

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MÉDECINE
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Sinaida GOMBERT (née ITSKOVICH)

née le 18 Avril 1985 à Tachkent, Ouzbékistan

**Hypnose dans le sevrage
des somnifères en
médecine générale.**

**Enquête qualitative par entretiens
semi-directifs auprès de médecins
généralistes formés à l'hypnose**

**Hypnosis as a means of reducing
the consumption of sleep-inducing
drugs.**

**Interviews with GP's skilled in
medical hypnosis.**

**Thèse soutenue à Rennes,
le 3 Mars 2016**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

Professeur, CHU de Rennes / *Président*

Gabriel ROBERT

Professeur, CHU de Rennes / *Juge*

Eric MENER

Maître de conférence associé, DMG Rennes / *Juge*

Bénédicte DELAMARE

Médecin généraliste, Bain de Bretagne / *directeur de
thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie

DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion

HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie cellulaire

MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERGER Christian Professeur des Universités émérite	Médecine et santé au travail
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile

WATIER Eric

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie

WODEY Eric

Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire

MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur JEGO Patrick,
Vous me faites l'honneur de présider ce Jury et de juger ce travail. Soyez assuré de mes remerciements et de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur ROBERT Gabriel,
Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur MENER Eric,
Tu m'as fait découvrir et aimer l'hypnose. Merci pour la qualité de ton enseignement qui me sert quotidiennement. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je tiens à t'exprimer toute ma gratitude et ma sincère amitié.

A Madame le Docteur DELAMARE Bénédicte,
Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse et de toute l'attention que tu y as apporté. Merci pour tes conseils et ton enseignement précieux dont je profites dans ma vie professionnelle et personnelle.

An meine Eltern und mein Schwesterherz : vielen Dank für Eure Liebe, Eure Unterstützung, Eure Geduld ; für alles, was Ihr für mich gemacht habt und jeden Tag noch macht.

A mon mari Benoît, pour ton amour inconditionnel et ton soutien quotidien. Merci pour ta patience et ton aide précieuse dans ce travail.

A ma belle famille, pour vos encouragements et votre soutien.

A Marie, pour ton amitié à travers les années, pour ton aide précieuse dans cette thèse et les nombreux projets.

A mes amis français et allemands.

A tous les médecins qui ont participé à cette étude. Merci pour le temps que vous m'avez consacré lors de ces entretiens.

To Natasha, thank you for leveling up my scientific English.

Table des matières

1 ABRÉVIATIONS.....	11
2 RÉSUMÉ.....	12
3 ABSTRACT.....	13
4 INTRODUCTION	14
5 MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	16
6 RÉSULTATS.....	17
6.1 DONNÉES STATISTIQUES.....	17
6.2 REPRÉSENTATION PERSONNELLE DU TROUBLE DU SOMMEIL.....	17
6.3 DÉBUT DES SOINS.....	18
6.4 LE SEVRAGE.....	20
6.5 RÉFLEXIONS SUR LE FONCTIONNEMENT	23
7 DISCUSSION.....	25
7.1 ANALYSE DES RÉSULTATS.....	25
7.1.1 UNE APPROCHE DIFFÉRENTE DE L'INSOMNIE.....	25
7.1.2 ÉTUDE DES PRATIQUES DE L'ARRÊT DES SOMNIFÈRES.....	26
7.1.3 ACTION DE L'HYPNOSE	27
7.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	27
8 CONCLUSION.....	29
9 BIBLIOGRAPHE.....	30
10 ANNEXES.....	33

1 ABRÉVIATIONS

BZD : benzodiazépine(s)

HAS : Haute Autorité de Santé

IMHER : Institut Milton H. Erickson du Rhône

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

2 RÉSUMÉ

Introduction : La France est le premier pays consommateur de somnifères (BZD ou apparentées), molécules aux effets secondaires lourds.

L'objectif de cette étude est d'explorer la façon dont les médecins généralistes utilisent l'hypnose pour diminuer les somnifères chez les patients.

Méthode : Seize entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan, formés à l'hypnose. Ils ont été retranscrits puis fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Les médecins hypnothérapeutes proposaient le sevrage des somnifères en hypnose à une partie des patients. La sevrage se déroulait le plus souvent en quelques semaines. L'autonomie du patient dans la gestion de son sevrage a été favorisée par la plupart des médecins. De plus, les patients semblent éviter le syndrome de sevrage ainsi que l'effet rebond à l'arrêt des BZD ou apparentées.

Conclusion : Une étude comparative des pratiques chez les généralistes non formés à l'hypnose serait nécessaire pour évaluer si le sevrage est plus efficace en hypnose.

Mots-clés : somnifères, benzodiazépines, hypnotiques, sevrage, hypnose, médecine générale

3 ABSTRACT

Introduction : France is the largest consumer of sleep-inducing drugs (benzodiazepines and non-benzodiazepine hypnotics). These molecules are used, inter alia, as treatment for sleep disorders despite their adverse side effects. The objective of this study is to explore the ways general practitioners use hypnosis as a means to reduce the consumption of hypnotics in patients.

Method : Sixteen semi-structured interviews were performed with GPs skilled in medical hypnosis from the Ille-et-Vilaine and Morbihan districts. The interviews were written down, then analysed thematically.

Results : The physicians proposed to some of their patients the dehabituating of sleep-inducing drugs using hypnosis. Withdrawal usually took a few weeks. The patient's autonomy in the management of the withdrawal phase was promoted by most of the physicians. Furthermore, the patients seem to avoid the symptoms of the withdrawal as well as the rebound effect typical for benzodiazepines and other hypnotics.

Conclusion : A comparative study with general practitioners not skilled in hypnosis would be necessary to know if the withdrawal is more effective using hypnosis.

Keywords : sleep-inducing drugs, benzodiazepines, hypnotics, withdrawal, hypnosis, general medicine

4 INTRODUCTION

Les troubles du sommeil sont des problèmes très fréquents en médecine.

Des critères internationaux ont été établis pour définir l'insomnie (Annexe 1). Une étude de l'INPES de 2010 a montré une prévalence de l'insomnie chronique en France de 15,8 % chez les personnes âgées de 15 à 85 ans ¹; une autre étude de 2012 a parlé de 19 % ². Les études européennes ont montré des chiffres avoisinants au Royaume-Uni (22%), mais nettement plus bas en Allemagne (5,7%), en Italie (7%), en Espagne (6,4%) ³.

Pour l'HAS, la France reste le premier pays consommateur de somnifères (BZD ou apparentées) ⁴. Leur consommation est 3 à 5 fois plus importante que dans d'autres pays européens. Les conséquences sont d'une part les effets secondaires lourds chez les patients ⁵; d'autre part, les dépenses des caisses de maladie (183 millions d'Euros en 2010 seulement pour la vente des BZD) ¹.

Les guides officiels recommandent les traitements non-médicamenteux en première intention ⁶. Mais une réassurance simple ou des conseils d'hygiène de vie ne suffisent pas toujours aux patients ⁷. La demande d'une solution rapide et efficace s'est installée de plus en plus. Une consultation sans prescription médicamenteuse reste rare. Les médecins parlent d'une part du manque de temps pour expliquer une stratégie non-médicamenteuse et d'autre part d'une demande de prescription médicamenteuse par le patient ⁸.

Les obligations de moyen ont été longtemps la base du contrat médical ¹⁰: le médecin ne pouvant pas s'engager à guérir, il s'engageait à donner les soins consciencieux. Avec les nombreux progrès, la médecine a réussi à être plus rapide, plus efficace, plus performante ; mais aussi plus agressive, plus technique, plus instrumentalisée.

Elle est soumise de plus en plus aux résultats.

En parallèle, des études qualitatives ont vu émerger une autre demande des patients. Ceux-ci sont en recherche d'une médecine « douce », plus « naturelle », ne faisant pas intervenir des molécules pharmacologiques ^{9,11}.

Deux thèses ^{11,12} de médecine générale soutenues à Rennes en 2011 et 2013 ont montré l'intérêt croissant des patients et des médecins pour l'hypnose. C'est un outil thérapeutique ancien, enrichi de nombreux travaux et recherches au travers du temps. Cette pratique semble bien répondre à la demande d'efficacité et peut éviter l'emploi de médicaments.

Les données de la littérature ont indiqué que l'hypnose semble agir sur plusieurs facteurs chez un sujet insomniaque ^{13,14}. Les troubles du sommeil sont souvent associés à un état anxieux ¹⁶. L'hypnose aide à introduire un état de relaxation physique, compatible avec le sommeil, diminuer l'anxiété et l'activité sympathique, la fréquence des cauchemars et des parasomnies. De plus, les recherches ont suggéré que l'hypnose agit aussi bien, voire mieux que les somnifères ¹⁵.

Ses études se sont intéressées aux patients n'ayant pas encore pris de traitement médicamenteux. Mais en médecine générale une grande partie des patients ont déjà un traitement hypnotique ou anxiolytique pour insomnie chronique. Comment les médecins formés à l'hypnose intègrent-ils cet outil dans le soin des patients déjà sous somnifères ?

Dans une approche compréhensive, l'objectif de cette étude est d'explorer la façon dont les médecins généralistes utilisent l'hypnose pour diminuer les somnifères chez les patients qui les utilisent .

5 MATÉRIELS ET MÉTHODE

Les auteurs ont réalisé une enquête prospective qualitative sur une population de médecins généralistes formés à l'hypnose, exerçants en Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan.

Le recrutement a été fait selon un échantillon raisonné, selon les critères d'inclusions suivants :

- médecins généralistes installés
- âge et sexe différents
- pratiquants la médecine générale en Secteur I
- exercice dans différents secteurs (rural, semi-rural, urbain)
- mode d'activité isolé ou en groupe
- formés à l'hypnose depuis au moins 6 mois
- expérience et formation variées

Seize médecins ont été recrutés par deux biais : l'annuaire de l'Institut Emergences de Rennes et le réseau professionnel du Dr Bénédicte Delamare qui participait à l'organisation des formations de l'IMHER en Bretagne. Le consentement des praticiens concernant l'enregistrement des entretiens a été recueilli et le caractère anonyme de leur retranscription certifié.

Les données ont été recueillies à partir des entretiens semi-dirigés.

Les thèmes suivants ont été retenus pour la conception de la grille de questions pour ces entretiens :

- représentation personnelle de l'insomnie
- le recrutement des patients
- la durée des soins
- la diminution des doses des traitements médicamenteux

Après 3 entretiens, les auteurs ont ajouté 2 thèmes afin de mieux explorer le contexte de la prise en charge :

- réflexion sur l'action de l'hypnose
- relations avec les collègues non formés à l'hypnose

Les données ont été enregistrées par le dictaphone intégré dans un téléphone portable. Les durées d'enregistrement variaient de 6 minutes 15 secondes à 26 minutes 2 secondes avec un total de 4 heures 2 minutes 10 secondes et une moyenne de 15 minutes 8 secondes.

La saturation des données a été obtenue après 14 entretiens. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin d'apporter des sources de variations potentielles.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits par l'enquêteur sur un fichier texte LibreOffice édition 2015, composant le *verbatim* de l'étude.

L'analyse a été effectuée par l'enquêteur selon la méthode inductive d'analyse thématique.

6 RÉSULTATS

6.1 DONNÉES STATISTIQUES

Vingt-deux médecins ont été sollicités pour participer à cette étude.

Cinq médecins ont refusé de participer. Un médecin n'a pas pu être joint.

Ainsi, 16 entretiens ont été réalisés entre le 29/07/2014 et le 24/06/2015 (Annexe 2). Tous les entretiens ont été réalisés aux cabinets des médecins.

Parmi les médecins interrogés, il y a eu 4 femmes et 12 hommes.

Neuf médecins travaillaient en milieu urbain, 3 en semi-rural et 4 en rural. Tous étaient en association sauf trois.

Deux médecins avaient moins de 35 ans, 4 entre 36 et 45 ans, 8 entre 46 et 55 ans et 2 plus de 56 ans.

Concernant leur formation à l'hypnose, 5 médecins étaient formés par l'Institut Émergences sous direction du Dr Claude Virot ; 10 médecins étaient formés à l'IMHER sous direction de Mr Mohammed El Farricha, 1 médecin a suivi les deux formations.

Ils pratiquaient l'hypnose entre 9 mois et plus de 16 ans au moment de l'entretien.

Quatre médecins avaient un ou plusieurs diplômes supplémentaires (homéopathie, acupuncture, sexologie).

6.2 REPRÉSENTATION PERSONNELLE DU TROUBLE DU SOMMEIL

Pour l'ensemble des médecins interrogés (à l'exception des M8 et M9), le trouble du sommeil représentait un symptôme en lien avec une pathologie plus profonde. Ils ont signalé qu'avant de pouvoir soigner l'insomnie, « *M1 : il faut gérer énormément d'autres choses* ». « *M2, M12 : On quitte le symptôme et on va au cœur du problème, de la personne globale* ».

A l'interrogatoire, ils ont signalé aller « *M1 : au-delà du symptôme* » : l'événement marquant le début des troubles, les habitudes prises au cours de la vie du patient, les traumatismes vécus : de la petite enfance à l'âge adulte.

Huit médecins (M1, M2, M5, M7, M9, M13, M14, M16) ont signalé spontanément qu'ils cherchaient à connaître avec le patient le type du trouble du sommeil: est-ce un trouble d'endormissement, de réveils nocturnes, de cauchemars ? Ils cherchaient à préciser l'hygiène de vie, les habitudes et les rituels du soir.

Quatre médecins (M2, M5, M7, M11) ont dit que les patients pouvaient avoir le ressenti d'un mauvais sommeil qui n'avait pas obligatoirement de rapport avec le trouble objectif : « M7 : *Il y a des gens qui dorment et qui disent qu'ils dorment pas* ».

Un praticien a décrit l'insomnie comme « M8 : *Une difficulté d'accéder à un certain niveau de relaxation qui permet l'endormissement* ».

Tous les médecins ont dit que la plainte d'un mauvais sommeil était fréquente.

Trois médecins (M10, M11, M16) ont estimé que la majorité des patients suivis en hypnose présentaient un trouble du sommeil. « M16 : *La plupart des gens qui ont des problèmes quelconques* ».

Pour trois médecins (M4, M6, M14), la moitié des patients souffraient d'insomnie, « M14 : *même si c'est pas l'indication de départ* ».

Quatre médecins (M2, M5, M7, M8) ont estimé qu'un cinquième de leurs patients avait un trouble du sommeil.

Deux médecins (M1, M3) ont dit que parmi leurs patients, un sur trois pouvait avoir un trouble du sommeil.

Les autres praticiens (M9, M12, M13) sont restés moins précis.

6.3 DÉBUT DES SOINS

ABORDER LE SUJET

Cinq médecins (M2, M6, M8, M12, M13) ont signalé qu'ils s'intéressaient systématiquement au sommeil de leur patient : « M2 : *J'en parle à toutes les consultations. Je l'aborde si le patient n'en a pas parlé* ».

Deux médecins (M7, M14) ont dit aborder ce sujet quand le patient parle d'un souci psychologique ou psychosomatique présent ou ancien: anxiété, signes de dépression, stress.

Trois médecins (M1, M5, M15) ont dit que la demande venait surtout du patient.

Six médecins (M2, M3, M6, M7, M9, M10) ont signalé que le patient pouvait venir en premier ou en deuxième recours pour les troubles du sommeil. Ils ont parlé des patients qui venaient directement avec la demande de soigner leur trouble en hypnose.

Trois médecins (M2, M3, M14) ont estimé qu'une consultation habituelle peut être trop juste pour explorer la plainte du mauvais sommeil. Un médecin (M14) a dit que l'insomnie était souvent abordée par le patient à la fin d'une consultation effectuée pour un autre motif.

Un médecin (M5) a expliqué que proposer une méthode thérapeutique autre que médicamenteuse, permettait de revoir le patient dans un autre contexte et avoir plus de temps pour explorer sa plainte : « M5 : *Ce qu'on peut pas aborder au cours d'une consultation normale, on aborde en hypnose* » .

Deux médecins (M3, M14) ont dit qu'ils prescrivaient un médicament surtout quand ils n'avaient pas le

temps : « M3 : *Soit si j'ai le temps je vais faire comme en hypnothérapie, je vais essayer de savoir pourquoi [...]. Soit je reste simplement sur les modalités des troubles du sommeil pour voir quel type d'anxiolytique ou hypnotique, enfin si je leur mets un anxiolytique ou un hypnotique* ».

Tous les praticiens ont indiqué spontanément qu'ils essayaient d'éviter la prescription médicamenteuse autant que possible.

Cinq médecins (M4, M6, M7, M11, M13) limitaient déjà les somnifères avant la formation d'hypnose, pour d'autre (M5, M6, M8, M12) cela est venu après.

Tous les médecins ont exprimé une gêne voire une frustration pour certains à la prescription des somnifères.

Deux médecins (M7, M16) ont signalé que les techniques hypnotiques étaient utilisées dès le début de l'interrogatoire : « M7 : *[L'hypnose a, NDLR] énormément amélioré ma prise en charge. Déjà, dès l'entretien. On pose plus les mêmes questions, on démarre mieux la relation par rapport à l'insomnie* ».

Quand un arrêt de somnifères était évoqué, 3 médecins (M7, M8, M11) ont dit qu'ils parlaient au patient de plusieurs techniques de médecine dite « douce » (homéopathie, phytothérapie, sophrologie, acupuncture) en même temps que l'hypnose.

A QUI PROPOSER ?

Quatre médecins (M8, M9, M12, M13) ont précisé qu'il ne proposaient pas l'hypnose systématiquement. Ils ont dit que cela dépendait de la relation avec le patient mais aussi du patient lui-même. « M13 : *je la propose aux gens qui, comme je sens, vont être réceptifs. Parce qu'il y en a, qu'on voit que non, c'est pas la peine de proposer* ». Un médecin a expliqué que l'hypnose constituait un outil supplémentaire: « M12 : *L'hypnose, je considère ça comme une thérapeutique en plus. Je fais pas que ça. J'ai pas envie de m'enfermer là-dedans parce que j'ai fait toute ma médecine, je suis capable de faire des gestes, des prescriptions médicales, de faire de l'homéopathie* ».

L'âge du patient n'a pas semblé jouer un rôle important. Les médecins ont évoqué des cas de patients qui avaient entre 30 et 77 ans.

En ce qui concerne la durée de la prise du traitement, 3 médecins (M4, M12, M16) ont évoqué une hypnothérapie plus longue pour diminuer ou arrêter un traitement pris au long cours.

Cependant, 4 médecins (M2, M5, M6, M15) ont parlé d'un arrêt spontané ou rapide malgré une médication très longue (plusieurs décennies) : « M5 : *Et donc [au bout de 6 semaines, NDLR] maintenant, elle est sevré de son TEMESTA°, elle est encore un petit peu sous alprazolam, on est en train de diminuer les doses. Enfin bon, elle prenait du TEMESTA° depuis plus de 40 ans !* ».

Aucun des praticiens n'a dit proposer l'hypnothérapie chez les patients d'un confrère vus en l'absence de ce dernier. Les médecins ont expliqué de ne pas vouloir intervenir dans la prise en charge de leurs confrères : « M7, M16 : *C'est par pudeur* ». « M6 : *Je suis respectueux de ce que fait mon confrère et si je vois que*

quelqu'un de passage , je n'interviens pas ».

Cependant, tous les médecins ont dit avoir de bonnes relations avec leur confrères non-formés à l'hypnose. Six médecins (M4, M6, M9, M10, M12, M15) ont signalé spontanément recevoir des patients adressés par leur associés ou confrères d'autres cabinets pour la prise en charge en hypnose. Un médecin (M11) a évoqué que certains confrères pouvaient réagir de manière dubitative à la mention de l'hypnose, mais sans : *« M11 : retour franchement négatif ».*

Trois (M5, M14, M15) médecins ont dit suggérer au patient de prévoir une diminution des somnifères avec leur médecin traitant: *«M15 : Alors je demande toujours quand il y a un traitement lourd et que je ne suis pas le prescripteur qu'ils en parlent à leur médecin ».*

Trois médecins ont signalé évoquer l'hypnose de manière exceptionnelle chez les patients d'un autre confrère : *« M12 : Exceptionnellement, je leur dit qu'éventuellement, l'hypnose ça peut les aider, mais je suis pas là pour vendre ma soupe ».* *« M9, M10 : Ça pouvait m'arriver d'ouvrir les portes. De leur dire, qu'effectivement, il y avait d'autre solutions que les médicaments. Mais sans leur dire spécialement que je fais de l'hypnose ».*

6.4 LE SEVRAGE

UNE THÉRAPIE TRÈS BRÈVE

Les médecins ont signalé que leurs séances duraient entre 20 et 45 minutes selon le praticien.

Trois médecins (M11, M15, M16) ont signalé que la première consultation était plus longue, pouvant aller jusqu'à une heure. Pendant cette première consultation, les médecins ont dit expliquer les modalités de l'hypnothérapie, s'intéresser à la vie du patient : les événements marquants, l'enfance, le vécu autour du symptôme.

Deux médecins (M9, M10) ont signalé qu'ils faisaient une première séance d'hypnose dès la première consultation.

Trois médecins (M1, M2, M16) ont dit utiliser surtout l'hypnose conversationnelle la première fois, sans faire une séance formelle. Ils ont parlé des premiers résultats que l'on pouvait souvent voir après le premier rendez-vous, grâce à l'hypnose conversationnelle : *« M16 : Alors d'abord, il y a une première consultation pour se connaître [...], je vois un petit peu tout. Et des fois c'est déjà l'hypnose conversationnelle qui aide, c'est déjà ça » .*

Tous les praticiens ont indiqué qu'après 3 à 5 séances d'hypnothérapie, un changement de consommation s'installait dans la plupart des cas.

Six médecins (M2, M3, M9, M10, M11, M12) ont évoqué des cas d'arrêt de traitement après 3 à 5 séances : *« M3 : Je crois que c'est lui. Oui, 76 ans. Il était sous paroxétine et sous bromazépam. Je l'ai vu quatre fois. Quatre séance d'hypnose et il prend plus rien ».*

Trois médecins (M6, M7, M9) ont parlé des cas où le patient avait réussi à diminuer le dosage de manière

significative ou à arrêter une partie des somnifères : « M6 : *Depuis qu'on a fait l'hypnose, il ne prend plus d'alprazolam ni SERESTA°. Il garde juste un peu d'imovane le soir. [...] Ça fait 5 séances. Donc, grosso modo, en l'espace de 3 semaines* » .

Trois médecins (M1, M4, M12) ont évoqué aussi des cas compliqués où l'arrêt progressif des médicaments pouvait prendre des mois voire des années, surtout quand les somnifères faisaient partie d'un traitement psychiatrique lourd.

Sept praticiens (M1, M5, M8, M13, M14, M15, M16) ont mentionné des cas de diminution ou d'arrêt des somnifères grâce à l'hypnose, sans préciser les délais.

Quatre médecins (M1, M8, M12, M16) ont également parlé d'échecs. « M12 : *J'ai eu forcément des échecs, rien ne marche à 100 %! Est-ce que c'était des gens qui voulaient absolument guérir, je ne suis pas convaincu. Je pense à une personne en particulier qui avait tout intérêt à ne pas guérir*».

L'ACCOMPAGNEMENT ET L'AUTONOMIE

Les médecins ont parlé de plusieurs attitudes en ce qui concernait l'accompagnement de l'arrêt des somnifères.

Cinq médecins (M2, M3, M6, M9, M10) ont parlé de patients qui se prenaient en charge de manière autonome suite à une suggestion de diminution : « M2 : *Comme en hypnose le principe c'est que le patient est libre, qu'on lui rend totalement sa liberté, son autonomie... Ça va avec, de lui dire : 'Écoutez-vous et faites comme vous le sentez avec vos médicaments. Ne les arrêtez pas d'un coup, mais diminuez les tranquillement au rythme que vous voulez'. Donc c'est un conseil, mais on peut pas dire que c'est un 'accompagnement guidé', comme 'vous passez à un sur deux et puis vous revenez me voir'. Avant je faisais ça* ».

Cinq médecins (M3, M11, M12, M14, M15) ont signalé des arrêts spontanés de la part du patient, sans suggestion de diminution : « M12 : *Ça se fait tout seul. Je pense que les gens, ils se rendent compte, qu'au bout d'un moment, ils en ont plus besoin* ».

Un médecin (M10) a dit ne rien suggérer quand le patient venait de l'extérieur, pour ne pas intervenir dans la prescription du confrère.

Cinq médecins (M4, M5, M7, M11, M16) ont dit garder une attitude directrice : « M11 : *Je suggère des paliers de diminutions et puis d'arrêt* ».

Trois praticiens (M2, M11, M12) ont parlé des patients qui ne se rendaient pas compte des bénéfices de leur thérapie : « M2 : *'Alors, finalement, vous avez vu Dr [nom enlevé, NDLR]?' Il a répondu 'Oui mais ça m'a pas fait grande chose'. 'Bon. Très bien. Vous voulez que je vous renouvelle vos médicaments ?'. 'Ah ben non, j'en ai plus besoin'. Et là, le remplaçant dit : « Donc si j'ai bien compris, vous avez fait de l'hypnose, ça a servi à rien mais vous avez plus besoin de vos médicaments ?'. et là, le gars dit : 'Ah bah c'est vrai, c'est ça !' ».*

Quatre médecins (M3, M10, M14, M16) ont indiqué spontanément qu'ils enseignaient l'auto-hypnose à leur patient : « M3 : *Et en plus je dois leur apprendre à faire de l'auto-hypnose, donc, en général ça permet au trouble du sommeil, au minimum de s'apaiser* ».

Un médecin (M7) a insisté sur le fait qu'ils favorisaient la prise en charge en autonomie par le patient. « M7 : *On leur laisse l'initiative, c'est eux qui gèrent. Comme ça, ça les responsabilise et puis ils ont la possibilité d'avoir la maîtrise des choses* ».

L'EFFET REBOND ET LE SYNDROME DE SEVRAGE

Aucun des praticiens interrogés n'a signalé d'effet rebond quand l'arrêt des médicaments se faisait à l'aide d'hypnose ni remarqué des symptômes de sevrage.

Cependant, 3 médecins (M3, M9, M15) ont parlé des arrêts spontanés: « M3 : *en général, ils arrêtent spontanément, d'eux même. Même sans forcément le suggérer, parce qu'ils viennent et puis ils constatent qu'ils dorment mieux, donc ils vont arrêter spontanément* ».

Un médecin (M5) s'est rappelé de symptômes de sevrage ou de cas de rebond d'insomnie qu'il avait constaté à l'arrêt de BZD sans utilisation d'hypnose.

Deux médecins (M2, M10) ont expliqué ce phénomène par un équilibre psychologique installé grâce à l'hypnothérapie : « M10 : *A partir du moment où ils font de l'hypnose, il y a un ré-aménagement qui se met en place, une harmonie. A partir du moment où c'est le patient qui arrête, souvent, c'est qu'il était prêt à ça* ».

Un médecin a évoqué le rôle des praticiens dans la fréquence des effet rebonds : « M2 : *à partir du moment où on va dire aux gens, parce qu'on en est convaincu, qu'il y aura un effet rebond, ben il y aura un effet rebond. [...] Le côté 'effet secondaire'; tu sais très bien que si les patients, ils lisent la liste d'effets indésirables, ils vont les faire et s'ils la lisent pas, ils vont pas les faire. Donc cette histoire d'effet rebond, pour moi c'est un peu pareil* ».

TRAITEMENT ACCOMPAGNANT

Les médecins ont exprimé des attitudes différentes en ce qui concernait l'instauration d'un traitement accompagnant.

Six médecins (M2, M3, M5, M10, M13, M15) ont signalé n'instaurer aucun autre traitement pendant la diminution des somnifères. Par ailleurs, ils ont transmis leur avis défavorable concernant les anti-dépresseurs. Deux médecins (M3, M10) ont suggéré que les anti-dépresseurs rendaient l'hypnothérapie plus difficile. « M3 : *[...] mes confrères qui proposent qu'ils viennent me voir et mettent en même temps un antidépresseur, cela pose vraiment problème. Parce que, du coup, ils ont du mal à adhérer que c'est le travail en hypnose qui va les aider. Ça va moins vite* ». « M10 : *Qu'est-ce que j'aime pas les antidépresseurs ! C'est des médicaments qui figent les gens. On voit, avec certaines personnes on peut pas*

faire de l'hypnose parce qu'ils sont ensuqués par les médicaments ».

Quatre médecins (M4, M6, M8, M14) ont dit se servir des anti-dépresseurs pour arrêter les somnifères : « *M14 : ça arrive que je prescrive le NORSET ou le LAROXYL. Si c'est pour arrêter les benzos, je trouve ça mieux d'avoir un traitement anti-dépresseur et éventuellement de faire l'hypnose à côté* ».

Trois praticiens (M7, M12, M14) ont signalé instaurer une phytothérapie ou de l'homéopathie en accompagnement de sevrage des somnifères.

Deux médecins (M7, M16) ont dit opter pour une benzodiazépine qui accompagnerait l'arrêt des somnifères habituels et serait arrêtée par la suite. Par exemple, sous forme de gouttes, facile à graduer, pour l'arrêter ensuite plus facilement : « *M16 : Je leur mets les anxiolytiques type LYSANXIA en goutte, et je leur dis de diminuer d'une goutte tous les mois* ».

Trois médecins (M8, M13, M16) ont dit faire des prescriptions non-médicamenteuses : des tâches, des rituels à instaurer avant se coucher, de l'activité physique.

6.5 RÉFLEXIONS SUR LE FONCTIONNEMENT

A la fin de l'entretien, il a été demandé à chaque médecin de partager son avis sur l'effet de l'hypnose sur l'insomnie.

Cinq médecins (M4, M6, M7, M9, M16) ont cité l'apprentissage de la relaxation et du « lâcher prise ». Ils ont parlé de l'influence d'une expérience de relaxation et de bien-être sur la conception consciente d'un tel état : « *M9, M14 : L'effet relaxation-sommeil, c'est quelque chose qui arrive assez vite. Ils apprennent à s'endormir différemment* ». « *M16 : Le lâcher prise, il faut qu'ils le vivent et l'hypnose c'est bien pour ça. L'endormissement, ils peuvent le vivre différemment* ».

Deux médecins (M6, M7) ont rappelé le rôle de l'apprentissage de la responsabilité de s'occuper de soi-même : « *M6 : Le jeune homme d'hier soir, ce qu'il dit aujourd'hui c'est qu'il prend du temps pour lui, il fait des choses pour lui. Il me dit : 'Maintenant, je prends du temps pour moi, que je faisais pas avant. Je considérais que c'était du temps perdu'* ».

Trois médecins (M1, M9, M11) ont remarqué le changement concernant les ruminations : « *M1 : [L'hypnose permet, NDLR] de prendre plus de recul, plus de distance par rapport à leurs événements de vie. Et donc moins de ruminations le soir* ».

Deux praticiens (M2, M3) ont fait la différence entre l'hypnose, « l'état modifié de conscience » et l'hypnothérapie : « *M2 : C'est pas « l'hypnose » qui marche, c'est « l'hypnothérapie ». Et l'hypnothérapie c'est 'traiter les traumatismes des gens'. [...] une fois qu'ils sont en paix avec ça, ils vont bien* ».

Deux praticiens (M10, M15) ont évoqué un équilibre psycho-physiologique qui s'installe une fois qu'un

psychotraumatisme est géré : « M10 : Il y a l'harmonie qui se met en place, de façon beaucoup plus globale, beaucoup plus générale et du coup , le trouble du sommeil n'a plus sa raison d'être ».

Un médecin a évoqué le changement de la perception du trouble grâce à l'hypnose : « M5 : Les gens sont un peu plus paisible avec l'hypnose. Ils supportent mieux le fait de pas bien dormir. Disons, que la plainte s'atténue ».

7 DISCUSSION

7.1 ANALYSE DES RÉSULTATS

Il résulte de cette étude des similarités dans l'abord et la prise en charge des troubles du sommeil chez les médecins formés à l'hypnose. En revanche, pour les patients ayant déjà un traitement somnifère, la méthode de diminution de leurs traitements médicamenteux s'est montrée hétérogène.

7.1.1 UNE APPROCHE DIFFÉRENTE DE L'INSOMNIE

Les médecins généralistes sans formation complémentaire font très fréquemment usage des molécules somnifères pour traiter les troubles du sommeil²¹. Les médecins interrogés semblent avoir changé leur approche concernant l'insomnie suite à leur formation d'hypnose. Ils paraissent à l'aise avec ce sujet et recourent rarement aux traitements médicamenteux.

Les patients bénéficient dès l'anamnèse de l'hypnose dite « conversationnelle », proche de l'entretien motivationnel. Les médecins interrogés respectent donc les recommandations actuelles de l'HAS⁴. Les suggestions positives, employées dès le premier interrogatoire, peuvent avoir un impact bénéfique sur le ressenti et le développement d'une plainte^{17,18}.

Une consultation chez un médecin généraliste dure en moyenne 16 minutes (ce chiffre prend en compte également les consultations à domicile)¹⁹. La durée moyenne est reconnue plus longue lorsqu'il s'agit de patients atteints de pathologies psychologiques. Comme signalé par certains médecins, une consultation habituelle ne laisse pas assez de temps pour bien explorer les troubles du sommeil, d'autant plus que les patients consultent souvent pour plusieurs motifs.

Les médecins peuvent proposer d'explorer le trouble lors d'une consultation uniquement consacrée à l'hypnothérapie. Le patient a alors à sa disposition une autre méthode de soins. Le fait de proposer plusieurs schémas thérapeutiques (hypnose, autres médecines douces, phytothérapie) fait partie intégrante de la prise en charge hypnothérapeutique. Le médecin donne ainsi un choix: peu importe la résolution du patient, ce dernier choisit un outil de guérison et il prend la responsabilité de son choix²⁰.

Cependant la prise en charge en hypnose n'est pas proposée à tous les patients souffrant de l'insomnie. La relation avec le patient joue un rôle décisif. De plus les médecins ne souhaitent pas intervenir dans la prise en charge de leurs confrères. Il serait intéressant d'étudier les ressentis des médecins non formés à l'hypnose pour clarifier cette hésitation. Mais n'est-ce pas le patient qui décide ?

7.1.2 ÉTUDE DES PRATIQUES DE L'ARRÊT DES SOMNIFÈRES

ACCOMPAGNEMENT DU SEVRAGE

Chez les patients sous benzodiazépines ou hypnotiques au long cours, un arrêt progressif sur 4 à 10 semaines est recommandé ²⁶. L'arrêt des molécules paraît assez rapides dans la majorité des cas évoqués par les médecins interrogés. La plupart entre eux parlait des cas où la diminution se déroulait en quelques semaines (souvent entre 3 et 5).

Les données de la littérature ^{16,26} préviennent d'un possible effet rebond de l'insomnie à l'arrêt brutal des BZD ou apparentées. Par ailleurs, un syndrome de sevrage peut se manifester même après un arrêt progressif voire entre deux doses d'un traitement à demi-vie courte.

Dans cette étude, malgré des cas d'arrêts spontanés de médicaments, aucun syndrome de sevrage et aucun rebond d'insomnie n'ont été signalés par les médecins.

A ce jour, il n'existe pas d'explication claire à ce phénomène. Un médecin évoquait le rôle des suggestions négatives de la littérature et donc des professionnels de santé. Cette théorie semble être supportée par les travaux de Jean-Loup Rouy ²⁵.

Quand l'insomnie rentre dans le cadre d'un état anxio-dépressif, cas fréquent en médecine générale, l'instauration d'un anti-dépresseur à visée anxiolytique est recommandée pendant l'arrêt graduel des BZD ou hypnotiques ¹⁶. Un quart des praticiens interrogés suit ces recommandations. La moitié s'exprime formellement contre l'instauration d'un anti-dépresseur.

A noter que certains médecins faisaient des prescriptions non médicamenteuses (des tâches, des rituels) ou des prescriptions de phytothérapie, homéopathie. Parmi ces médecins, un tiers ne prescrivait pas de molécule accompagnant l'arrêt des benzodiazépines, un tiers instaurait un anti-dépresseur et un tiers optait pour la prescription de prazépam, une benzodiazépine de longue demi-vie d'élimination existant sous forme de goutte. Ce dernier choix peut paraître étonnant.

Les données sont insuffisantes pour juger de ces pratiques.

Un quart des médecins a évoqué des échecs d'arrêt des molécules BZD et apparentées. La fréquence et les circonstances de ces cas n'ont pas été exploré lors des entretiens. Effectivement, il aurait été intéressant d'examiner les expériences des médecins à ce sujet pour mieux cerner l'efficacité de l'hypnothérapie par rapport à une prise en charge classique.

AUTONOMIE

L'autonomie du patient paraît très importante pour les médecins hypnothérapeutes. La plupart des médecins ont insisté sur la responsabilité du patient dans la gestion de ses médicaments. L'autonomie du patient fait partie du changement global de ses visions.

L'auto-hypnose favorise cette autonomie et renforce le patient dans son estime de soi : il apprend à être

capable d'atteindre un état de détente et de confort sans le thérapeute. Le patient gagne ainsi une certaine indépendance qui peut aussi se reproduire dans d'autres domaines de sa vie ²⁰.

Concernant l'arrêt des médicaments, deux tiers des médecins interrogés incitent le patient à être autonome. Ils le laissent gérer son arrêt selon son ressenti et son bon vouloir. Cette approche très « ericksonnienne » va à l'encontre des recommandations officielles ²⁶ qui incite le praticien à garder une attitude très directrice et encadrer au maximum le patient.

Un tiers des praticiens garde une attitude directrice et suggèrent au patient les paliers et les moments de la diminution. Les données sont insuffisantes pour estimer quelle est l'approche la plus efficace.

7.1.3 ACTION DE L'HYPNOSE

Les travaux de Marie-Elisabeth Faymonville ²² et de Pierre Rainville et Robert K. Hofbauer ²³ ont démontré des modifications du flux sanguin cérébral en état hypnotique. Le flux du cortex frontal semble diminuer pendant qu'il augmente au niveau du cortex occipital.

Les études plus récentes ²⁴ confirment ces théories et évoquent en plus l'hypothèse d'une activation ou inhibition de certaines zones uniquement pendant l'hypnose. L'activité frontale semble diminuer, laissant plus de place à l'activité sensorielle.

Cependant il reste beaucoup de lacunes quant à la compréhension du fonctionnement exact de l'hypnose. Les médecins interrogés ont surtout constaté un apprentissage de la relaxation et la gestion des psychotraumatismes responsable de l'insomnie.

7.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

CHOIX MÉTHODOLOGIQUE

La recherche qualitative permet de voir le raisonnement et le processus d'une action. Ainsi, des hypothèses peuvent être dégagées afin de réaliser par la suite un travail plus précis, quantitatif. Cette méthode a paru la plus adaptée dans le cadre d'une étude basée sur l'intégration d'un outil thérapeutique tout au long de la prise en charge.

L'entretien semi-dirigé est composé de questions ouvertes qui définissent le sujet à explorer. L'enquêteur ou l'interviewé peuvent diverger de ces questions pour étudier un concept plus en détail. Cependant, il n'a pas toujours été possible de faire décrire précisément l'utilisation de l'hypnose en pratique. L'enquêteur pouvait être amené à poser plusieurs questions fermées afin de guider le médecin interrogé sur le sujet à approfondir (biais d'intervention).

RECRUTEMENT

Le biais de sélection est inhérent à la méthode employée. L'échantillonnage raisonné visait à diversifier l'âge, le sexe, le mode d'activité et l'expérience des médecins. Mais une surreprésentation des hommes n'a pas pu être évitée. Cela peut être expliqué par la proportion d'homme plus importante dans les réseaux contactés et par un refus de participation majoritairement féminin (4 sur 5). Un élargissement de l'échantillon au-delà des départements inclus dans l'étude aurait pu équilibrer le rapport homme/femme. Par ailleurs, une certaine ressemblance d'avis et de pratiques peut être incriminée chez les médecins généralistes ayant suivi une même formation complémentaire.

RECUEIL DES DONNÉES

Malgré un discours neutre de l'enquêteur, il est possible que certains commentaires ou intonations aient pu influencer les réponses des médecins, à l'origine d'un biais d'intervention.

L'enregistrement des entretiens a été réalisé avec un objet d'utilité courante (un téléphone portable) et a permis aux médecins d'en faire rapidement abstraction. Néanmoins, un biais déclaratif est possible chez les praticiens qui ont pu minimiser leurs difficultés.

Les médecins avaient la possibilité de s'exprimer librement sur les cas des patients ayant bénéficié de l'hypnothérapie. Tous les médecins ont parlé de cas récents et seulement quatre ont évoqué des exemples plus anciens. Il est possible que certains des praticiens aient oublié des exemples qui auraient pu apporter des informations utiles.

ANALYSE DES DONNÉES ET VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

L'analyse des données a été faite par un seul auteur. Le biais d'analyse et d'interprétation des données est intrinsèque à cette démarche.

La triangulation aurait pu minimiser ces biais.

Les données quantitatives ont été exposées dans la partie résultats afin d'appuyer les verbatim en terme de fréquence. Toutefois, les données quantitatives ne peuvent être exploitées par cette méthode.

8 CONCLUSION

Dans cette étude exploratoire, l'hypnose paraissait très efficace dans l'arrêt des molécules BZD ou apparentées. L'intégration de l'hypnose dans la pratique habituelle des médecins généralistes semblait facile. De plus, grâce à l'hypnose, les patients semblaient éviter les symptômes de sevrage ainsi que le rebond d'insomnie à leur arrêt. Une étude comparative des pratiques chez les généralistes non formés à l'hypnose serait nécessaire pour savoir si le sevrage est plus efficace en hypnose.

L'accompagnement du sevrage des somnifères variait selon le praticien. Néanmoins, la plupart des médecins interrogés favorisait l'autonomie du patient dans la gestion de son sevrage. Cette attitude diffère des recommandations actuelles.

Une recherche qualitative explorant le ressenti et les expériences des patients sous somnifères bénéficiant de l'hypnose est actuellement en cours. Il serait intéressant de vérifier si ses résultats renforcent la validité de cette étude.

9 BIBLIOGRAPHE

1. Beck F, Leger D, Richard JB. Prévalence et facteurs socio-démographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15 à 85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. Bull Epidemiol Hebd. 2012 Nov;44-45:497-501
2. Gourier-Fréry C et al. Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarer par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. Nov 2012;44-45:502-9
3. Robert-Koch-Institut. (page consultée le 10/08/2015). Schlack R et al. Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der Deutschen Erwachsenenbevölkerung. 27 Mai 2013, [en ligne]. <http://edoc.rki.de/oa/articles/reBzVQoqMrrSI/PDF/280M9cgqeFQY.pdf>
4. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 13/06/2013). Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/question-reponses_benzos.pdf
5. Barillec A, Javaudin L. Sommeil, insomnies et Médicaments Hypnotiques. [Rennes] : Rennes1 ; 2012
6. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 21/02/2014). Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Mai 2007, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
7. Cambron L, Bruwier G, De Bock I, Poirrier R. Le médecin généraliste face à une plainte d'insomnie. Rev Med Liege. 2006 ;61(5-6):448-58
8. Deleplanque D et al. Consultation sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. Exercer. 2015 ; 117(26):13-21
9. Martin S et al. Opinions des médecins généralistes sur la phytothérapie dans la prise en charge des troubles du sommeil. Exercer. 2012 ; 102(23):111-5
10. Cour de cassation. (page consultée le 14/08/2015). Responsabilité médicale. 3 Juin 2010, [en ligne]. https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2010_3866/quatrieme_partie_jurisprudence_cour_3879/assurances_curit_3894/droit_responsabilite_3895/responsabilite_medicale_19448.html

11. Guichard-Boujou J, Delamare B. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose. [Rennes] : Rennes1 ; 2013

12. Desmars C, Delamare B. 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. [Rennes] : Rennes1 ; 2011

13. Ng BY, Lee TS. Hypnotherapy for sleep disorders. Ann Acad Med Singapore. Août 2008;37(8):683-8

14. Hammond DC. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. Expert Rev Neurother. Fév 2010;10(2):263-73

15. AFSSAPS. (page consultée le 13/06/2013). Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Janvier 2012, [en ligne]. http://ansm.sante.fr/content/download/38059/500324/version/2/file/Afssaps_Rapport-Benzodiazepines_Janvier_2012.pdf.

16. Benoit O, Goldenberg F. L'insomnie chronique. Paris:Masson;2004

17. Bernheim H, Freud S. Die Suggestion und Ihre Heilwirkung. Norderstedt:Vero;2013

18. Wehrli H. Hypnotische Kommunikation und Hypnose in der ärztlichen Praxis. Praxis. Juil 2014;103(14):833-9

19. Breuil-Genier P, Goffette C, DREES (page consultée le 12/11/2015). La durée des séances des médecins généralistes. Avril 2006, [en ligne]. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>

20. Megglé D Dr. Erickson, hypnose et psychothérapie. Paris:Retz ; 2005

21. Bernardini C, Ouazana A. L'insomnie en médecine générale – état des lieux et perspectives. [Paris] : (Paris Ile-de-France-Ouest), 2010

22. Faymonville ME et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology. Mai 2000;92(5):1257-67

23. Rainville P, Hofbauer RK et al. Hypnosis modulates activity in brain Structures involved in regulation of consciousness. J Cogn Neurosci. 2002 Aug 5 ;14(6):887-901

24. Müller K, Bracht K et al. The facilitating effect of clinical hypnosis on motor imagery : an fMRI study. Behav Brain Res. 2012 Mai 16;231(1):164-9
25. Rouy JL. Suggestion, placebo et mensonge. Exercer 2008;82:87-90
26. Haute Autorité de Santé (page consultée le 18/10/2015). Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Oct 2007 [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf

10 ANNEXES

ANNEXE 1 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE D'INSOMNIE selon DSM-5:

A. Une plainte prédominante d'insatisfaction par rapport à la quantité ou la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :

1. Difficulté à initier le sommeil. (Chez les enfants, sans l'intervention de la personne qui en prend soin.)
2. Difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à se rendormir après des réveils. (Chez les enfants, sans intervention.)
3. Réveil matinal avec incapacité de se rendormir.

B. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération dans les domaines social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental, ou un autre domaine important du fonctionnement.

C. La difficulté de sommeil se produit au moins 3 nuits par semaine.

D. La difficulté de sommeil est présente depuis au moins 3 mois.

E. La difficulté de sommeil se produit en dépit de la possibilité adéquate de sommeil.

F. L'insomnie n'est pas mieux expliquée par, et ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil (par exemple, la narcolepsie, un trouble du sommeil lié à la respiration, un trouble veille-sommeil du rythme circadien, une parasomnie).

G. L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament).

H. Des troubles mentaux et des conditions médicales coexistants n'expliquent pas adéquatement la plainte prédominante d'insomnie.

Ce trouble peut être :

- épisode ou aigu: les symptômes durent depuis au moins 1 mois, mais moins de 3 mois

- persistant ou chronique : les symptômes durent depuis au moins 3 mois

- récurrent : présence d'au moins 2 épisodes dans l'espace d'un an

Bibliographie :

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Publishing. 2013

ANNEXE 2 : CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Num. entretien	Sexe	Âge	Zone d'installation	Mode d'exercice	Année de formation d'hypnose	Lieu de formation	Autres spécialités
1	F	36-45	urbain	en groupe	2012	IMHER	
2	M	46-55	urbain	en groupe	2010	IMHER	
3	M	46-55	rural	en groupe	2011	IMHER	
4	F	46-55	rural	seul	2006	IMHER	homéopathie
5	M	56-65	semi-rural	en groupe	2009	IMHER	
6	M	56-65	rural	en groupe	2010	IMHER + Émergences	
7	M	36-45	urbain	seul	2009	IMHER	acupuncture, homéopathie
8	M	36-45	semi-rural	en groupe	2007	Émergences	sexologie
9	M	46-55	semi-rural	en groupe	2013	Émergences	
10	M	46-55	urbain	seul	2000	Émergences	
11	M	26-35	urbain	en groupe	2012	IMHER	homéopathie
12	M	46-55	urbain	en groupe	2006	IMHER	
13	F	36-45	urbain	en groupe	2014	IMHER	
14	F	26-35	urbain	en groupe	2010	IMHER	
15	M	46-55	rural	en groupe	2003	Émergences	
16	M	46-55	urbain	en groupe	2000	Émergences	

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Numéro d'entretien :

Nom :

Âge :

Sexe :

Commune d'exercice :

Année de formation :

Lieu de formation :

Formation complémentaire :

1. Que signifient pour vous les troubles du sommeil ?

2. Comment prenez vous en charge les troubles du sommeil avant l'hypnose ? Quel est votre ressenti de cette prise en charge ?

3. Comment abordez-vous cette problématique avec les patients ?
Relance : Comment ça se passe avec les patients de passage sous somnifères ?

4. Si vous devriez donner une estimation quelle est la proportion des troubles du sommeil parmi les prises en charge par l'hypnose ?

5. Peut-on parler d'un sujet qui a pu diminuer son traitement hypnotique grâce à l'hypnose ? Comment s'est déroulée la diminution des doses ?

6. Qu'avez-vous pu rencontrer comme difficulté pendant ce sevrage ?
Relance : Y a-t-il eu un effet rebond ou des symptômes de sevrage?

7. A votre avis, comment fonctionne l'hypnose sur le sommeil ?

8. Quelles relations entretenez-vous avec les collègues généralistes non hypnothérapeutes ?