était complexe, et il existait de ce fait un risque d'abandon au cours du questionnaire ; au cours de l'entretien, l'examinatrice expliquait comment accéder aux données nécessaires au médecin interrogé.

### IV. Le questionnaire

L'hetero-questionnaire a été réalisé via Google Form et comportait trois parties.

La première question recueillait le consentement des médecins sollicités. Une première partie s'intéressait ensuite aux données démographiques (sexe, âge) et à la pratique en tant que médecin

généraliste des personnes interrogées. Une deuxième partie avait pour thématique la formation à l'hypnothérapie et ses modalités de mise en place en cabinet de médecine générale. Une troisième partie recueillait leur nombre de consultations et visites en 2020 via le RIAP afin de quantifier l'activité des participants, et les trois items « iatrogénies » de la ROSP du premier trimestre 2021, et des années 2017 à 2020 comportant :

- La part des patients médecin traitant ayant plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) (65) ;
- La part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines (65) ;
- La part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines (65).

Ces items étaient accessibles via l'espace Ameli Pro des médecins interrogés. Enfin une dernière question demandait si le participant connaissait d'autres personnes formées à l'hypnose afin de faciliter le recrutement.

## V. Analyse

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des statistiques usuelles de position et de dispersion, à savoir la moyenne, la médiane, la variance, le minimum, le maximum et les quantiles. Les variables qualitatives ont quant à elles été décrites avec les effectifs et les proportions de chaque modalité. Des proportions cumulées ont également été calculées pour les variables à plus de deux modalités.

Pour l'année 2021, les données ROSP nationales étant disponibles pour l'année et pas par trimestre, il a été décidé d'extrapoler en considérant que les données du premier trimestre 2021 des participants étaient représentatives de l'année 2021.

Du fait de la taille de l'échantillon, les données ROSP ont été comparées à la moyenne nationale à l'aide d'un test de Wilcoxon pour échantillon unique pour déterminer si la différence de moyennes était significative. Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses. L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel Microsoft Excel ainsi que sur le logiciel R dans sa version 1.4.1717.

## Résultats

### I. Réponses au questionnaire

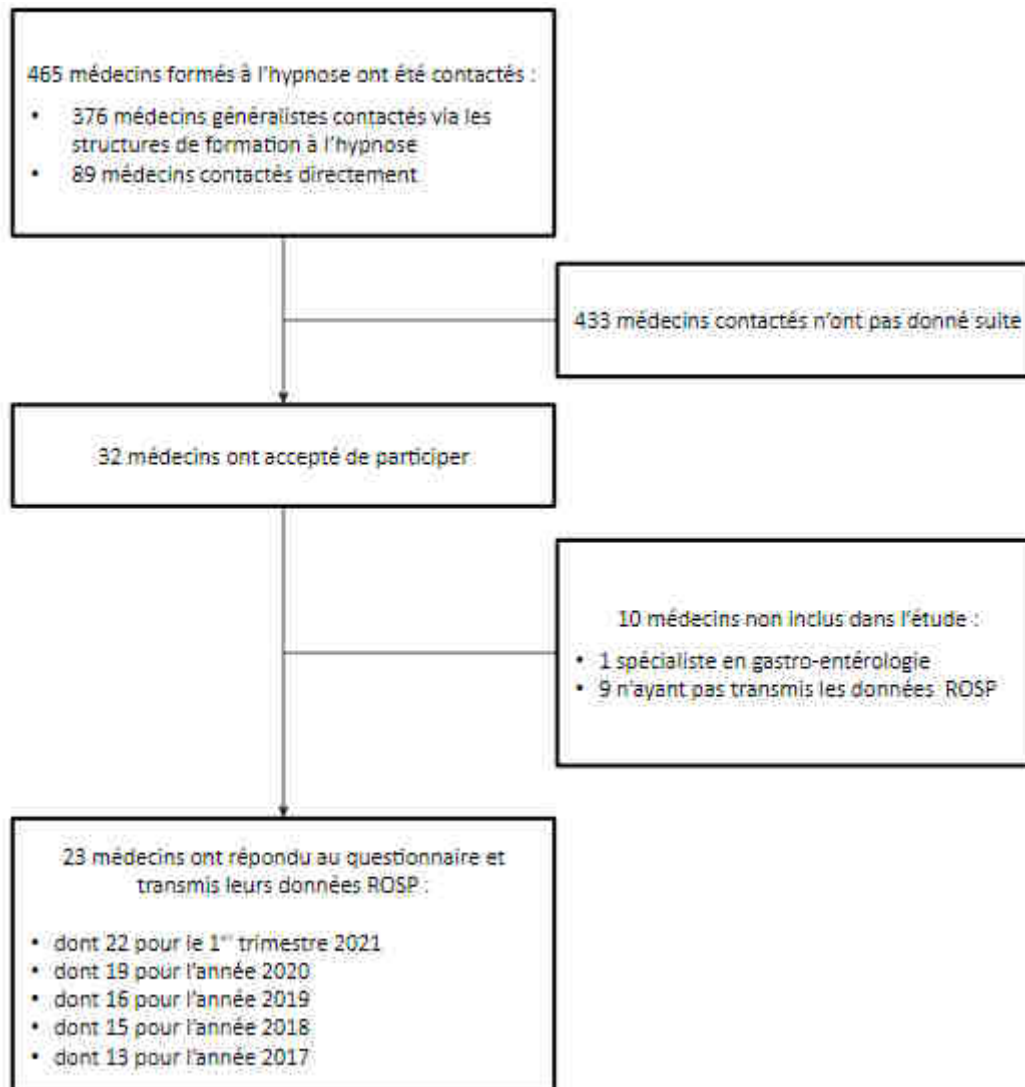


Figure 1 Flow Chart

Trente-six structures différentes proposant des formations en hypnose aux professionnels de santé ont été contactées. Neuf d'entre elles ont accepté de relayer un message par e-mail à leurs étudiants leur présentant l'étude et leur proposant de participer: la Société Française de Médecine Générale (SFMG), la Société de Formation Thérapeutique du Médecin Généraliste (SFTG), l'institut Emergence, l'Association Corrézienne pour des Thérapies Innovantes et des Interventions Familiales (Actiif Hypnose), les instituts Hypnosia de Nancy et Saint-Etienne, l'Institut Milton H Erickson Toulouse

Occitanie (IMHETO), l'Espace des possibles et l'Institut Français des Pratiques Psycho-Corporelles (IFPPC). Le recrutement via les structures a permis de contacter au moins 376 médecins généralistes (toutes les structures n'ont pas communiqué le nombre de personnes contactées). En parallèle, 89 médecins formés à l'hypnose ont été contactés directement.

Parmi les médecins contactés, 32 ont accepté de répondre au questionnaire. L'un d'entre eux a été retiré de l'échantillon a posteriori, car n'entrait pas dans les critères d'inclusion (praticien gastro-entérologue et non médecin généraliste). Les entretiens ont eu lieu sur une période s'étalant d'août 2021 à janvier 2022, en présentiel pour quatre médecins, par téléphone pour treize médecins et via le logiciel de visioconférence zoom pour treize autres médecins. Sur ces 32 participants seuls 23 ont communiqué leurs données ROSP.

## II. Données démographiques de l'échantillon

Les différentes informations démographiques sont résumées dans le tableau 1.

L'échantillon comportait 23 médecins. Les participants avaient en moyenne 53,8 ans. Il y avait une majorité de femmes (57 %). L'année moyenne de début d'exercice était 1999.

La majorité des participants (22/23 soit 96%) était libérale, dont quatre qui avaient une activité mixte avec du salariat, et il y avait un retraité. Dix participants (43%) avaient une activité qu'ils considéraient comme citadine, quatre (17%) une activité rurale et neuf (39%) semi-rurale. En moyenne, les participants voyaient quatre visiteurs médicaux par mois. Il est à noter que près de la moitié d'entre eux (onze participants sur 23) n'en voyait jamais.

Concernant la répartition géographique des participants, cinq (22%) venaient de la région Grand Est, qui est la région la plus représentée. Quatre régions ne sont pas représentées : la Normandie, le Centre Val de Loire, les Pays de la Loire et Provence Alpes Côte d'Azur.

Il a également été demandé aux participants s'ils avaient d'autres formations. Tous les participants ont déclaré au moins une autre formation. Les différentes formations sont listées dans la figure 2.

Numéro d'anonymat	Sexe	Âge	Début d'exercice	Statut	Activité	Région	Visiteurs médicaux par mois
1	Homme	61	1986	Liberal	Citadine	Hauts de France	22
2	Femme	53	1999	Liberal	Semi-Rural	Grand Est	7
5	Femme	51	1996	Mixte	Semi-Rural	Auvergne Rhône Alpes	2
6	Femme	60	2012	Liberal	Semi-Rural	Grand Est	5
7	Femme	58	1991	Liberal	Citadine	Auvergne Rhône Alpes	22
8	Femme	37	2021	Liberal	Citadine	Bourgogne Franche Comté	2
9	Homme	59	1988	Liberal	Citadine	Nouvelle Aquitaine	0
11	Homme	66	1983	Liberal	Citadine	Grand Est	0
12	Homme	60	1994	Mixte	Semi-Rural	Auvergne Rhône Alpes	22
14	Homme	38	2017	Liberal	Semi-Rural	Hauts de France	0
15	Femme	39	2020	Liberal	Citadine	Hauts de France	0
16	Femme	61	1993	Liberal	Citadine	Nouvelle Aquitaine	0
17	Femme	51	1998	Mixte	Rural	Occitanie	0
18	Femme	66	1985	Retraité	Rural	Bretagne	0
20	Homme	64	1983	Liberal	Citadine	Auvergne Rhône Alpes	5
21	Femme	47	2003	Liberal	Citadine	Guadeloupe	0
22	Femme	39	2017	Liberal	Rural	Occitanie	2
25	Homme	59	1992	Liberal	Semi-Rural	Nouvelle Aquitaine	0
26	Homme	71	1979	Liberal	Semi-Rural	Grand Est	5
28	Femme	55	2001	Liberal	Citadine	Île de France	1
30	Homme	37	2012	Liberal	Semi-Rural	Nouvelle Aquitaine	0
31	Homme	60	1988	Liberal	Semi-Rural	Hauts de France	14
32	Femme	45	2010	Liberal	Rural	Grand Est	0

*Tableau 1 : Données démographiques*

Les formations les plus représentées étaient celles en lien avec une psychothérapie, citées par neuf médecins (39% de l'échantillon) et les formations en lien avec la santé mère-enfant, citées par sept médecins (30% des participants). A noter que trois participants (13%) avaient une formation spécifique à l'EMDR.



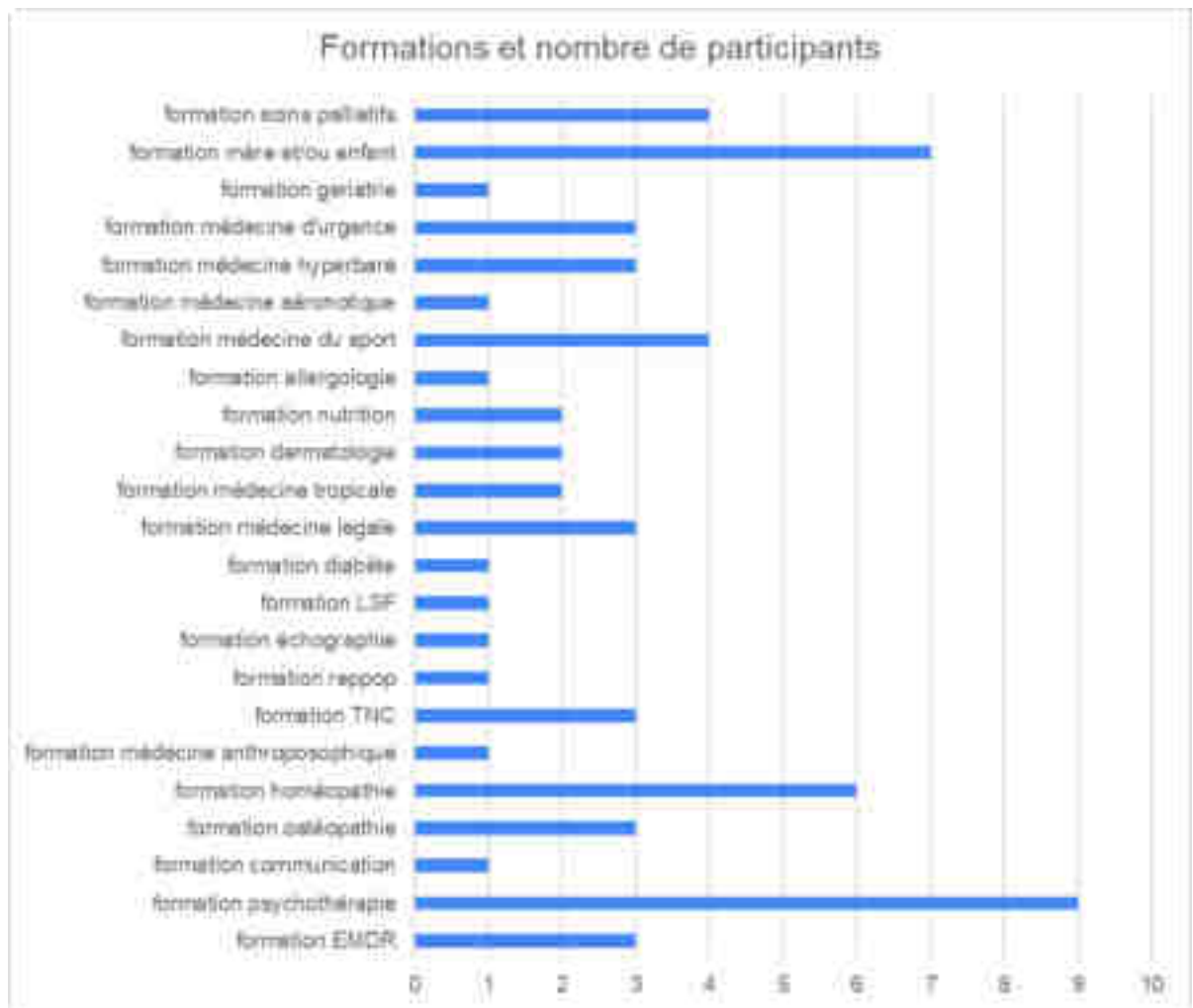


Figure 2 : Formations en dehors de l'hypnose

### III. Formation à l'hypnose

Les informations concernant les modalités de la formation à l'hypnose des participants sont regroupées dans le tableau 2.

L'année médiane de première formation à l'hypnose était 2013, la formation la plus ancienne ayant eu lieu en 1998 et la plus récente en 2019. La plupart des participants ont commencé à pratiquer dès leur formation ou dans l'année qui a suivi, si bien que l'année médiane de début de pratique de l'hypnose est 2015, soit six ans de pratique en moyenne. A noter que le participant 31 s'était formé via des groupes de paires avant de prendre part à un DU, d'où une année de début de pratique antérieure à la formation. Pour quatre participants (17%), la première formation s'est faite via un diplôme

universitaire, pour sept (30%) via une organisation de formation médicale continue et pour 12 participants (52%) via une association d'hypnose.

Numéro d'anonymat	Année de formation	Structure de formation	Début de pratique
1	2012	DU	2012
2	2013	Association d'hypnose	2014
5	2017	DU	2018
6	2010	Association d'hypnose	2011
7	2013	Organisme de FMC	2013
8	2019	Association d'hypnose	2021
9	2018	Organisme de FMC	2019
11	1998	Organisme de FMC	2002
12	2010	DU	2011
14	2013	Association d'hypnose	Ne pratique pas
15	2016	Association d'hypnose	2016
16	2007	Association d'hypnose	2008
17	2016	Association d'hypnose	2018
18	2007	Organisme de FMC	2007
20	2006	Association d'hypnose	2007
21	2016	Association d'hypnose	2016
22	2018	Association d'hypnose	2018
25	2012	Association d'hypnose	2012
26	2016	Organisme de FMC	2017
28	2015	Organisme de FMC	2020
30	2019	Organisme de FMC	2019
31	2012	DU	2007
32	2019	Association d'hypnose	2019

*Tableau 2 : Formation à l'hypnose*

#### IV. Organisation pratique

Concernant leurs pratiques, on note que quatre participants (17%) n'avaient pas de pratique formelle, le reste des participants s'organisaient en journées ou demi-journée dédiées aux consultations d'hypnose ou en intercalant leurs consultations d'hypnose avec leurs autres consultations de médecine générale. Tous les participants déclaraient pratiquer l'hypnose conversationnelle. Concernant les patients bénéficiant de l'activité d'hypnothérapeute, la répartition entre patientèle habituelle, et patientèle hors médecine générale habituelle (adressée par des confrères ou recrutée par le bouche-à-oreille) était équitable. Ces données se retrouvent dans le tableau 3.

Numéro d'anonymat	Organisation des séances	Hypnose conversationnelle	Patients bénéficiant des séances	Séances d'hypnose / semaine
1	Intercalées avec autres consultations	Oui	Patientèle adressée	13
2	Pas de pratique formelle	Oui	Adressée et habituelle	3
5	Intercalées avec autres consultations	Oui	Patientèle adressée	3
6	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle adressée	3
7	Pas de pratique formelle	Oui	Patientèle habituelle	2
8	Pas de pratique formelle	Oui	Adressée et habituelle	15
9	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle habituelle	1
11	Intercalées avec autres consultations	Oui	Patientèle adressée	25
12	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle adressée	6
14	Pas de pratique formelle	Oui	Patientèle habituelle	0
15	Pas de pratique formelle	Oui	Patientèle habituelle	0
16	Intercalées avec autres consultations	Oui	Patientèle adressée	11
17	Intercalées avec autres consultations	Oui	Patientèle adressée	2
18	Intercalées avec autres consultations	Oui	Patientèle habituelle	0
20	Intercalées avec autres consultations	Oui	Patientèle adressée	10
21	Pas de pratique formelle	Oui	Patientèle habituelle	0
22	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle habituelle	3
25	Pas de pratique formelle	Oui	Patientèle adressée	5
26	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle adressée	4
28	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle habituelle	1
30	Pas de pratique formelle	Oui	Patientèle habituelle	0
31	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle habituelle	0
32	Journée / demi-journée dédiée	Oui	Patientèle habituelle	1

*Tableau 3 : Pratique de l'hypnose*

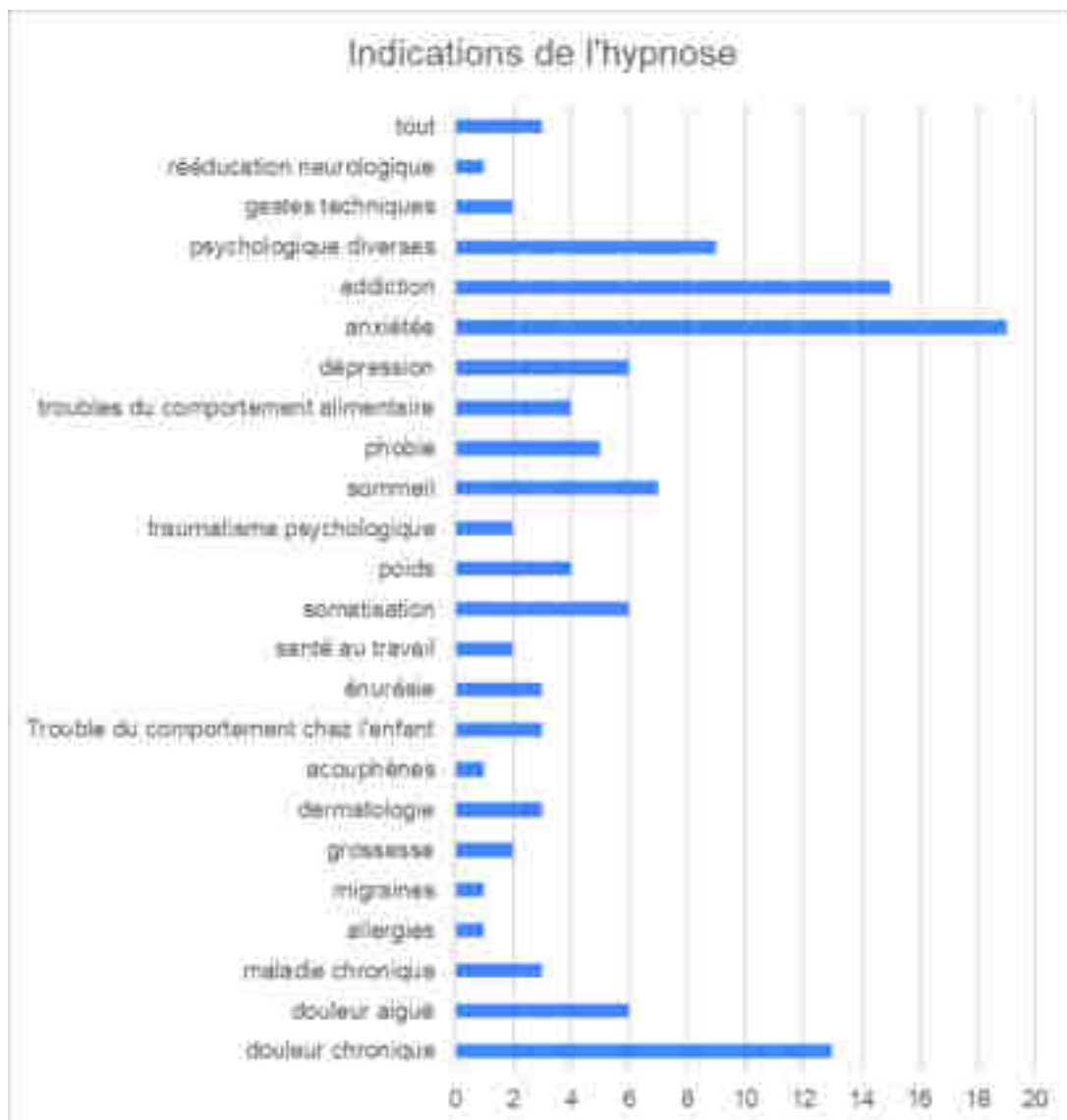
En moyenne, les participants pratiquaient 4,7 séances d'hypnose formelle par semaine, avec un minimum à zéro pour six médecins (26%) et un maximum à 25 séances d'hypnose par semaine.

## V. Indications

Les indications étaient très diverses et résumées dans la figure 3.

Parmi les plus cités, on retrouvait les problématiques psychiatriques, avec l'anxiété, citée par dix-neuf médecins (83%) et les addictions, citées par quinze participants (65%) et notamment le tabac, l'alcool mais aussi le sucre. Diverses indications psychologiques dont le mal-être, le développement

personnel, l'augmentation de la confiance en soi ont été citées par neuf médecins (39%).



*Figure 3 Indications de l'hypnose*

La deuxième grande famille d'indications était les douleurs, avec treize participants (57%) utilisant l'hypnose pour les douleurs chroniques. Étaient également cités les douleurs aiguës et les migraines.

Trois participants (13%) ont précisé qu'ils ne trouvaient pas de limites dans les indications de l'hypnose, pourvu que ce soit une pathologie de médecine générale.

## VI. Indicateurs RIAP et ROSP

### 1) Activité des participants

Deux participants n'ont pas eu accès à leur relevé individuel d'activité et de prescription. En 2020, en moyenne, 3256 consultations et visites à domicile ont été effectuées par les participants, avec un minimum de 375 actes et un maximum de 6500 actes. Les données sont résumées dans le tableau 4.

Numéro d'anonymat	Actes en 2020	Actes au premier semestre 2021
1	4000	*
2	4515	*
5	375	*
6	4658	*
7	4080	*
8	*	*
9	*	*
11	442	*
12	1440	*
14	5208	*
15	*	1594
16	400	*
17	3078	*
18	6500	*
20	3212	*
21	3536	*
22	3626	*
25	*	1957
26	*	2622
28	*	3477
30	*	2456
31	*	2749
32	3763	*
<i>Tableau 4 : Activité de l'échantillon</i>		

\* : Données non disponibles

Plusieurs médecins ont souligné le fait que l'année 2020 n'était pas représentative de leur activité habituelle, du fait de la crise due au COVID-19. Six médecins n'avaient pas accès à l'information au moment du questionnaire, mais ont pu transmettre le nombre de consultations et visites au premier

semestre 2021 ; ils avaient une moyenne de 2476 actes pour un minimum de 1594 actes et un maximum de 3477 actes.

2) Données du quatrième trimestre de 2021

Les données étaient disponibles pour 22 participants. L'un des participants était jeune retraité et n'avait donc pas de données pour l'année 2021.

Numéro d'anonymat	Psychotropes chez les patients âgés au 1er trimestre 2021	Benzodiazépines hypnotiques 1er trimestre 2021	Benzodiazépines anxiolytiques 1er trimestre 2021
1	0	0,261	0,267
2	0,028	0,5	0,156
5	0	0,5	0
6	0,029	0,167	0,071
7	0,031	0,4	0,018
8	0	0	0
9	0,026	0,2	0,11
11	0	0	0
12	0	0,412	0,103
14	0,119	0,3	0,17
15	0	*	0
16	0	1	0,059
17	0	0,33	0,25
18	*	*	*
20	0,07	0,3	0,05
21	0,029	0,2	0,185
22	0,04	0,333	0,143
25	0,074	0,287	0,086
26	0	0,375	0,088
28	0	0,618	0,179
30	0	0	0
31	0,02	0,26	0,111
32	0,027	0,308	0,038

*Tableau 5 : Données ROSP – 4ème trimestre 2021*

\* : Données non disponibles

Les participants avaient en moyenne 2.2% de leur patientèle âgée de plus de 75 ans ne bénéficiant pas de l'ALD 23 (troubles psychiatriques) ayant au moins 2 psychotropes prescrits. Ce chiffre était de 4.4% en moyenne chez l'ensemble des médecins généralistes en 2021 (73). Pour rappel,

l'objectif intermédiaire de cet item est 10 % et l'objectif cible est inférieur à 3% (73). La différence était significative avec un  $p = 0.005$  avec un intervalle de confiance IC 95% : [0.0099, 0.0341].

Concernant la part des patients sous benzodiazépines hypnotiques dont le traitement est supérieur à quatre semaines, le chiffre était de 32.1% pour les participants alors qu'il est de 43.7% à l'échelle nationale en 2021 (73). Pour rappel, l'objectif intermédiaire est de 47% et l'objectif cible est d'être inférieur à 30% (73). La différence était significative avec un  $p = 0.019$  IC 95% : [0.2140, 0.4000].

Enfin, pour la part des patients sous benzodiazépines anxiolytiques dont la durée de traitement est supérieure à douze semaines, les participants avaient en moyenne un pourcentage de 9.5% au premier trimestre 2021. Au niveau national, le chiffre était de 15.2% (73). Pour rappel, l'objectif intermédiaire est 19% et l'objectif cible est d'être inférieur à 9% (73). On retrouvait une différence par rapport aux données nationales significative, avec un  $p = 0.006$  et un IC 95% : [0.0545, 0.1330].

Les données sont résumées dans le tableau 5.

### 3) Données de 2020

Les données étaient disponibles pour 19 médecins de l'échantillon.

En 2020, les participants avaient en moyenne 3.2% de leur patientèle âgée de plus de 75 ans ne bénéficiant pas de l'ALD 23 (troubles psychiatriques) ayant au moins 2 psychotropes prescrits. Ce chiffre était de 4.5% en moyenne chez l'ensemble des médecins généralistes en 2020 (71). On note une tendance à la baisse mais la différence n'était pas significative ( $p = 0,087$  ; IC95% : [0.0109, 0.0495])

Concernant la part des patients sous benzodiazépines hypnotiques dont la durée du traitement est supérieure à 4 semaines, le pourcentage est de 29.5% dans l'échantillon de l'étude alors qu'il est de 42.9% à l'échelle nationale (71). Cette différence était significative, avec un  $p = 0,019$  et un IC 95% [0.1875, 0.3935].

Enfin, pour la part des patients sous benzodiazépine anxiolytique dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines, les médecins de mon échantillon avaient en moyenne un résultat de 11.6% en 2020. Au niveau national, le chiffre était de 15.0%. Malgré une tendance en faveur de

l'hypnose, cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p=0,083$  ; IC95% : [0.0645, 0.1636]).

Les données sont résumées dans le tableau 6.

Numéro d'anonymat	Psychotropes chez les patients âgés 2020	Benzodiazépines hypnotiques en 2020	Benzodiazépines anxiolytiques en 2020
1	0	0,375	0,19
2	*	*	*
5	0	0,5	0
6	0,0588	0,25	0,0769
7	0,08	0,42	0,025
8	*	*	*
9	*	*	*
11	0	0	0
12	0	0,5	0,158
14	0,073	0,333	0,185
15	0	0	0,25
16	0	1	0
17	0	0	0,077
18	0,0811	0,5	0,1818
20	0,07	0,4	0,031
21	0,0294	0,16	0,2222
22	0,0625	0,0789	0,3333
25	0,099	0,287	0,089
26	0	0,286	0,103
28	0	0	0,106
30	*	*	*
31	0,022	0,38	0,098
32	0,027	0,222	0,078

*Tableau 6 : Données ROSP - 2020*

\* : Données non disponibles

#### 4) Données de 2019

Les données de 2019 étaient disponibles pour 16 médecins. Cette diminution du nombre de données disponibles s'explique soit par une installation récente, soit par un refus des médecins interrogés d'aller chercher l'information, celle-ci étant plus compliquée d'accès que celle de l'année en cours.

En moyenne, 2.8% des patients âgés de plus de 75 ans ne bénéficiant pas de l'ALD 23 avaient au moins 2 psychotropes prescrits dans cet échantillon, versus 4.6% au niveau national (73). Alors qu'il



augmentait entre 2019 et 2020 chez les médecins interrogés, ce chiffre était stable au niveau national. Cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,066$  IC 95% : [0.0001, 0.04896]).

Concernant la prescription de benzodiazépines hypnotiques, la moyenne du critère ROSP des médecins de mon échantillon était de 27.7% fin décembre 2019, versus 41.0% au niveau national en 2019 (73). Cette différence était statistiquement significative avec un  $p = 0,007$  IC 95% [0.1967, 0.3430].

Enfin concernant la prescription de benzodiazépines anxiolytiques, le critère ROSP des participants était en moyenne de 20.1% en 2019, versus 14.3% au niveau national (73). Cette différence n'était pas significative, avec un  $p = 0,700$  IC95% [0.0850, 0.3725].

Les données sont résumées dans le tableau 7.

Numéro d'anonymat	Psychotropes chez les patients âgés 2019	Benzodiazépines hypnotiques 2019	Benzodiazépines anxiolytiques 2019
1	*	*	*
2	*	*	*
5	*	*	*
6	0	0,4286	0,0769
7	0,0714	0,33	*
8	*	*	*
9	*	*	*
11	0	0	0
12	0,024	0,235	*
14	0,098	0,765	0,149
15	*	*	*
16	0	0	0,09
17	0,042	0,25	*
18	0,0571	0,4	0,15
20	0,026	0,375	*
21	0	0,1667	0,6
22	0	0,1935	0,6429
25	0,075	0,316	0,1
26	0	0,286	0,135
28	0	0,214	*
30	*	*	*
31	0,046	0,27	0,17
32	0,015	0,2	0,102

*Tableau 7 : Données ROSP - 2019*

\* : Données non disponibles

5) Données de 2018

Les données étaient disponibles pour 15 médecins.

L'indicateur concernant les patients âgés sous psychotrope était de 3.3% en moyenne pour les participants versus 4.8% au niveau national (71). La différence n'était pas significative, avec  $p = 0,067$  IC95% [0.006, 0.0500].

Numéro d'anonymat	Psychotropes chez les patients âgés 2018	Benzodiazépines hypnotiques 2018	Benzodiazépines anxiolytiques 2018
1	*	*	*
2	*	*	*
5	*	*	*
6	0	0,3636	0,08
7	0,033	0,142	0,0417
8	*	*	*
9	*	*	*
11	0	0	0
12	0,013	0,538	0,138
14	0,083	0,666	0,237
15	*	*	*
16	0	0,5	0
17	0,094	0,286	0,286
18	0,0588	0,5	0,2105
20	0,026	0,125	0,031
21	0	0,0833	0,2353
22	*	*	*
25	0,065	0,5	0,111
26	0	0,517	0,12
28	0	0,313	0,119
30	*	*	*
31	0,087	0,227	0,124
32	0,031	0,167	0,088

*Tableau 8 : Données ROSP - 2018*

\* : Données non disponibles

Concernant la prescription de benzodiazépines hypnotiques, la moyenne du critère ROSP des médecins des participants était de 32.7%, versus 42.4% au niveau national en 2019 (71). Cette différence n'était pas significative, avec un  $p = 0,099$ , IC 95% [0.2055, 0.4465].

Enfin concernant la prescription de benzodiazépines anxiolytiques, le critère ROSP était de 12.1% en 2019, versus 14.8% au niveau national (71). La différence n'était pas significative ( $p = 0,256$  et IC 95% [0.0648, 0.1780]).

Les données sont résumées dans le tableau 8.

6) Données de 2017

Les données étaient disponibles pour 13 médecins, deux médecins s'étant installés en 2017 et n'ayant donc pas de données disponibles.

Numéro d'anonymat	Psychotropes chez les patients âgés 2017	Benzodiazépines hypnotiques 2017	Benzodiazépines anxiolytiques 2017
1	*	*	*
2	*	*	*
5	*	*	*
6	0	0,2857	0,0714
7	*	*	*
8	*	*	*
9	*	*	*
11	0	0	0
12	0,041	0,44	0,152
14	*	*	*
15	*	*	*
16	0	0,75	0,0556
17	0,06	0,333	0,18
18	0	0,3333	0,1875
20	0	0,125	0,156
21	0	0,04	0,1875
22	*	*	*
25	0,029	0,588	0,1
26	0	0,4	0,183
28	0	0,188	0,146
30	*	*	*
31	0,051	0,46	0,127
32	0,032	0,071	0,048

*Tableau 9 : Données ROSP - 2017*

\* : Données non disponibles

L'indicateur concernant les patients âgés sous psychotrope était de 1.6% versus 5.0% au niveau national (73). Cette différence était significative avec un  $p = 0,003$  IC 95% : [0.0000, 0.0300].

Concernant la prescription de benzodiazépines hypnotiques, la moyenne du critère ROSP des médecins de l'échantillon était de 30.9%, versus 40.9% au niveau national en 2019 (73). La différence n'était pas significative, avec un  $p = 0,127$ , IC 95% : [0.1667, 0.4400].

Enfin concernant la prescription de benzodiazépines anxiolytiques, le critère ROSP était de 12.2% en 2019, versus 15.0% au niveau national (73). La différence n'était pas statistiquement significative, avec un  $p = 0,279$  IC95% : [0.0856, 0.1668].

Les données sont résumées dans le tableau 9.

## Discussion

Cette étude observationnelle et rétrospective a regroupé 23 médecins formés à l'hypnose.

Les participants pratiquaient en moyenne depuis 2014, et la moitié s'étaient formés via une structure privée. Les indications de l'hypnose étaient très diverses, avec en premier lieu les problématiques psychiatriques et la gestion des douleurs.

On retrouve une tendance à la baisse sur la prescription des benzodiazépines au-delà de la durée recommandée et des psychotropes chez les patients âgés dans mon échantillon par rapport à la moyenne nationale. Cette diminution de prescription se retrouve pour toutes les années, et dans tous les items, sauf pour les benzodiazépines anxiolytiques en 2019. Cette différence est statistiquement significative pour la prescription des psychotropes chez les patients âgés ( $p = 0.005$  IC 95% : [0.0099, 0.0341]), pour la prescription de benzodiazépines hypnotique ( $p = 0.019$  IC 95% : [0.2140, 0.4000]) et pour la prescription des benzodiazépines anxiolytiques ( $p = 0.006$  IC 95% : [0.0545, 0.1330]) au premier trimestre 2021 ; pour la prescription de benzodiazépine hypnotique en 2020 ( $p = 0,019$  et un IC 95% [0.1875, 0.3935]) et en 2019 ( $p = 0,007$  IC 95% [0.1967, 0.3430]) et pour la prescription de psychotropes chez les patients âgés en 2017 ( $p = 0,003$  IC 95% : [0.0000, 0.0300]).

### I. Comparaison avec les données de la littérature

L'hypnothérapie n'étant pas réglementée, il n'existe pas de données exhaustives sur les caractéristiques démographiques des hypnothérapeutes, il est donc difficile de savoir si l'échantillon est représentatif de cette population.

Concernant les médecins généralistes, l'atlas de la démographie médicale en France de 2020, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) permet d'avoir des données démographiques récentes les concernant (74). On retrouve une moyenne d'âge de 50,1 ans et une parité respectée (50.4% de femmes) (74). L'échantillon de cette étude est donc légèrement plus âgé (moyenne d'âge 53,8 ans) et plus féminisé (57% de femmes). La différence d'âge peut

s'expliquer par le temps qu'il faut au médecin généraliste pour décider de se former. En ce qui concerne l'activité, à l'échelle nationale, les médecins généralistes ont effectué en moyenne 4413 consultations et visites sur l'année 2020 contre 3256 actes dans mon échantillon (68). Les médecins formés à l'hypnose auraient donc tendance à pouvoir faire moins d'actes, peut être en lien avec la nécessité d'adapter leur emploi du temps pour une mise en place de consultations d'hypnose nécessitant des durées plus longues.

Concernant la populations des médecins généralistes formés à l'hypnose dans les thèses existantes et citées plus haut, lorsque ces données étaient disponibles, l'âge des médecins interrogés était en moyenne entre 50 et 55 ans et les femmes étaient le plus souvent majoritaires, à l'exception de deux études, ce qui se rapproche de la population de mon échantillon (21,25,26,28,29,42,72). La répartition des organismes de formation est hétérogène, par exemple les DU représentent 70% des formations dans la thèse de Deboislorey et seulement 11% dans la thèse de Gallet (28,42). Le nombre d'années de pratique était également variable, les moyennes allant de 3 à 11 ans (versus 6 ans dans mon échantillon) (21,25,26,28,29,42,72). Concernant le nombre de consultations d'hypnose, la thèse de Deboislorey retrouvait une moyenne de 28 consultations par mois et la thèse de Terrat en retrouvait 10 (versus environ 19 par mois dans mon échantillon) (29,42). Les caractéristiques de notre échantillon de médecins restent malgré tout superposable à celles rapportées dans les études citées.

Au niveau géographique, toutes spécialités confondues, 20.9% des médecins inscrits à l'ordre exercent dans la région île de France, et 7.7% dans la région Grand Est (74). On retrouve une répartition géographique différente pour les participants de l'étude, probablement secondaire à un biais de sélection, avec notamment une surreprésentation de la région Grand Est (23% de l'échantillon), expliquée par la localisation géographique de l'enquêtrice, et une absence de certaines régions, dû à une difficulté à faire parvenir le questionnaire.

Les données de la littérature concernant le lien entre hypnose et prescription sont surtout présentes dans le domaine hospitalier. Il a été démontré que la pratique de l'hypnose diminuait la consommation d'antalgiques pendant l'accouchement et la consommation médicamenteuse en générale pendant l'anesthésie (1,70). Les suggestions post-hypnotiques permettent également de réduire la consommation d'opiacés en post-opératoire (75). Les thérapies complémentaires, dont l'hypnose, permettent une légère diminution de la consommation d'opioïdes dans les douleurs (76). Ainsi, la pratique de l'hypnose semble être en faveur d'une diminution de la consommation médicamenteuse dans la littérature internationale, ce qui va dans le sens de notre étude.

Concernant l'hypnose en médecine générale en France, plusieurs études qualitatives s'accordent à dire que la pratique de l'hypnose permettrait de diminuer la prescription médicamenteuse (21,25,26,28,29). La thèse de Fagbemi D, étude quantitative s'appuyant sur la ROSP, retrouve également une diminution de la prescription de psychotropes et de benzodiazépines comparativement à un groupe de médecin généraliste non formés (72). La thèse de Geoffrion J, s'intéressant à la consommation de benzodiazépines chez les patients bénéficiant d'une prise en charge par l'hypnose, retrouve également une diminution de la consommation (35). Légereau L (2021) retrouve dans une étude au design semblable à la nôtre avec un effectif de 52 médecins, une tendance à la baisse sans différence significative pour la prescription de benzodiazépines anxiolytiques en 2018 et un pourcentage similaire pour les benzodiazépines hypnotiques en 2018 (77). Les différences retrouvées dans mon étude concernaient les années 2017, 2019, 2020 et 2021, l'année 2018 n'ayant pas de données significativement différentes également.

Les études quantitatives sur le lien entre hypnose et prescription en médecine générale sont encore peu nombreuses. Certaines, comme la nôtre, sont en faveur de ce que suggèrent les études qualitatives : l'hypnose permet de diminuer les prescriptions d'hypnotique (35,72). D'autres comme celle de Légereau ne permettent pas de conclure à une différence (77). Il semble nécessaire de reconduire ce type d'étude sur un effectif plus grand. Cependant, les résultats de notre étude sont

encourageants et en faveur d'un impact positif d'une formation à l'hypnose sur la diminution de benzodiazépine en médecine générale.

## II. Forces et faiblesses

Le choix d'un critère ROSP comme critère de jugement principal est pertinent car il est objectif et en lien avec des objectifs de santé publique. Il présente cependant des limites :

- Pour les psychotropes en général, il s'intéresse seulement aux patients de plus de 75 ans. La surprescription de psychotropes chez les patients plus jeunes ne peut pas être étudiée avec ce critère.
- Pour les benzodiazépines, anxiolytiques et hypnotiques, sont recherchées seulement les prescriptions dépassant la durée recommandée parmi les patients recevant un traitement par benzodiazépines. On peut supposer au travers des différentes études précédemment citées qu'une formation à l'hypnose permet également de réduire les initiations de traitement par benzodiazépines, y compris celles respectant les durées préconisées, sans que cela ne soit visible sur le critère ROSP.

Malgré ces limites, les critères ROSP restent un critère de jugement robuste et objectif, utilisés par exemple dans les études de Fagbemi D et de Légereau D (72,77).

Il existe plusieurs biais de recrutement. Tout d'abord concernant la sollicitation des médecins formés à l'hypnose du fait d'une impossibilité d'obtenir un recueil exhaustif de cette population. Cette étude est également grevée par un nombre important de refus parmi les médecins contactés. Un biais de sélection et de volontariat est inhérent également à la nécessité d'adapter nos méthodes de contact des différents praticiens et à la réalisation d'une étude basée sur un entretien. Pour autant, au vu des caractéristiques de notre population et celles des études publiées sur le même sujet, nous pouvons estimer qu'elle reste relativement représentative des médecins généralistes formés à l'hypnose.



Du fait de sa taille de 23 médecins, inhérents aux contraintes citées plus haut, les résultats statistiques souffrent d'un manque de puissance. Pour autant, cette étude est parvenue à réunir des profils de praticiens variés, dont les caractéristiques démographiques se rapprochent de la population des médecins généralistes français et nous estimons que les résultats obtenus montrent une tendance à confirmer mais non négligeable quant au bénéfice que peut avoir l'hypnose sur la prescription médicale. L'utilisation d'un test de Wilcoxon, adapté aux petits échantillons, permet également de contrôler ce biais-là.

Afin de limiter un potentiel biais de confusion, les facteurs de confondant recherchés vis-à-vis de la prescription ont été la présence d'autres formations et la fréquence des visiteurs médicaux. En effet, il a été démontré que les visites des représentants pharmaceutiques avaient pour conséquence plus de prescriptions, de produits plus chers mais par plus efficaces, chez les médecins les recevant (48,49). Plus particulièrement, les médecins recevant des visiteurs médicaux sont plus susceptibles de prescrire des benzodiazépines (78). En France, l'étude par la société Ipsos pour l'HAS retrouve une fréquence hebdomadaire de plus de cinq visiteurs médicaux chez les médecins généralistes en 2009, cependant il est possible que ce chiffre ai diminué depuis car la HAS a œuvré pour la régularisation et la diminution de cette pratique (79,80). A noter que 20% des médecins généralistes ne recevaient pas de visiteurs médicaux (79). Parmi les participants, la moitié ne recevait pas de visiteurs médicaux, et la fréquence était divisée par quatre parmi ceux recevant des visiteurs médicaux (cinq par mois), pouvant expliquer une plus faible prescription dans mon échantillon.

Il n'est également pas exclu que les médecins généralistes décidant de se former à l'hypnose soient déjà sensibilisés au préalable à la question de la sur-médication et aient tendance d'emblée à moins prescrire que le reste des médecins généralistes. Afin d'étudier cette éventualité, il serait intéressant d'effectuer une étude s'intéressant à la prescription du médecin généraliste avant et après formation.

## Conclusion

Notre étude observationnelle rétrospective sur 23 médecins met en évidence que notre échantillon de médecins généralistes formés semble avoir des indicateurs ROSP en-dessous des moyennes nationales, suggérant un niveau de prescription se rapprochant des objectifs de santé publique. Les calculs statistiques montrent une différence significative pour les trois items ROSP du premier trimestre 2021, pour la prescription de benzodiazépine hypnotique en 2020 et en 2019 et pour la prescription de psychotropes chez les patients âgés en 2017.

L'utilisation d'un critère objectif et pertinent avec la ROSP et la représentativité de l'échantillon font parties des forces de cette étude. La petite taille de l'échantillon et les différents biais de l'étude, en particuliers la faible fréquentation des visiteurs médicaux, nous invitent à considérer ces résultats avec prudence. Ils sont cependant encourageants quant à l'intérêt de la formation à l'hypnose en médecine générale et l'importance d'une meilleure reconnaissance de cette pratique. Ainsi, il serait intéressant de réaliser une étude de plus grande envergure, avec plus de sujets, afin de confirmer cette tendance. Il serait également intéressant de créer une étude permettant d'évaluer si les habitudes de prescription changent avant et après formation.

VU

Strasbourg, le 21.10.2022

Le Président du Jury de thèse

Professeur Fabrice Berna

VU et approuvé

Strasbourg, le 08 NOV 2022

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean Sialle

**Professeur Fabrice BERNA**  
 Professeur des Universités, Praticien Hospitalier  
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
 Hôpital Civil - 1, place de l'Hôpital  
 F-67081 STRASBOURG Cedex  
 Tél. : 03 88 11 05 46 - Fax : 03 88 11 54 22  
 N° RPPS : 10004057319

## Annexe :

Questionnaire :

- 1) Consentez-vous à ce que vos données soient utilisées pour mon travail de recherche ? Les données seront totalement anonymisées
- Oui Non

Nous allons commencer par des questions pour cibler votre profil et votre pratique en tant que médecin

- 2) Êtes-vous
- Un homme Une femme
- 3) Quel âge avez-vous ?
- 4) En quelle année avez-vous débuté votre exercice ?
- 5) Vous êtes
- Libéral Salarié Remplaçant
- 6) Votre activité est (si remplaçant, activité principale) :
- Rural Semi-rurale Citadine
- 7) Quel est le code postal de votre lieu d'exercice ?
- 8) A quelle fréquence recevez-vous des visiteurs médicaux ?

Les prochaines questions s'intéressent plus particulièrement à votre pratique de l'hypnose

- 9) En quelle année avez-vous effectué votre première formation à l'hypnose ?
- 10) Via quelle structure avez-vous effectué votre première formation à l'hypnose ?
- Diplôme universitaire
  - Formation via organisme de formation continue de médecine générale
  - Formation via une association d'hypnose
  - Autre
- 11) En quelle année avez-vous commencé à pratiquer l'hypnose ?
- 12) Quelle est votre pratique de l'hypnose ?
- Consultations sur journée / demi-journée dédiées
  - Consultations intercalées avec le reste des activités libérales
  - Hypnose conversationnelle seulement
  - Hypnose conversationnelle en plus de consultations dédiées
  - Pas de mise en pratique
  - Pratique exclusive
  - Autre
- 13) Quelle est la fréquence de vos séances d'hypnose par semaine en moyenne ?
- 14) Concernant les patients bénéficiant d'une séance d'hypnose, s'agit-il
- Majoritairement votre patientèle habituelle de médecine générale
  - Majoritairement des patients adressés par des confrères
  - Environs autant de patients de votre patientèle que de patients adressés
  - Autre

- 15) Dans quelles principales indications pratiquez-vous l'hypnose ?
- 16) Avez-vous d'autres formations ?

Cette dernière partie récolte des informations permettant de chercher si l'hypnose a une influence sur votre pratique. Les réponses à ces questions font appel à votre RIAP et à votre ROSP.

- 17) Quel est votre nombre d'acte par an (sur l'année 2020) ? (Consultations + VAD)
- 18) Au premier trimestre 2021, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 ( $\geq 2$ ) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ?
- 19) Au premier trimestre 2021 quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est  $>$  à 4 semaines ?
- 20) Au premier trimestre 2021, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est  $>$  à 12 semaines ?
- 21) En 2020, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 ( $\geq 2$ ) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ?
- 22) En 2020, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est  $>$  à 4 semaines ?
- 23) En 2020, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est  $>$  à 12 semaines ?
- 24) En 2019, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 ( $\geq 2$ ) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ?
- 25) En 2019, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est  $>$  à 4 semaines ?
- 26) En 2019, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est  $>$  à 12 semaines ?
- 27) En 2018, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 ( $\geq 2$ ) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ?
- 28) En 2018, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est  $>$  à 4 semaines ?
- 29) En 2018, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est  $>$  à 12 semaines ?
- 30) En 2017, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 ( $\geq 2$ ) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ?
- 31) En 2017, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est  $>$  à 4 semaines ?
- 32) En 2017, quelle est votre part des patients (dont vous êtes le médecin traitant) ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est  $>$  à 12 semaines ?
- 33) Connaissez-vous d'autres médecins généralistes formés à l'hypnose ?

## Bibliographie

1. Cuvillon P, Marcou A, Bernard F, Tran G, Suarez B. Hypnose et anesthésie en 2019 : de la neuroscience au bloc opératoire. *Anesthésie & Réanimation*. 1 mars 2020;6(2):270-80.
2. Bioy A. Chapitre premier. Une rétrospective. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017 [cité 31 juill 2022]. p. 5-24. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-hypnose--9782130786122-p-5.htm>
3. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Minuit; 2003. 238 p.
4. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. Inserm; 2015 juin [cité 24 août 2021] p. 213. (U1178 Santé Mentale & Santé Publique). Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-lhypnose-2015/>
5. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 nov 2013;171(9):658-61.
6. Robin F. Hypnose. Processus, suggestibilité et faux souvenirs [Internet]. De Boeck Supérieur. De Boeck Supérieur; 2013 [cité 28 juill 2021]. 170 p. (Le point sur... Psychologies). Disponible sur: [https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/feuilleter.php?ID\\_ARTICLE=DBU\\_ROBIN\\_2013\\_01\\_0011](https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DBU_ROBIN_2013_01_0011)
7. Erickson MH. Première conférence : L'utilisation des processus inconscients dans l'hypnose. In: *L'hypnos thérapeutique Quatre conférences*. ESF éditeur. 1998.
8. American Psychological Association. hypnosis – APA Dictionary of Psychology [Internet]. APA Dictionary of Psychology. 2020 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://dictionary.apa.org/hypnosis>
9. Larousse É. Définitions : hypnose - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 août 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>

10. Erickson MH. Deuxième conférence : la modification par l'hypnose de l'orientation à la réalité : son utilisation thérapeutique. In: L'hypnose thérapeutique Quatres conférences. 1998. (ESF éditeur).
11. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*. 1 oct 2014;44(4):343-53.
12. Benhaïem JM. Le guide de l'hypnose. 2ème édition. in press; 2019.
13. Bioy A, Michaux D. Glossaire. In: *Traité d'Hypnothérapie* [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 4 août 2022]. p. 469-72. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-hypnotherapie--9782100800186-p-469.htm>
14. Gruzelier J. The state of hypnosis: evidence and applications. *QJM : an international journal of medecine*. 1996;(89).
15. Terhune DB, Cardeña E, Lindgren M. Differential frontal-parietal phase synchrony during hypnosis as a function of hypnotic suggestibility. *Psychophysiology*. 2011;48(10):1444-7.
16. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cereb Cortex*. 1 août 2017;27(8):4083-93.
17. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry*. 1 févr 1999;45(3):327-33.
18. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic Visual Illusion Alters Color Processing in the Brain. *AJP*. août 2000;157(8):1279-84.
19. Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology-Paris*. 1 juin 2006;99(4-6):463-9.
20. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*. 15 août 2002;14(6):887-901.

21. Jacquot A. Les représentations de l'hypnose médicale chez les médecins généralistes formés ou non à cette pratique [Internet] [thèse de médecine générale]. Université de Lorraine; 2016 [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932368>
22. Luigi R. Webzine n°3 Quelle place pour les médecines complémentaires ? [Internet]. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2015 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>
23. Bontoux D. Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2013 [cité 28 déc 2020]. (Bull. Acad. Natle Méd.). Report No.: 13-04. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/therapies-complementaires-acupuncture-hypnose-osteopathie-tai-chi-leur-place-parmi-les-ressources-de-soins/>
24. Weyne M. Représentations de l'hypnose et des thérapies brèves chez les internes de médecine générale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de Médecine Générale nantais [Internet] [thèse de médecine générale]. [faculté de médecine]: Université de Nantes; 2019 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: [http://www.chu-rouen.fr/page/doc/DOC\\_341931](http://www.chu-rouen.fr/page/doc/DOC_341931)
25. Desmars C. Intérêts de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne. [S.l.]: Université de Rennes 1; 2011.
26. Le Roch C. Les impacts d'une formation à l'hypnose médicale pour des médecins généralistes d'île de France [Internet] [thèse de médecine générale]. [faculté de médecine Paris Sud]: Paris XI; 2018. Disponible sur: [http://www.sfm.org/publications/les\\_theses/les\\_impacts\\_dune\\_formation\\_a\\_lhypnose\\_medicale\\_pour\\_des\\_medecins\\_generalistes\\_dile-de-france.html](http://www.sfm.org/publications/les_theses/les_impacts_dune_formation_a_lhypnose_medicale_pour_des_medecins_generalistes_dile-de-france.html)

27. Bosc A. Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose: Etude qualitative en Île de France, Bretagne et Pays de Loire [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.
28. Gallet E. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. [Tours]: François Rabelais, Tours; 2011.
29. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France [Internet] [thèse de médecine générale]. Université Paris Descartes; 2016 [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922>
30. CCAM en ligne - [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-detaillee.php?code=ANRP001&fiche\\_date=01%2F01%2F2018&fiche\\_activite=1&fiche\\_phase=0&onglet=2&set\\_onglet=3](https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-detaillee.php?code=ANRP001&fiche_date=01%2F01%2F2018&fiche_activite=1&fiche_phase=0&onglet=2&set_onglet=3)
31. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. *L'Encéphale*. 1 oct 2017;43(5):498-501.
32. Benhaïem JM. Webzine n°3 - Quelles places pour les médecines complémentaires [Internet]. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2015 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-9>
33. Département de médecine générale S. Le portfolio - DMG Strasbourg [Internet]. DMG Strasbourg. 2017 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/le-portfolio/>
34. Raineri DF, Jousseïlin C, Becchio J, Gourdet S. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. *documents de recherche en médecine générale*. 1997;(49):46-56.



35. Geoffrion J. Influence de l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées. Enquête quasi-expérimentale avant-après chez des patients sous traitement chronique en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor. Université de Rennes 1; 2016.
36. 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. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 avr 2019;99:298-310.
37. Mlika-Cabanne N, Durocher A. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans [Internet]. HAS; 2000 [cité 25 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272030/fr/evaluation-et-strategies-de-prise-en-charge-de-la-douleur-aigue-en-ambulatoire-chez-l-enfant-de-1-mois-a-15-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272030/fr/evaluation-et-strategies-de-prise-en-charge-de-la-douleur-aigue-en-ambulatoire-chez-l-enfant-de-1-mois-a-15-ans)
38. Billot M, Jaglin P, Rainville P, Rigoard P, Langlois P, Cardinaud N, et al. Hypnosis Program Effectiveness in a 12-week Home Care Intervention To Manage Chronic Pain in Elderly Women: A Pilot Trial. *Clinical Therapeutics*. 1 janv 2020;42(1):221-9.
39. Pauchet-Traversat AF, Nacu A. Syndrome fibromyalgique de l'adulte - Rapport d'orientation [Internet]. 2010 [cité 25 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_993899/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_993899/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte)
40. De Pascalis V, Perrone M. EEG asymmetry and heart rate during experience of hypnotic analgesia in high and low hypnotizables. *International Journal of Psychophysiology*. 1 févr 1996;21(2-3):163-75.
41. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 1 avr 2005;31(2):182-94.
42. Deboislorey C. L'apport de la pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale sur le risque de burn-out du médecin généraliste : étude quantitative sur les médecins généralistes

français [Internet]. 2022 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03586908>

43. Scagnelli-Jöbsis J. Hypnosis with Psychotic Patients: A Review of the Literature and Presentation of a Theoretical Framework. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1 juill 1982;25(1):33-45.

44. Helgason C, Sarris J. Mind-body medicine for schizophrenia and psychotic disorders: a review of the evidence. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. oct 2013;7(3):138-48.

45. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. *Santé Publique*. 2015;27(3):353-62.

46. Pilorge C, Rochut J. Effet de la densité des médecins généralistes sur la prescription de médicaments. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2015;63:S20.

47. Le Moigne P. Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale. *Sociologie Santé*. 1 janv 2009;

48. Greffion J, Breda T. Façonner la prescription, influencer les médecins. *Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs* [Internet]. 17 juin 2015 [cité 6 oct 2022];(17). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/regulation/11272>

49. Gerson M. Prescription et influence de la visite médicale. *Médecine*. 15 déc 2015;11(10):441-441.

50. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez JP, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Thérapies*. 1 nov 2003;58(6):513-7.

51. Darmon D. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale [Internet] [phdthesis]. Université Claude Bernard - Lyon I; 2014 [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02467763>

52. Deblonde T, Dreyer M, Hartemann P. Résidus médicamenteux et eau destinée à la consommation humaine. *Hegel*. 2012;3(3):12-20.
53. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Item 74 : Prescription et surveillance des psychotropes. In: *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. p. 417-46. (L'officiel ECN).
54. Ankri J, Collin J, Pérodeau G, Beaufile B. Médicaments psychotropes et sujets âgés une problématique commune France-Québec ? (synthèse de la littérature). *Sciences Sociales et Santé*. 2002;20(1):35-62.
55. Kandel (Olivier), KANDEL (Olivier), RIPAULT (Audrey), JOURDAIN (Maud), BOUCHE (Gauthier). La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes ? Étude transversale en médecine générale sur 2 896 actes. *La revue du praticien*. 2008;58(12):19-24.
56. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete)
57. Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C, Venisse JL. Sujets âgés et benzodiazépines : de la consommation à la dépendance. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 août 2008;8(46):9-16.
58. HAS. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie)
59. Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2008 [cité 9 juill 2022]. Disponible

sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age](https://www.has-sante.fr/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age)

60. Haute Autorité de Santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire)

61. Richard N. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Agence Nationale de Sûreté du Médicament et des produits de santé; 2017 avr. Report No.: ANSM.

62. Clerc P, Sae Tang S. Primo-prescription des benzodiazépines : les alternatives non médicamenteuses sont-elles crédibles ? MEDECINE. 2020;16(9):404-8.

63. Sae Tang S. Alternative à la primo-prescription de benzodiazépines en médecine générale : recommandations après revue systématique des études d'intervention. Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines; 2020.

64. La Rosp [Internet]. ameli.fr. 2020 [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>

65. La Rosp du médecin traitant de l'adulte [Internet]. ameli.fr. 2021 [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>

66. L'Assurance Maladie. La Rémunération sur objectifs de santé publique en 2021. 2022.

67. Convention 2016 - Nouvelle ROSP [Internet]. ameli.fr. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/>

68. Assurance Maladie. Activité des médecins libéraux par région en 2020 | L'Assurance Maladie [Internet]. assurance-maladie.ameli.fr. 2022 [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-medecins-liberaux-region-2020>

69. Assurance Maladie Aube. Votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP) - Comment le lire. 2010.
70. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 mai 2016;(5):CD009356.
71. Emmanuel Boselli, Nathalie Demaille, Géraldine Fuchs, Aicha Manseur. Evaluation de la communication thérapeutique pour améliorer l'accueil du patient au bloc opératoire: étude d'impact. *Canadian Anesthesiologists' Society*. 2018;(65):1138-46.
72. Fagbemi D. Hypnose médicale et influence sur la pratique en médecine générale. [Faculté de santé]: Université D'angers; 2021.
73. Carriau P, Reynaud C. Communiqué de presse du 22 avril 2021 : La rémunération sur objectifs de santé publique en 2020. *l'Assurance Maladie*; 2021 avr.
74. Bouet P, Gerard-Varet JF. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2020. *Ordre National des Médecins*;
75. Nowak H, Zech N, Asmussen S, Rahmel T, Tryba M, Oprea G, et al. Effect of therapeutic suggestions during general anaesthesia on postoperative pain and opioid use: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 10 déc 2020;371:m4284.
76. Garland EL, Brintz CE, Hanley AW, Roseen EJ, Atchley RM, Gaylord SA, et al. Mind-Body Therapies for Opioid-Treated Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 janv 2020;180(1):91-105.
77. Légereau L, Bonnard M, Tétart J, Barbaroux A. Training in medical hypnosis and prolonged use of benzodiazepines: The French national health insurance data. *Thérapies*. 1 sept 2021;76(5):507-10.
78. CORMACK M, HOWELLS E. Factors Linked to the Prescribing of Benzodiazepines by General Practice Principals and Trainees. *Family Practice*. 1 déc 1992;9(4):466-71.

79. Greffion J. Les rythmes d'une relation d'influence : médecins libéraux et visiteuses de l'industrie pharmaceutique. Actes de la recherche en sciences sociales. 2019;226-227(1-2):48-71.

80. Haute Autorité de Santé. Référentiel de certification de la visite médicale.

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : GRANDE Prénom : Isabelli

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que je'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale :

À Schiltigheim, le 02/11/2022

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

## **RÉSUMÉ :**

**Objectif :** L'objectif principal est de vérifier si les médecins généralistes ayant une formation à l'hypnose prescrivent moins de psychotropes et de benzodiazépines par rapport au reste de leurs confrères. L'objectif secondaire est de recueillir les caractéristiques des médecins généralistes formés à l'hypnose.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective sur 23 médecins avec utilisation des critères ROSP pour comparaison à la population générale des médecins généralistes français. Les données ont été comparées avec un test de Wilcoxon

**Résultats :** Les participants pratiquaient en moyenne depuis 2014, et la moitié s'était formée via une structure privée. Les indications de l'hypnose étaient très diverses, avec en premier lieu les problématiques psychiatriques et la gestion des douleurs. On retrouve une tendance à la baisse sur la prescription des benzodiazépines au-delà de la durée recommandée et des psychotropes chez les patients âgés. Cette différence était significative pour : la prescription des psychotropes chez les patients âgés ( $p = 0.005$  IC 95% : [0.0099, 0.0341]), pour la prescription de benzodiazépines hypnotique ( $p = 0.019$  IC 95% : [0.2140, 0.4000]) et pour la prescription des benzodiazépines anxiolytiques ( $p = 0.006$  IC 95% : [0.0545, 0.1330]) au premier trimestre 2021 ; pour la prescription de benzodiazépine hypnotique en 2020 ( $p = 0,019$  IC 95% : [0.1875, 0.3935]) et en 2019 ( $p = 0,007$  IC 95% : [0.1967, 0.3430]) et pour la prescription de psychotropes chez les patients âgés en 2017 ( $p = 0,003$  IC 95% : [0.0000, 0.0300]).

**Conclusion :** Cette thèse met en évidence que les médecins généralistes formés à l'hypnose ont tendance à avoir de meilleurs indicateurs ROSP comparativement aux moyennes nationales, suggérant un niveau de prescription se rapprochant des objectifs de santé publique. La petite taille de l'échantillon et les différents biais de l'étude nous invitent à considérer ces résultats avec prudence. Ils sont cependant encourageants quant à l'intérêt de la formation à l'hypnose en médecine générale et l'importance d'une meilleure reconnaissance de cette pratique. Ainsi, il serait intéressant de réaliser une étude de plus grande envergure, avec plus de sujets, afin de confirmer cette tendance, voire d'évaluer si les habitudes de prescription changent avant et après formation.

**Rubrique de classement :** Médecine générale

**Mots-clés :** Médecine générale, hypnose, prescription, benzodiazépines, hypnotiques

**Président :** Pr Berna, Chef de Service de Psychiatrie Adulte aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

**Directeur :** Dr Lorenzo, Maître de Conférence des Universités en Médecine Générale

**Assesseur :** Dr Ngoni Atah, médecin généraliste et urgentiste

**Adresse de l'auteur :** 20 rue des Pompiers, 67300 Schiltigheim