



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**UTILISATION RESPONSABLE DE L'HYPNOSE
DANS LES SOINS DE SANTÉ**

**AOÛT 2020
CSS N° 9491**



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Utilisation responsable de
l'hypnose dans les soins de santé. Bruxelles: CSS; 2020. Avis
n° 9491.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir
de la page web: www.css-hgr.be

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9491

Utilisation responsable de l'hypnose dans les soins de santé

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on the medical and psychotherapeutic use of hypnosis for health care providers.

Version validée par le Collège de
5 août - 2020¹

RÉSUMÉ

Le concept d'hypnose fait référence à la fois à une interaction spécifique entre celui qui s'est glissé en hypnose et l'expert hypnotiseur, et à un processus de conscience particulier / modifié qui en résulte. Les états de conscience hypnotiques font partie des processus de conscience normaux. Chez les personnes hautement hypnotisables, ils sont associés à des changements manifestes dans l'activation de différentes régions et dans la connectivité entre régions cérébrales qui se produisent rarement, et seulement de manière exceptionnelle, dans les états de conscience quotidiens. Ces changements de fonctionnement cérébral sont objectivés par l'imagerie fonctionnelle et la recherche électrophysiologique. Les personnes peu ou moyennement hypnotisables peuvent aussi bénéficier de l'outil hypnose en clinique, mais les corrélats neurophysiologiques cérébraux ont été beaucoup moins investigués. Les interventions utilisant de manière professionnelle des états de conscience hypnotiques conduisent à des effets thérapeutiques utiles sur le plan psychologique, somatique et donc psychosomatique.

Dans le domaine des soins de santé, l'hypnose peut être proposée pour diverses indications. L'hypnose n'est qu'exceptionnellement un traitement en soi. Dans une approche multidimensionnelle, la sensibilité à la suggestion, l'hypnotisabilité, l'interaction thérapeutique contribuent à l'effet thérapeutique. L'attente et la motivation (même seulement inconsciente) du patient sont essentielles, et la collaboration du patient est nécessaire dans ce travail thérapeutique.

L'utilisation de l'hypnose dans les soins de santé a une longue histoire avec des périodes d'épanouissement et de déclin. Il est devenu évident au fil du temps que l'on ne traite pas avec, mais sous hypnose. Cela signifie que le résultat des traitements ou des composantes du traitement sous hypnose est largement lié à la précision des connaissances appliquées lors du traitement et à la découverte et l'utilisation des aptitudes du patient.

L'application des techniques hypnotiques est réglementée en Belgique par une loi sur l'hypnose datant du 30 mai 1892. Cette loi n'est plus adaptée à la diversification professionnelle actuelle nécessaire pour des soins de santé de qualité, et doit donc être actualisée. En outre, le grand public n'est pas suffisamment ni correctement informé sur les indications de l'hypnose et les conditions de sécurité nécessaires. Afin de remédier à ces lacunes, le Conseil supérieur de la santé (CSS) a décidé d'élaborer un avis qui, d'une part, veut informer correctement le grand public sur les indications et l'efficacité de ces approches

¹ Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

collaboratives, ainsi que les risques de l'utilisation de l'hypnose. Le CSS souhaite également, d'autre part, faire des recommandations pour mieux encadrer la pratique de l'hypnose, entre autres en formulant des exigences et des conditions de formation des soignants souhaitant utiliser les techniques hypnotiques avec leurs patients.

Bien que pour des raisons méthodologiques il soit difficile de présenter une multitude de preuves solides sur son efficacité, il a été suffisamment démontré (en particulier pour le soulagement des douleurs, de la dépression, de l'anxiété) que l'utilisation de l'hypnose peut faciliter ou renforcer l'effet de nombreuses formes d'interventions thérapeutiques et qu'elle est efficace dans la gestion de la douleur aiguë et chronique et peut avoir un impact sur la réduction de l'anxiété dans les traitements médicaux et les examens. Dans le cadre d'une approche globale, l'hypnose, éventuellement sous la forme d'un enseignement de l'auto-hypnose, peut être utilisée pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques (par exemple en douleurs chroniques, en oncologie ou pour les maladies fonctionnelles du système gastro-intestinal). Pour d'autres indications, la preuve de son efficacité est pour l'instant limitée car des problèmes méthodologiques et de faiblesse statistique se rencontrent dans de nombreuses publications scientifiques. Cependant, l'ajout de l'hypnose au traitement habituel peut souvent en améliorer l'efficacité. Cela implique l'élaboration d'un diagnostic correct, et une application adaptée des techniques hypnotiques dans la situation spécifique avec une réévaluation de l'évolution de la situation clinique. Il est impératif de déterminer des objectifs concrets en consultation avec le patient et en tenant compte de toutes les options de traitement disponibles.

L'hypnose a, outre ses spécificités, toutes les caractéristiques d'une stratégie d'influence communicative, qui jouera un rôle plus important si le patient est en situation de fragilité ou d'hypersuggestibilité. Son utilisation a une influence plus large que le seul objectif du traitement choisi. L'hypnose est une potentialité innée, un talent que chacun de nous possède. Suivant le contexte, on peut se laisser glisser spontanément dans ce processus de conscience particulier ou l'initier soi-même (auto-hypnose) ou avec l'aide d'une personne formée à ce type d'accompagnement (hétéro-hypnose). Sous hypnose, notre pensée critique diminue (jugement, analyse et raisonnement diminuent) et on devient très suggestible. Notre rapport à nous-mêmes change, ainsi que celui à notre environnement.

Cela implique inévitablement la possibilité d'effets secondaires et de risques (par exemple de manipulation psychologique, l'installation de faux souvenirs, le report du choix vers des soins adaptés) et nous incite à la prudence, notamment dans le cadre du traitement de problèmes de santé chroniques ou dans un contexte psychothérapeutique. Il est essentiel que la personne qui propose l'hypnose ait une connaissance approfondie du problème à traiter et du processus hypnotique. Tout cela exige que l'offre soit confiée uniquement à des professionnels de la santé ayant reçu une formation professionnelle, qui sont à la fois formés à l'hypnose et formés professionnellement pour traiter l'indication actuelle.

Le CSS recommande que l'utilisation de l'hypnose soit légalement confiée uniquement à des professionnels de santé reconnus. Les soignants proposent l'outil hypnose dans le domaine de leur compétence et, de préférence ou obligatoirement, dans un cadre multidisciplinaire qui offre des possibilités d'orientation appropriées lorsque le soignant rencontre ses propres limites. Ces exigences impliquent alors une formation à l'hypnose suffisamment étendue qui devrait être encadrée au sein de la formation régulière aux soins de santé.

Le CSS conseille d'adapter la législation et la réglementation de l'utilisation de l'hypnose aux critères actuels de soins de santé responsables. Il préconise également une formation approfondie des professionnels de la santé en matière d'hypnose, la promotion de la recherche sur l'hypnose, et une information du grand public. Il recommande également d'interdire l'utilisation du titre d'"hypnothérapeute" et de pénaliser les publicités mensongères relatives à l'hypnose. À cette fin, un organe de contrôle efficace devrait être mis en place. Enfin, il propose d'établir une liste belge de professionnels de la santé ayant une formation complémentaire en hypnose.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*²

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
<i>Hypnosis</i>	<i>Hypnosis</i>	<i>Hypnose</i>	Hypnose	<i>Hypnose</i>
<i>Consciousness</i>	<i>Consciousness</i>	<i>Bewustzijn</i>	Conscience	<i>Bewußtsein</i>
<i>Psychotherapy</i>	<i>Psychotherapy</i>	<i>Psychotherapie</i>	Psychothérapie	<i>Psychotherapie</i>
<i>Psychological Trauma</i>	<i>Trauma</i>	<i>Trauma</i>	Trauma	<i>Trauma</i>
<i>Acute pain</i>	<i>Acute pain</i>	<i>Acute pijn</i>	Douleurs aiguës	<i>akute Schmerzen</i>
<i>Chronic pain</i>	<i>Chronic pain</i>	<i>Chronische pijn</i>	Douleurs chroniques	<i>chronische Schmerzen</i>
<i>Anxiety</i>	<i>Anxiety</i>	<i>Angst</i>	Anxiété	<i>Angst</i>
<i>Adverse effects</i>	<i>Side Effects</i>	<i>Bijwerkingen</i>	Effets secondaires	<i>Nebenwirkungen</i>
<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>	<i>Efficiëntie</i>	Efficacité	<i>Wirksamkeit</i>
<i>Research</i>	<i>Research</i>	<i>Onderzoek</i>	Recherche	<i>Forschung</i>
<i>Education</i>	<i>Training</i>	<i>Opleiding</i>	Formation	<i>Ausbildung</i>
	<i>Health Care Professionals</i>	<i>Beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg</i>	Professionnels de la santé	<i>Angehörige der Gesundheitsberufe</i>
	<i>Conditions of use</i>	<i>Gebruiksvoorwaarden</i>	Conditions d'utilisation	<i>Nutzungsbedingungen</i>

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Liste des abréviations utilisées

ACC	<i>Anterior cortex cingularis</i>
ASCH	<i>American Society of Clinical Hypnosis</i>
CFHTB	Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves
CIM	Classification Internationale des Maladies
DMN	Réseau en mode par défaut (<i>default mode network</i>)
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
ECN	Réseau de contrôle exécutif (<i>executive control network</i>)
ESH	<i>European Society of Hypnosis</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
ISH	<i>International Society for Hypnosis</i>
ISTSS	<i>International Society for Traumatic Stress Studies</i>
MICI	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
SSPT	Syndrome de Stress Post Traumatique
SWA	<i>Slow Wave Activity</i>
SWS	<i>Slow Wave Sleep</i>
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
VHYP	<i>Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging</i>

² Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	1
I Introduction ET QUESTION	5
II MMethodologie.....	6
III Elaboration et argumentation	6
1 L'hypnose.....	6
1.1 Histoire et définition	6
1.2 Législation.....	7
1.3 Mode de fonctionnement.....	8
1.3.1 Hypnose et conscience	8
1.3.2 Recherche	9
1.3.3 Similitudes entre des états de conscience moins courants.	12
1.3.4 L'état d'hypnose, hypnotisabilité, réactivité	14
1.3.5 Utilité de l'hypnose	15
2 Indications.....	15
2.1 Evaluation de l'efficacité.....	15
2.2 Psychothérapies	17
2.2.1 Introduction.....	17
2.2.2 Dépression et anxiété	18
2.2.3 Traumatisme psychique et troubles dissociatifs.....	19
2.2.4 Sevrage tabagique	21
2.2.5 Troubles alimentaires.....	22
2.2.6 Troubles du sommeil.....	23
2.3 Applications médicales et cliniques.....	24
2.3.1 Douleurs aiguës et chirurgie	24
2.3.2 Douleurs chroniques	25
2.3.3 Oncologie	26
2.3.4 Maladies fonctionnelles du système gastro-intestinal.....	26
2.3.5 Dermatologie	28
2.3.6 Soins infirmiers.....	28
2.3.1 Obstétrique.....	29
2.3.2 Soins dentaires.....	29
2.3.3 Médecine de rééducation et kinésithérapie	30
2.4 Conclusions	30
3 Risques	31
4 Conditions d'utilisation	33
5 Formation	35
6 Conclusions et recommandations	36

7	Recommandations pour la recherche	37
IV	REfErences.....	38
V	Composition du groupe de travail	56
VI	Annexes.....	57

I INTRODUCTION ET QUESTION

L'hypnose fascine et fait peur. Elle est souvent traitée de manière sensationnelle dans les médias comme un moyen de prendre le contrôle sur quelqu'un. Beaucoup de personnes ont de ce fait la crainte que l'hypnose leur fasse perdre le contrôle ou qu'elle permette de les influencer ou de les manipuler.

Les idées véhiculées par les médias ne sont cependant pas toujours justes. En fait, le mot « hypnose » est déjà trompeur. Si "*hypnos*" signifie en grec « sommeil », une personne en hypnose ne dort pas mais est au contraire très alerte. Elle peut se concentrer sur des sensations et des souvenirs qui ne lui sont parfois pas accessibles à l'état de conscience normale. De plus, le terme « hypnothérapie », qui est utilisé dans un contexte clinique ou médical, est lui aussi trompeur car l'hypnose n'est pas une thérapie en soi. L'hypnose est en effet un outil qui peut être utilisé dans le cadre d'une thérapie parmi d'autres méthodes disponibles. Bien qu'un grand pourcentage de personnes soient sensibles à l'hypnose, il existe de nettes différences dans le degré d'hypnotisabilité.

Lorsqu'une personne entre en hypnose, que ce soit volontairement ou involontairement, son esprit critique, son jugement ou sa capacité de raisonnement diminuent et elle devient plus sensible aux suggestions (si la personne « hypnotisée » est suffisamment motivée pour répondre à cette suggestion).

Cette technique est par ailleurs utilisée sans distinction par différentes professions et dans différents cadres, ce qui ajoute à l'incompréhension du public. Il y a en fait plusieurs types d'utilisation de l'hypnose :

- l'hypnose utilisée par des professionnels de la santé dans le cadre d'applications médicales et cliniques pour lesquelles elle a fait ses preuves ;
- l'hypnose utilisée en psychothérapie par des psychothérapeutes habilités ;
- l'hypnose présentée comme thérapeutique par des profanes qui n'ont pas la formation médicale adéquate ni de formation en psychologie ou psychothérapie. Ces « hypnothérapeutes » auto-déclarés présentent souvent l'hypnose comme un traitement miracle et promettent des résultats en quelques séances (par exemple pour maigrir, arrêter de fumer etc.) Ils apparaissent fréquemment dans toutes sortes de programmes télévisés et inspirent la peur et l'émerveillement en « hypnotisant » les gens d'un claquement de doigts et des mots « sommeil » ; et
- l'hypnose de spectacle.

La législation belge interdit l'hypnose en spectacle mais ne permet pas, à l'heure actuelle, de faire la distinction parmi ces différentes utilisations de l'hypnose. En effet, la loi qui régit l'hypnose date de 1892 et, malgré plusieurs soumissions d'amendements (voir en annexe 3) pour la rendre plus conforme aux réalités actuelles, elle n'a jamais été actualisée.

Le CSS a donc décidé, de sa propre initiative, d'élaborer un avis visant à faire des recommandations pour mieux encadrer la pratique de l'hypnose, notamment sur les conditions de formation et d'utilisation des techniques hypnotiques avec des patients. Cet avis permettra également d'informer correctement la population sur les risques de l'utilisation de l'hypnose. Il propose en outre un aperçu des indications possibles de l'hypnose, et de l'état de la recherche au sujet de l'efficacité de l'hypnose pour ces indications. Cet aperçu n'est pas exhaustif, d'autres indications sont possibles ; le CSS s'étant centré sur les indications pour

lesquelles une expertise suffisante existe en Belgique. Pour un aperçu plus complet du champ d'application dans le domaine international, le numéro spécial de l'IJCEH sur l'hypnose en tant qu'intervention validée empiriquement (Nash, 2000) et les résultats empiriques de l'hypnose en médecine (Pinnell & Covino, 2000 ; Lynn et al. 2000) sont des références utiles. La liste des livres en annexe 2 donne également une idée des différents domaines d'application.

II METHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué au sein duquel étaient présents des experts utilisant l'hypnose, avec des expertises en anesthésie, psychiatrie, psychologie, psychothérapie, gastroentérologie, dentisterie, dermatologie, soins infirmiers, kinésithérapie, obstétrique et médecine générale. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts, et la Commission de déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts. Le champs d'applications de l'hypnose étant trop large, cet avis ne vise pas à proposer une revue de la littérature de type "*evidence based*" pour chaque indication. Le CSS s'est plutôt basé sur les experts, qui ont proposé au groupe de travail un aperçu des recherches les plus récentes et des directives existantes dans leur domaine de compétence, sur base desquelles la pertinence, l'efficacité et les besoins en recherche pour cette indication ont été évalués. Une recherche spécifique de la littérature a également été faite concernant les risques d'effets de secondaires de l'hypnose. Le groupe de travail a constaté que la classification de la qualité méthodologique des études selon la classification stricte de la qualité méthodologique des études individuelles selon les critères de Chambless & Hollon (voir annexe 1) ne s'applique pas entièrement aux études sur l'efficacité de l'hypnose en psychothérapie car elles ne peuvent pas être réalisées en double aveugle. Même l'utilisation de RCT en simple aveugle est difficile étant donné que chaque hypnose est idiosyncrasique. Wark (2008) a publié une méta-analyse de plusieurs études pour arriver à des scores basés sur les critères de méthode potentiellement efficace, et spécifiquement efficace selon Chambless & Hollon (1998).

Après approbation de l'avis par le groupe de travail, le collège a validé l'avis en dernier ressort.

III ELABORATION ET ARGUMENTATION

1 L'hypnose

1.1 Histoire et définition

L'hypnose fait encore l'objet de nombreux mythes et croyances, issus en partie de l'histoire de cette pratique (Janet, 1925). Le terme « hypnose » vient en effet du grec "*hypnos*" (sommeil). Il a été introduit par James Braid (1785-1860), qui a adapté à sa pratique médicale la méthode de Franz Anton Mesmer (1784-1814). Celui-ci se basait sur sa théorie des fluides magnétiques et utilisait des passes magnétiques pour guérir la maladie. Braid a, quant à lui, mis l'accent sur la relaxation, l'utilisation de techniques d'induction, et une conception théorique de l'hypnose comme un état de suggestibilité accrue et une forme de sommeil (Edmonston, 1986). L'hypnose a alors servi lors d'opérations chirurgicales (notamment par Braid), mais la découverte de l'anesthésie pharmacologique avec l'éther et le chloroforme en ont réduit l'utilité.

Les théories de Braid ont ensuite été approfondies par Jean-Marie Charcot (1825-1893), qui considérait l'hypnose comme une forme de psychopathologie associée à l'hystérie, ou troubles conversifs. L'école de Nancy a ensuite travaillé sur la suggestibilité. S. Freud (1856-1939) a utilisé ces connaissances en donnant des suggestions directes, mais il a rapidement abandonné la pratique de l'hypnose au vu des faibles résultats thérapeutiques dans sa pratique clinique. Enfin, les partisans de l'école de l'approche standardisée ont reconnu que la transe hypnotique était un phénomène produit par les sujets eux-mêmes et non par un pouvoir possédé par celui qui va induire l'hypnose (Rosenfeld, 2008).

Milton H. Erickson (1901-1980), un psychiatre américain, a profondément modifié la conception de l'hypnose et a finalement suscité l'intérêt des professionnels en démontrant le pouvoir de l'hypnose en tant qu'outil clinique. Contrairement aux pratiques antérieures dans lesquelles un thérapeute donnait des instructions standardisées à un patient passif, Erickson a souligné l'importance de la relation thérapeutique interactive. Cette approche, moins directive, repose sur l'idée que chacun est plus ou moins hypnotisable lorsque l'induction est adaptée individuellement, et que le patient active avec l'outil hypnose ses propres ressources d'amélioration.

Aujourd'hui, les praticiens de l'hypnose se regroupent en plusieurs sociétés scientifiques, dont l'*International Society of Hypnosis* (ISH), composée de multiples sociétés et de membres individuels du monde entier et qui a notamment pour missions de stimuler la recherche sur les applications cliniques de l'hypnose, encourager la coopération, promouvoir la qualité des formations ; ou encore l'*European Society of Hypnosis* (ESH), auparavant une branche de l'ISH, mais qui s'est progressivement développée comme association européenne indépendante et compte aujourd'hui environ 45 sociétés membres dans 23 pays, représentant 14.800 membres.

L'hypnose est actuellement définie par l' "*Hypnosis Definition Committee*" (Elkins et al, 2015) comme "un état de conscience qui implique une attention focalisée et une perception périphérique réduite, et qui se caractérise par une capacité rehaussée à répondre aux suggestions. » ("*A state of conscience involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion.*"). Le terme « état » ne doit pas être compris ici comme un mode de fonctionnement qui ne peut être modifié, mais comme un état qui peut être clairement distingué de l'éventail des états de fonctionnement habituels du cerveau en éveil (Lush & Dienes, 2019).

L'induction hypnotique est la procédure qui induit l'hypnose ("*A procedure designed to induce hypnosis.*").

L'hypnotisabilité est, quant à elle, « la capacité d'un individu à faire l'expérience de modifications, sous suggestion pendant l'hypnose, tant aux plans physiologique, sensoriel, émotionnel qu'au niveau de la pensée ou du comportement. » ("*An individual's ability to experience suggested alterations in physiology, sensations, emotions, thoughts, or behavior during hypnosis.*").

L' "*Hypnosis Definition Committee*" définit également l'hypnothérapie comme l'« utilisation de l'hypnose dans le cadre du traitement d'un trouble ou d'une problématique de nature médicale ou psychologique. » ("*The use of hypnosis in the treatment of a medical or psychological disorder or concern.*"). Ce terme doit cependant être utilisé avec prudence car il peut être mal interprété. En effet, l'hypnose n'est pas une thérapie en soi mais un outil parmi d'autres, utilisés dans le cadre d'une thérapie.

1.2 Législation

En Belgique, l'utilisation de l'hypnose a été réglementée en 1892, après un long débat sur ses avantages et ses risques et des négociations entre médecins, parlementaires, juristes et praticiens profanes (Wils, 2017). A l'époque déjà, les médecins voulaient distinguer la pratique médicale de l'hypnose de son utilisation par des charlatans dans le cadre de spectacles ou

encore d'activités criminelles. Le succès grandissant des spectacles, couplé aux efforts du monde médical pour démontrer l'intérêt de l'hypnose dans le cadre clinique, ont abouti à la mise en place d'une loi visant à réglementer l'utilisation de l'hypnose autant en public qu'en privé à des fins de divertissement, de recherche et thérapeutiques.

Depuis la mise en place de cette loi, il est donc interdit de donner en spectacle une personne en état d'hypnose et de faire signer des documents officiels sous hypnose. Seuls les médecins ou personnes munies d'une autorisation du gouvernement ont le droit de pratiquer l'hypnose sur des mineurs et des malades mentaux.

Des amendements à cette loi ont été soumis à plusieurs reprises (en 1996, 2004 et 2008), notamment pour prendre en compte la reconnaissance de nouvelles professions de santé comme celle des psychologues. Ces amendements prévoyaient de soumettre la pratique de l'hypnose à l'obtention d'une autorisation ; de n'accorder cette autorisation qu'à des médecins et des psychologues ; d'assimiler la « suggestion » à l'hypnose ; et de prévoir un régime distinct pour les mineurs et les personnes souffrant de troubles psychiques (et de ramener la limite d'âge de vingt et un ans à dix-huit ans, qui est l'âge de la majorité). Il s'agissait aussi d'adapter la terminologie concernant les spectacles. Cependant, ces propositions d'amendements n'ont jamais été concrétisées.

1.3 Mode de fonctionnement

1.3.1 *Hypnose et conscience*

La conscience humaine joue un rôle important et même indispensable (Baumeister & al., 2018 ; Gruzelier, 2000). La conscience dépend inextricablement du bon fonctionnement du cerveau. Elle doit son existence à, et est soutenue par l'activité intégrative du cerveau tout au long de la vie (James, 1890, p. 244 ; Brown, 1914 ; Konorski, 1967 ; Sadaghiani & Wirsich, 2020). Pour comprendre l'hypnose, il faut prêter attention à la fois au spectre des états de conscience possibles et au rôle des contenus de conscience.

Les états de conscience évoqués par le processus hypnotique font partie de la partie fonctionnelle du spectre des états de conscience possibles (conscience normale, toutes sortes de conscience modifiée, conscience diminuée - état végétatif, et inconscience – coma ; Laureys, 2005 ; Laureys & Boly, 2008). La capacité de changement de la conscience qui fonctionne normalement s'exprime de différentes manières. Chacun connaît les influences des humeurs, des tensions et des contenus conscients spécifiques. Les humeurs ont une influence sur l'expérience du temps et sur l'évocabilité des contenus ; une attention concentrée peut limiter la réceptivité à d'autres informations externes et internes ; les tensions interfèrent avec l'accessibilité de la mémoire ; de nombreux contenus peuvent mettre en évidence des humeurs associées.

Nous sommes rarement confrontés aux conséquences de changements soudains dans l'ancrage de notre conscience. Il suffit de penser à la sensation d'amorce de mouvement lorsque l'on prête attention au départ d'un train depuis un train à l'arrêt plutôt que depuis la position inchangée des structures fixes dans la gare. La conscience ancre son cadre de référence pour le fonctionnement habituel à des points de référence fondamentaux de l'environnement familier sans pour autant se figer totalement (Blanke, 2012). Les caractéristiques de fonctionnement de la conscience humaine sont donc, par nature, influençables.

La conscience psychologique se caractérise par son contenu, par la perception plus ou moins claire, la connaissance et l'appréciation que chacun a, en partie en fonction de son propre développement, articulé ou pas, de sa propre existence et de son environnement (à la fois le « Mitwelt » et l'« Umwelt »). La conscience et ses contenus sont inextricablement liés. Le

cerveau s'accorde intensivement aux caractéristiques du milieu environnant pendant la première période suivant la naissance, ce qui a des conséquences biologiques de grande portée, comme la limitation de la reconnaissance des sons et de la capacité à exprimer des sons non familiers guidés par les caractéristiques du langage environnant (Kemner, 2011). Cette imbrication colorée du contenu et du fonctionnement garantit l'unicité de l'expérience de conscience de chaque individu.

L'hypnose est considérée comme un processus de conscience modifiée et nécessite dès lors une approche scientifique spécifique à cet état (Tart, 1972 ; Jamieson et al., 2017). L'individu sous hypnose fait l'expérience d'un changement qualitatif de l'état d'esprit global, dans lequel sa propre expérience, selon l'intensité des changements induits par l'hypnose, devient quelque peu ou plus prononcée ou inopinément et étonnamment distincte de l'expérience ressentie comme normale. Une personne en plongée hypnotique peut ressentir des changements dans sa perception du temps, dans la perception de l'environnement immédiat (lieu, personnes) et dans ses sensations physiques. Pour décrire l'état de conscience modifié, de nombreux auteurs soulignent des caractéristiques telles que la concentration de l'attention, l'absorption par le contenu de l'expérience, la dissociation de l'environnement immédiat, l'intensification de l'imagination, l'extension de la suggestibilité habituelle, etc. Au retour d'une plongée hypnotique légère à modérée, l'individu hypnotisé est généralement capable de décrire de tels changements de perception assez facilement. Au retour d'une hypnose profonde, il arrive régulièrement que l'individu hypnotisé, qui a retrouvé son état de conscience habituel, ne garde que de vagues souvenirs, voire n'ait aucun souvenir de ce qu'il a vécu pendant l'hypnose ou de ce qui s'est passé à ce moment dans son esprit. Techniquement, cela peut s'expliquer par les différences trop prononcées entre les deux états fonctionnels distincts du cerveau (Koukkou & Lehmann, 1983). En pratique, dans de nombreux cas, des techniques hypnotiques adaptées permettent facilement de surmonter cette amnésie post-hypnotique immédiatement ou au plus tard après quelques heures (Kubie, 1943). Des virtuoses de l'hypnose ont été décrits qui, dans un état hypnotique, peuvent être remarquablement éloignés des variations habituelles de leur conscience en état de veille. Par exemple, Raikov (1983) décrit chez quatre sujets la régression dite en âge (qui lorsqu'elle réussit, induit, en fait, un changement extrême de l'état de fonctionnement du cerveau) qui ont mené à un état dans lequel le chercheur réussit à induire des réflexes et des réactions du nourrisson, y compris une inversion du réflexe de Babinski, qu'il était impossible d'induire dans un groupe témoin d'étudiants en médecine hypnotisés ayant une bonne connaissance du développement du nourrisson.

1.3.2 Recherche

Les recherches sur les facteurs psychologiques et interpersonnels ont été récemment présentées en détail par Lynn et al. (2019). Les auteurs rejettent les conceptions de la transe comme un état de conscience bien décrit et radicalement modifié car il n'existe pas de marqueur clair de la transe, et ce concept ne laisse pas non plus de place à des approches plus nuancées de la transe à partir d'expériences personnelles de l'état hypnotique. Comme toute tentative de résumé entraînerait la perte de nuances indispensables, le lecteur intéressé est invité à consulter cet article et la bibliographie qui l'accompagne.

Selon la base de données PubMed, l'examen électroencéphalographique est utilisé depuis 1947, avec un niveau d'articulation méthodologique croissant au fil du temps, pour objectiver et étudier les différences d'état des fonctions cérébrales provoquées par l'hypnose. La disponibilité de l'imagerie cérébrale fonctionnelle (PET-scan, imagerie par résonance magnétique fonctionnelle selon la méthode BOLD) a accéléré l'accroissement des connaissances sur l'hypnose et sa place dans l'éventail des formes de conscience disponibles et des états de fonctionnement cérébral sous-jacents.

Certaines applications de l'imagerie cérébrale fonctionnelle fournissent des mesures indirectes de la consommation cérébrale de glucose. Cela varie en fonction, à la fois du rythme veille-sommeil et de la différence entre les états de conscience sains ou pathologiques (Laureys, 2005). La consommation cérébrale totale de glucose pendant l'hypnose ne diffère pas de celle mesurée en état de veille (Grond et al., 1995). Cela confirme que l'hypnose fait partie des variations normales des états de conscience éveillés sains.

De nombreuses recherches ont été menées sur la relation entre les phénomènes hypnotiques et l'activité cérébrale. Dans le domaine de l'imagerie cérébrale, cette recherche se caractérise aussi par un niveau d'articulation méthodologique croissant au fil du temps. Elle a évolué d'une attention au degré d'activation de certaines zones spécifiques à une attention à la coopération entre les zones du cerveau étudiées, même en l'absence de connectivité structurelle, c'est-à-dire à la recherche sur la connectivité fonctionnelle. Cela ne rend pas encore pleinement justice au caractère intégratif du fonctionnement normal du cerveau (Raichle, 2015), alors que ces dernières années, il a été démontré que cet aspect ne peut pas et ne doit pas être ignoré (Bolt et al., 2018 ; Sadaghiani & Wirsich, 2020).

Bref aperçu de ces recherches :

- Szechtman et al. (1998) et Bowers et al. (1998) décrivent l'activation de la zone 32 de Brodmann (cortex cingulaire antérieur - ACC) chez des individus hautement hypnotisables qui démontrent une capacité hallucinatoire après le déclenchement hypnotique d'hallucinations auditives, mais pas lorsqu'ils imaginent entendre de telles hallucinations.
- Une étude de Maquet et al. (1999) a également montré que l'évocation d'un événement autobiographique agréable sous hypnose active d'autres zones du cerveau que celles activées dans un état de conscience normal.
- L'hypnose permet d'activer ou de désactiver des zones liées à la perception de la douleur indépendamment de la présence d'un stimulus douloureux (Rainville, 1999 ; Faymonville et al., 2000 ; Derbyshire et al., 2004 ; Vanhaudenhuyse, 2009).
- Kosslyn et al. (2000) ont décrit une activation réduite du cortex cérébral fusiforme gauche pendant l'influence hypnotique de la perception des couleurs.
- Boly et al. (2011) décrivent deux circuits neuronaux distincts de notre conscience de notre environnement et de notre conscience interne.
- Demertzi et al. (2011) comparent trois situations pour étudier l'orientation de la conscience interne et externe : l'état de veille normal, l'état d'hypnose et une situation de contrôle dans laquelle une mémoire autobiographique a été récupérée pour étudier l'interaction entre le « réseau en mode par défaut » ou DMN et un réseau anticorrélé au niveau de différentes tâches, qualifié d'« extrinsèque » (orienté sur les informations présentes dans l'environnement). L'influence de l'hypnose a entraîné (1) une diminution de la connectivité « extrinsèque » entre les zones frontales et pariétales du cortex cérébral et (2) une diminution de la connectivité de la partie la plus postérieure du DMN. Ces changements pourraient correspondre respectivement à une diminution de la conscience sensorielle et à des changements dans la conscience de soi (pouvant entraîner une éventuelle amnésie post-hypnotique). L'équipe observe également que la variation consciente interne – consciente externe se fait toutes les 33 secondes en hypnose alors qu'elle se fait normalement toutes les 20 secondes. Ceci constitue un critère objectif du processus hypnotique.
- Deeley et al. (2012) a constaté que l'absorption après induction hypnotique était associée à une réduction de l'activité dans le DMN et à une augmentation de l'activité des systèmes d'attention préfrontale dans des conditions stables de stimulation visuelle passive.
- Les données d'imagerie cérébrale révèlent des combinaisons d'activités en réseau variées selon les objectifs expérimentaux de la recherche (Maquet et al., 1999 ; Faymonville et al., 2000, 2003 ; Demertzi et al., 2011, 2015).

- Jiang et al. (2017) décrivent pendant l'hypnose (1) une diminution de l'activité dans la partie dorsale de l'ACC, (2) une augmentation de la connectivité fonctionnelle entre le cortex préfrontal dorsolatéral (qui fait partie du réseau de contrôle exécutif ou ECN) et l'insula et (3) une diminution de la connectivité entre le cortex frontal dorsolatéral (ECN) et le cortex cingulaire postérieur, qui fait partie du DMN. Selon eux, cela indique respectivement une concentration de l'attention accompagnée d'un rétrécissement de la conscience du monde extérieur, un contrôle accru des processus somatiques et émotionnels et un brouillage de la conscience de soi.

Les interprétations évoluent au fil du temps vers une prise en compte croissante de la complexité du fonctionnement du cerveau :

- De nombreuses études (telles que Maquet et al., 1999 ; Faymonville et al., 2000, 2003 ; Demertzi et al., 2011, 2013, 2015 ; Vanhaudenhuyse et al., 2011, 2014 ; Jianget al., 2017) montrent qu'en hypnose aussi d'importants réseaux cérébraux se modulent selon différentes interrelations en fonction que le sujet porte son attention consciente sur l'environnement externe ou sur son monde interne. De telles recherches soutiennent, par exemple, les nombreuses observations traditionnelles selon lesquelles les personnes ont une meilleure conscience des expériences internes pendant une constellation de conscience hypnotique (Trujillo-Rodriguez et al., 2019).
- Jensen et al. (2017) rendent compte des conclusions d'une réunion de consensus entre experts en 2015. Ce groupe a conclu que chez les personnes hautement hypnotisables, il existe une base expérientielle suffisante pour étayer le rôle des parties de l'ACC et du cortex préfrontal dans la réponse hypnotique.
- Landry et al. (2017) ont procédé à une revue systématique des études sur les corrélats neurophysiologiques de l'hypnose. Ils constatent que malgré un nombre croissant d'études d'imagerie cérébrale sur l'hypnose, il y a peu de consensus sur les mécanismes neuronaux de l'hypnose. Ils constatent aussi de nombreuses incompatibilités entre les résultats. Ils supposent que cela est lié aux nombreux aspects de l'hypnose et à la rareté de standardisation des techniques hypnotiques utilisées lors de ces recherches. Ils utilisent la classification toujours utilisée des principaux réseaux cognitifs du cerveau en DMN, ECN et le *salience network* (qui peut donner la priorité à des changements visibles pertinents pour l'organisme) et concluent que (1) les activités et les interconnexions temporelles au sein de ces réseaux et entre eux sont capables de soutenir l'état d'absorption mentale et le déploiement de stratégies fiables de réponse hypnotique du haut vers le bas et (2) ces processus peuvent contribuer à réduire à la fois l'attention consciente portée à l'environnement immédiat et la libre errance de l'esprit ("*mind-wandering*"). Ils ont cependant été surpris que la méta-analyse quantitative n'établisse qu'une corrélation entre les réactions hypnotiques et l'activation du *gyrus lingualis* (situé dans la partie médiane du cortex cérébral occipital). Cette constatation s'appuie sur cinq études réalisées par cinq groupes de recherche. Cela pourrait indiquer que les formes d'imagerie mentale représentent des stratégies courantes pour développer de manière fiable des réponses à partir d'états de conscience hypnotiques.

Mais des voix critiques s'élèvent qui émanent de perspectives très différentes. Cependant, ne vous attendez pas ici à un aperçu complet. Dans ce contexte, quelques exemples suffiront :

- Lynn et al. (2019) affirment que des décennies de recherche sur une signature neurophysiologique unique de l'hypnose n'ont pas donné grand-chose d'utile. Ils rejettent la notion de transe en tant que construction non objectivable, plaident pour une explication sobre de la suggestibilité hypnotique basée sur des concepts purement psychologiques et sympathisent avec les propositions visant à diffuser une image de l'hypnose comme étant quelque chose de pas si éloigné des phénomènes quotidiens. Ils conviennent, néanmoins, que les interventions hypnotiques peuvent provoquer un large éventail de changements de la conscience. Leur choix pour ce qu'on appelle des schémas explicatifs sociocognitifs semble trahir leurs limites lorsqu'il s'agit de tenter d'expliquer la réponse

hypnotique rapide des personnes hautement hypnotisables. La réponse expérientielle qu'ils esquissent est si complexe que des changements dans l'état fonctionnel du cerveau pourraient fournir une explication peu élaborée (« parcimonieuse ») s'ils étaient prêts à prendre cette hypothèse de travail au sérieux.

- Bolt et al. (2018) contestent la pertinence des analyses des expériences de recherche dans lesquelles on essaie de distinguer l'activité cérébrale pertinente pour la tâche extrinsèque et intrinsèque. Ils affirment que les réseaux cérébraux auxquels on s'adresse perçoivent les tâches à accomplir de manière synergique. Cela signifie que la variation de la contribution d'une partie du partenariat est neutralisée par les ajustements de l'activité d'autres parties. Ils comparent cela au martelage effectué par un forgeron expérimenté : l'endroit où le marteau frappe l'objet travaillé peut varier moins que, par exemple, la position du coude, car les positions des autres articulations concernées sont ajustées à la vitesse de l'éclair. Ils préconisent l'utilisation de perspectives plus sophistiquées sur le fonctionnement du cerveau qui reconnaissent que le cerveau subit constamment des processus d'ajustement pour rester en équilibre avec son environnement en termes de création et de maintien de synergies pertinentes pour les tâches à accomplir. Ces processus d'ajustement contiennent une composante prédictive.

Ces critères très diversifiés soulèvent des doutes sur le fait que les questions utilisées jusqu'à présent s'inscrivent déjà dans des perspectives fructueuses. Il semble que la recherche en soit encore dans une phase d'exploration préliminaire. On ne sait pas encore très bien comment se produit l'imbrication des processus psychologiques (dont une part importante est de nature interpersonnelle) dans les processus neurophysiologiques déclenchés par la voie psychologique. La variation de l'hypnotisabilité n'est pas expliquée de manière adéquate et il n'existe pas d'explications détaillées généralement acceptées sur les raisons pour lesquelles l'hypnose conduit à des résultats différents selon les individus. Afin de faciliter les percées, il est préconisé que les questions soient élaborées à partir d'une bonne compréhension des possibilités et des limites de la perspective de recherche choisie (Varoquaux & Poldrack, 2019) et de la spécificité des processus cérébraux (Haueis, 2014).

1.3.3 *Similitudes entre des états de conscience moins courants.*

Des publications récentes sur les corrélats des expériences d'illusion de la main en caoutchouc³ (première description : Botvinick & Cohen, 1998) et d'illusion corporelle complète (Lenggenhager et al., 2007 ; Blanke & Metzinger, 2009) fournissent des données mettant en évidence des similitudes entre ces états de conscience et les états de conscience hypnotiques. Cela suggère que l'une des caractéristiques de base de l'hypnose, à savoir la modification de la conscience qui s'accompagne d'effets de grande envergure sur le traitement de l'information, est en fait une caractéristique intrinsèquement liée à la nature pour ainsi dire fluide et changeante de la conscience. Friston (2018) en est convaincu sur une base théorique : "*As a psychiatrist, I am drawn to the notion of altered conscious states as altered inference for several reasons.*" Cela s'applique non seulement à la pathologie, mais aussi aux variations au sein du spectre normal de la conscience (Friston, 2020 ; Baumesteir et al., 2018). Des recherches électrophysiologiques plus anciennes montrent que tout changement de l'état de conscience entraîne automatiquement une modification (souvent inaperçue) de l'estimation de ce qui se présente (Koukkou & Lehmann, 1983). On peut s'attendre à ce que la familiarisation croissante avec les connaissances infalsifiables sur le caractère intégratif de l'activité cérébrale influence les opinions sur les similitudes, les différences et le degré de chevauchement entre l'hypnose, toutes formes de méditation (et les procédures dérivées telles que la pleine conscience), l'influence des environnements pauvres en stimuli, l'influence de la réalité virtuelle, ... Cela permettrait d'intégrer l'un des messages de Lynn et al. (2019), selon lesquels la recherche sur l'hypnose (développée par des méthodes psychologiques) a fourni des indications précieuses sur la conscience, avec des indications étayées par des

³ Voir <https://www.youtube.com/watch?v=CzFNf6G-3XE> ou une vidéo similaire.

expériences sur les influences des modèles d'attentes, des attitudes, des formes d'imagination, de la méta-conscience et de l'expérience de l'involontaire, tant sous hypnose qu'en dehors.

Le fait de savoir que les variables de la personnalité jouent un rôle dans la réceptivité à l'hypnose est en phase avec de nombreuses décennies d'expérience pratique. Cela s'applique également à d'autres formes d'influence sur la conscience. Krol et al. (2019) ont exploré par le biais d'expériences le lien entre le développement de la conception de soi et l'expérience corporelle préreflexive. Les sujets ayant une idée de soi moins claire semblaient déjà sensibles à l'illusion de la main en caoutchouc dans des conditions expérimentales où il n'était pas encore possible de créer cette illusion chez des sujets ayant une idée de soi plus clairement articulée. Ainsi, la construction, les influences environnementales et les processus d'apprentissage déterminent la façon dont la conscience individuelle mûrit au cours du développement (Bányai, 1998). Cet aspect de la formation de la personnalité du patient doit recevoir une attention appropriée chaque fois qu'un degré individuel de suggestibilité peut influencer le résultat d'une offre de traitement. Autrement dit : toujours.

Killeen & Nash (2003), font remarquer, à la suite d'Oakley (1999), l'importance potentielle de vivre des expériences extraites de la conscience de soi habituelle. L'hypnose partage cela avec de nombreux autres modes de changements de la conscience, à la fois dans des limites physiologiques strictement normales et en partant d'une concentration de l'attention rétrécie (entièrement auto-construite comme certaines techniques de méditation bouddhiste ou provoquée de manière externe - Gosseries et al., 2020) et après avoir influencé ces limites physiologiques, par exemple à l'aide de substances psychoactives (Barrett & Griffiths, 2018) ou dans le cas d'expériences de mort imminente (Martial et al., 2020 ; Koch, 2020).

Killeen et Nash sont également d'avis que l'hypnose ne suscite aucune propriété unique dans la conscience qui permettrait à l'état hypnotique de se distinguer d'autres états de conscience non courants mais accessibles. Mais ils soulignent la rapidité remarquable avec laquelle les propriétés de la conscience peuvent être modifiées, parfois littéralement en un claquement de doigts. Cela plaide en faveur de changements dans les états fonctionnels sous-jacents du cerveau et est conforme à ce que fait le « réseau de saillance » pour les espèces animales qui ont des raisons de craindre les prédateurs en permanence et qui doivent donc être capables de passer extrêmement rapidement de paître à fuir.

Il existe suffisamment de preuves que l'individu est capable de se familiariser avec les états de conscience hypnotiques et de les utiliser plus efficacement. Cela peut être considéré comme un équivalent de conscience du développement de variations des capacités motrices, par exemple en apprenant à se déplacer de manière inhabituelle dans des circonstances purement naturelles, comme le vélo, le patinage ou la course à pied, dans lesquelles certaines personnes développent une adresse extrême.

Qu'est-ce que ces connaissances signifient en termes de compréhension des états de conscience hypnotiques ?

Tant la complexité de l'état d'esprit prédictif des processus cérébraux que la réorganisation intensive et sans cesse active des « porteurs de connaissances » au niveau cellulaire et du réseau⁴ à travers les événements de la vie mettent inévitablement à rude épreuve un réseau de possibilités d'interprétation et d'appréciation inconscientes et aconceptuelles plus vaguement développées. L'organisation plus réussie de la conscience pour l'organisme en question éclipse toutes ces formes plus vaguement développées et supprime leur influence à un degré variable. Cette organisation habituelle peut, en principe, être contrecarrée par toute forme de modification de la conscience. Chacune de ces formes conduit à un résultat

⁴ Comme Karmiloff-Smith, Cleeremans et al. (2020) utilisent le terme de « redescriptions représentationnelles » pour ce processus de réorganisation continue des connaissances stockées.

expérientiel et/ou comportemental différent de celui de la conscience habituelle (Qualls, 1982). Cette évolutivité n'offre en soi aucune garantie quant à la pertinence des résultats. L'utilisation judicieuse des modifications de la conscience obtenues dans l'intérêt de l'individu requiert d'autres connaissances que la seule expertise dans le déclenchement de modifications de la conscience.

1.3.4 L'état d'hypnose, hypnotisabilité, réactivité

L'hypnose commence par une phase d'induction, au cours de laquelle des suggestions sont faites pour mettre en œuvre des changements dans le comportement et les processus mentaux, y compris les sensations sensorielles, les imaginations, les perceptions, les émotions et les pensées. Une procédure d'induction typique comprend des instructions qui permettent à la personne de se concentrer sur certains processus physiologiques qui peuvent faciliter la transition vers l'état de calme, de vigilance ou de force visé. Il existe de nombreux points de départ pour cela, tels que les aspects de la respiration, la concentration sur un point de fixation, les éléments de la perception corporelle, l'évocation de souvenirs, etc. Erickson a déclaré un jour que le temps nécessaire pour atteindre un niveau d'hypnose thérapeutiquement utile varie entre trente secondes et deux cents heures. Des anesthésistes belges expérimentés peuvent proposer au patient de choisir à l'avance entre une anesthésie générale ou une anesthésie locale sous hypnose pour les interventions qui s'y prêtent. En psychothérapie, il n'est pas rare que la familiarité thérapeutiquement requise avec l'approfondissement hypnotique s'acquière sur plusieurs séances de traitement, complétées ou non par des exercices d'habituation ou d'approfondissement à domicile.

L'hypnose implique une concentration de l'attention et une réceptivité aux suggestions avec une adaptation personnelle (Cleeremans et al., 2017). Killeen et Nash (2003) décrivent l'état hypnotique comme un état de conscience modifié caractérisé par des perceptions subjectivement intrusives qui s'accompagnent d'une expérience d'absence de volonté. Il s'agit d'un état actif du cerveau : l'expérience est déterminée par l'objet sur lequel le client dirige son attention, les imaginations ou les images ou sensations évoquées, le degré de concentration de l'attention et la baisse de l'attention portée à l'environnement.

Une personne ayant une prédisposition à une suggestibilité accrue peut entrer spontanément dans un état d'hypnose (Gabrieli et al., 2012). La dissociation peut après une induction hypnotique chez certains individus faire immédiatement partie de l'état hypnotique ou apparaître uniquement après des suggestions spécifiques (Cojan et al., 2015).

L'hypnotisabilité reflète le degré de réponse aux suggestions pendant l'hypnose (Keuroghlian, 2010 ; Dienes & Hutton, 2013). Les personnes ayant un degré d'hypnotisabilité considérable ne semblent pas être sensibles aux différences de style même prononcées dans la méthode d'induction ; elles atteignent leur niveau d'hypnose caractéristique avec des méthodes d'induction différentes (Saletu et al., 1975). L'hypnose, est-ce la même chose que la suggestibilité ou la sensibilité aux suggestions ? Il existe une relation circulaire entre les deux : la sensibilité à la suggestion permet à une personne d'entrer en hypnose et en hypnose elle augmente sa sensibilité à la suggestion (Yapko, 2015). Un groupe de chercheurs considère l'hypnotisabilité comme une propriété stable qui peut être mesurée à l'aide de tests standardisés. Les échelles de suggestibilité hypnotique sont utilisées dans le cadre de la recherche pour distinguer des groupes d'individus facilement et difficilement hypnotisables afin d'évaluer la valeur ajoutée de l'hypnose. Les tests d'hypnotisabilité les plus utilisés sont validés mais pas encore suffisamment discriminants. Des recherches récentes montrent qu'il existe un sous-type dissociatif d'individus très réactifs qui ont un score élevé sur les échelles DES (*Dissociative Experience Scale*) et de suggestibilité hypnotique (Terhune, 2017). Un autre sous-type de personnes bien hypnotisables font preuve d'une forte imagination (Terhune, 2011). En milieu clinique, les tests sont rarement utilisés car on attache plus d'importance à l'optimisation de la réponse hypnotique en construisant une bonne interaction avec les clients (le traditionnellement souvent souligné « rapport »), en adaptant les

suggestions individuellement, en augmentant la motivation et en corrigeant les idées fausses pour aboutir à une réponse hypnotique optimale (Vanhaudenhuyse et al., 2019).

Un programme de formation (*Carleton Skills Training Program*) visant à augmenter l'hypnotisabilité a conduit à une augmentation à long terme de la suggestibilité (Gorassini, 1986). L'avantage clinique connu depuis longtemps de la construction d'une expérience avec l'état hypnotique est confirmé par des études de réplification de ce programme (Cangas & Pérez, 1998 ; Gallo et al., 2012).

1.3.5 Utilité de l'hypnose

L'hypnose est donc une technique qui entraîne des changements à la fois dans la perception consciente et dans la connectivité entre les réseaux cérébraux (Faymonville et al., 2003 ; Greicius et al., 2017), permettant des effets sur le fonctionnement biologique et psychologique. Les changements objectivables qui en résultent dans les sphères personnelles de perception peuvent aller dans différentes directions : réduction de la douleur, mais aussi déclenchement de la douleur ; manipulation des souvenirs qui peut conduire à une meilleure intégration et harmonie ainsi qu'à l'installation de faux souvenirs ; causer des changements dans les appréciations et émotions personnelles avec des conséquences favorables, neutres ou préjudiciables ; etc. Il est donc essentiel de choisir avec soin les suggestions qui sont faites. L'utilisation judicieuse des modifications de la conscience obtenues dans l'intérêt de l'individu requiert donc d'autres connaissances que la seule expertise dans le déclenchement de modifications de la conscience.

Étant donné que non seulement le contexte, la réceptivité et la motivation du patient, mais aussi l'expertise du soignant influencent le résultat du traitement par hypnose, il est nécessaire que tous les critères de précaution raisonnable applicables soient légalement spécifiés. La supervision individuelle d'un patient en état d'hypnose par un professionnel de la santé ayant reçu une formation complémentaire sur l'utilisation de l'hypnose garantit à la fois une souplesse dans la poursuite des objectifs thérapeutiques et une supervision experte des effets de la procédure qui ne peuvent être égalés dans d'autres circonstances.

2 Indications

2.1 Evaluation de l'efficacité

L'évaluation de l'efficacité de l'hypnose se heurte à plusieurs problèmes méthodologiques (Lynn et al., 2008) qui rendent difficile de mener des études rigoureuses ou d'obtenir des résultats significatifs. Ce sont en fait les mêmes types de problèmes méthodologiques que pour évaluer l'efficacité des psychothérapies (Bergin & Garfield, 2004 ; Aronberg, 2005).

Il est en effet particulièrement difficile de faire des études de type « RCT » pour évaluer une technique individualisée qui dépend fortement de l'interaction entre les personnes :

- En clinique, le contenu des suggestions hypnotiques est rarement standardisé, car le soignant va plutôt aborder la personne dans sa globalité et lui permettre d'agir sur sa vie pour la modifier et la rendre plus conforme à ce qu'elle en attend (Yapko, 2010). Tout comme pour les approches psychothérapeutiques, qui s'adaptent généralement aux besoins de l'individu, il n'est donc pas possible d'utiliser des protocoles aussi standardisés que dans les études cliniques pharmacologiques. Cette obstination pour les formes de standardisation actuellement possibles rend difficile de suffisamment décrire l'intervention mise en place, d'évaluer l'apport spécifique d'une technique particulière, ou encore de faire des méta-analyses ou des conclusions générales.
- Il est aussi difficile de mettre en place de vrais groupes contrôles avec des placebos corrects, ce qui réduit les possibilités de validation empirique des interventions (Kendrick et al., 2013).

- Le choix des critères d'évaluation est souvent incomplet et pas suffisamment détaillé dans les articles. Il est aussi important, en dehors des critères objectivables, de tenir compte du vécu subjectif, ce qui rend la méthodologie de recherche complexe.
- L'hypnose dépend de l'interaction (Bányai, 1998 ; Varga & Varga, 2009) et sera plus efficace si la relation thérapeutique avec le thérapeute est bonne, et l'efficacité dépend également de la motivation et des attentes du patient, de sa confiance dans le thérapeute, et de l'expertise du thérapeute. Il n'existe pas de cadre conceptuel généralement accepté pour identifier sans ambiguïté les caractéristiques pertinentes de ces facteurs difficiles à décrire. Cela limite la possibilité de standardisation des rapports et de la quantification, de sorte que ces facteurs sont rarement évalués dans les études.

Pour surmonter ces difficultés méthodologiques, certaines études cliniques proposent des exercices d'hypnose structurés à un groupe de patients et comparent l'efficacité de cette approche à un groupe contrôle (Grégoire et al., 2018, 2019 ; Vanhauzenhuysse et al., 2019). Il est aussi possible de standardiser certaines méthodologies pour certaines indications (douleur chronique, accouchement, chirurgie...).

Il faut aussi se demander si les RCT sont le seul moyen de fournir des preuves (Akobeng, 2005). Dans un certain nombre de découvertes majeures de substances curatives, l'utilisation a précédé les études établies. L'utilité des RCT dépend, entre autres, de l'hypothèse selon laquelle de nombreuses sources de variation des données à traiter ne sont pas pertinentes pour le résultat de l'étude. Des auteurs tels que Goldfried (2015) et Stiles (2015) montrent que les possibilités de recherche disponibles n'ont pas encore atteint le niveau de sophistication qui permet de décrire des situations complexes « dans lesquelles les thérapeutes adaptent leur pensée et leur comportement en réponse à des conditions cliniques kaléidoscopiques changeantes ». (Stiles, o.c., p. 159, traduction personnelle). Comme suggéré par le livre blanc de la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB, 2020), il serait intéressant d'utiliser de nouveaux paradigmes de recherche qualitatives centrées sur les vécus des patients ou de faire des recherches qui s'intéressent plus aux effets et à la dynamique des processus internes et relationnels plutôt qu'à l'efficacité de l'hypnose sur un symptôme.

Les études qui visent à identifier les mécanismes qui sous-tendent les effets de l'hypnose (par exemple celle de Kekecs et al., 2016 ou Wickramasekera, 2015) permettent de comprendre son action pour certaines indications médicales (Jensen et al., 2017).

Il est en tout cas important de tenir compte de ces éléments lors de l'interprétation des résultats provenant d'études cliniques. Ce n'est pas parce que ces études ne parviennent pas à démontrer un effet statistiquement significatif de l'hypnose pour différentes indications, que l'hypnose n'a aucun effet pour ces indications. Comme indiqué ailleurs dans ce document, l'hypnose n'est pas un traitement en soi, mais une méthode qui apporte une valeur ajoutée dans le cadre d'un traitement médical ou psycho-psychothérapeutique professionnel. Par exemple, une étude comparative est menée entre une méthode de thérapie plus standardisée ou basée sur un protocole (thérapie cognitivo-comportementale - TCC) et l'hypnothérapie cognitive, une combinaison de la TCC et de l'hypnose, afin d'étudier la valeur ajoutée de l'hypnose (Alladin, 2012). Cela conduirait à la reconnaissance de l'hypnothérapie cognitive comme un modèle intégratif de psychothérapie appliqué dans un protocole de traitement selon un modèle transdiagnostique des troubles émotionnels (Alladin, 2016). Kirsch et al. (1995) ont étudié 18 études dans lesquelles la TCC a été comparée à la TCC avec l'hypnose dans le traitement de divers troubles et sont arrivés à la conclusion que l'hypnose augmentait significativement l'efficacité de la TCC (Kirsch, 1995).

Une conclusion générale de la recherche clinique est que les procédures hypnotiques peuvent améliorer certains états pathologiques médicaux et psychologiques, selon les directives méthodologiques de Chambless & Hollon (1998), et sont également rentables. Après un

affinement des protocoles de traitement hypnotique, il est probable que le statut de « bien établi » sera atteint. Cependant, les directives ne sont pas spécifiquement adaptées à l'évaluation de l'hypnose.

Wark (2008) a publié une méta-analyse de plusieurs études pour arriver à des scores basés sur les critères de méthode potentiellement efficace, efficiente et spécifiquement efficace (Chambless & Hollon, 1998) dans divers troubles.

D'autre part, d'autres techniques comme le biofeedback, la méditation en pleine conscience, la psychoéducation, etc. peuvent également être efficaces dans certaines indications. L'efficacité de l'hypnose en comparaison à ces techniques n'a pas suffisamment été évaluée, ni les facteurs communs qui agissent pour que ces différentes techniques arrivent par différents moyens à un résultat comparable, ni quels sont les facteurs qui font qu'une technique sera plus ou moins appropriée pour un patient. Comme dans toute approche thérapeutique, le contexte, l'attente, la préférence et les motivations du patient jouent un rôle clé pour obtenir une amélioration des symptômes.

2.2 Psychothérapies

2.2.1 Introduction

L'hypnose n'est pas une thérapie en soi mais une technique (parmi d'autres) qui peut être utilisée dans diverses formes de psychothérapies pour en potentialiser les effets (Mende, 2006 ; Fromm, 1987). Il est en effet largement prouvé que l'utilisation de l'hypnose améliore l'efficacité de la psychothérapie (Bongartz et al., 2002). Elle offre des techniques qui peuvent être appliquées dans le contexte de la thérapie psychodynamique, expérientielle, cognitive et comportementale, et dans d'autres formes de psychothérapie qui ont été décrites par la recherche comme efficaces (Kirsch et al., 1998 ; Lynn & Cardeña, 2007). Elle va en effet permettre d'accéder à ses propres ressources pour mieux réguler des sensations, émotions, souvenirs dysfonctionnels, etc. grâce à plusieurs effets spécifiques (qui sont dans une certaine mesure objectivés, grâce aux résultats de recherche provenant à la fois des sciences psychologiques et des neurosciences) tels que le changement dans l'attention, l'activation de l'imagination, l'augmentation de la dissociation, de la suggestibilité, la diminution du jugement critique, etc.

Selon le traité d'hypnothérapie (Bioy & Michaux, 2007), les indications de l'hypnothérapie sont les mêmes que pour toute psychothérapie (phobies, conversions, troubles anxieux, troubles de l'assertivité, etc.). Comme pour toute psychothérapie, il est nécessaire de poser un diagnostic avant d'utiliser l'hypnose et de tenir compte de la personne et de ses mondes internes et relationnels ainsi que des symptômes spécifiques présentés. Le thérapeute devra contrôler et choisir les suggestions à utiliser en fonction de la situation de chaque personne. On ne peut en effet pas définir une manière standardisée de faire, ni même proposer une seule technique hypnotique par pathologie. Il faut sans cesse s'adapter à la situation du patient et évaluer quelle approche thérapeutique, renforcée ou non par l'hypnose, peut être utilisée pour l'aider. Il est important de pouvoir évaluer ces différents facteurs, d'en tenir compte, et de gérer leurs effets.

L'hypnose peut notamment intensifier le transfert : le patient peut rapidement développer un attachement étroit avec son psychothérapeute (Baker, 2000 ; Brown & Fromm, 1986). Les cliniciens ont convenu que l'intensification de la réceptivité de la transe, tant chez le patient que chez le thérapeute, facilite des réactions de contre-transfert d'une intensité inattendue (Peebles-Kleiger, 1989). Ce n'est pas quelque chose à éviter, car « l'effet thérapeutique de l'hypnose est susceptible d'être inextricablement lié à la gestion de la relation en général, et au transfert en particulier » (Fromm & Nash, 1997, p. 64). Au contraire, elle peut être un aspect utile contribuant à l'efficacité du traitement.

Il existe par ailleurs des pathologies qui nécessitent des précautions particulières en cas d'utilisation de l'hypnose. Les patients psychotiques peuvent bénéficier des approches hypnotiques (Scagnelli-Jobsis, 1982, p. 37), mais l'efficacité de l'hypnose pour le traitement de ces patients n'a pas encore été démontrée et il est actuellement convenu que l'hypnose n'est en aucun cas un substitut aux médicaments et aux autres aspects de la prise en charge de ces patients (Baker, 1983). Les différences de fonctionnement de l'ego chez les patients arrêtés à des niveaux prénévrotiques de formation du caractère nécessitent aussi des modifications spécifiques de la stratégie et de la technique pour améliorer et sécuriser les applications cliniques de l'hypnose dans la psychothérapie de ces individus (Baker, 2000). Une prudence particulière est également nécessaire en présence d'un trouble dissociatif où l'aide consiste surtout à le détecter et aider à sortir du processus pathologique.

2.2.2 Dépression et anxiété

La notion de dépression est utilisée pour désigner des états de fonctionnement altéré d'origines très variées mais qui ont en commun ce fonctionnement altéré ou un certain nombre de caractéristiques relatives à une humeur dépressive. Certains de ces états peuvent évoluer vers des formes plus sévères ou, au contraire, être favorablement influencés par l'adaptation personnelle à des événements de la vie non planifiés. Bien que le concept de dépression endogène soit devenu obsolète, sa description a néanmoins le mérite d'avoir mis en évidence, depuis de nombreuses générations, certaines formes de dépression d'origine plus biologique. Il est évident qu'un vécu de deuil dépressif de type "*social isolation distress*" prolongé (Panksepp, 1998) pourra être pris en charge autrement qu'un vécu de deuil analogue mais associé à un traumatisme sévère (avec la perte concomitante d'importantes capacités à gérer cette situation) ou que des dépressions très sévères pour lesquelles Northoff (2016) décrit des altérations profondes du fonctionnement du DMN.

Comme pour toute psychothérapie, il est assez compliqué de démontrer l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de patients souffrant de trouble dépressif, comme démontré au point 2.1, et en particulier parce que ce trouble est composé d'une grande variété de symptômes et s'accompagne souvent d'une série de comorbidités (tels que les troubles du sommeil, l'éthylisme chronique ou le trouble anxieux, etc. ; McCann & Landes, 2010 ; Alladin, 2010 ; Loredio & Torti, 2010). De plus, il est en général plus difficile d'apprendre l'auto-hypnose à un patient souffrant d'apathie ou de vitalité réduite et de ralentissement psychomoteur (symptômes pouvant être observés lors de troubles dépressifs majeurs), car, dans ce cas, ces symptômes rendent toute forme d'apprentissage et d'autonomie plus difficile.

Certaines études montrent cependant que l'utilisation de l'hypnose apporte une plus-value dans la prise en charge des troubles dépressifs (Alladin & Alibhai, 2007 ; Alladin, 2010). Par exemple, Alladin (2007) a montré que l'hypnose avait un effet sur la dépression et l'anxiété ("*effect size calculations showed that the CH group produced 6 %, 5 %, and 8 % greater reduction in depression, anxiety, and hopelessness, respectively, over and above the CBT group. The effect size was maintained at 6-month and 12-month follow-ups*"). Dans cette étude, les TCC étaient plus efficaces (c'est-à-dire qu'elles avaient des effets plus importants et plus durables) quand elles étaient associées à l'hypnose.

Faria et al. (2017) ont aussi montré que l'effet des antidépresseurs pouvait aussi être renforcé par l'hypnose. Et selon Kirsch (2005), il y aurait moins de rechutes après une thérapie utilisant l'hypnose qu'après un traitement utilisant les antidépresseurs seuls.

Il existe également deux méta-analyses dont les conclusions vont dans le sens de l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge des patients souffrant de dépression. La première (Shih et al., 2009) conclut que l'hypnose améliore les symptômes de la dépression et qu'elle peut

être une intervention non pharmacologique valable pour traiter les symptômes de la dépression (*"the combined effect size of hypnosis for depressive symptoms was 0.57. Hypnosis appeared to significantly improve symptoms of depression ($p < .001$). Hypnosis appears to be a viable non-pharmacologic intervention for depression"*).

La seconde (Milling et al., 2018) montre que les effets sont comparables à ceux des interventions psychologiques bien connues comme par exemple la thérapie cognitive et suggèrent que l'hypnose est un moyen très efficace pour soulager les symptômes de la dépression (*"effect sizes are comparable to those associated with well-known psychological interventions for depression (e.g., Beck's cognitive therapy, interpersonal therapy) and suggest hypnosis is a very effective way of alleviating the symptoms of depression"*).

En ce qui concerne les troubles anxieux, une récente méta-analyse (Valentine et al., 2019) montre que l'utilisation de l'hypnose apporte une importante plus-value en comparaison de sa non-utilisation. Les auteurs concluent aussi que l'hypnose est plus efficace pour réduire l'anxiété lorsqu'elle était combinée à d'autres interventions psychologiques que lorsqu'elle est utilisée seule (*"at the longest follow-up, seven trials yielded a mean weighted effect size of 0.99 ($p \leq .001$), demonstrating the average participant treated with hypnosis improved more than about 84% of control participants. Hypnosis was more effective in reducing anxiety when combined with other psychological interventions than when used as a stand-alone treatment"*).

2.2.3 Traumatisme psychique et troubles dissociatifs

Tant les traumatismes (prolongés et/ou répétés) de la petite enfance que les traumatismes aigus (uniques) qui surviennent plus tard dans la vie peuvent avoir un effet profondément destructeur sur les capacités de prise en charge de la victime d'un traumatisme (Watkins, 1949). Les conséquences du traumatisme sont décrites dans le DSM5 et la CIM-11 dans les troubles liés au stress et aux traumatismes.

Les traumatismes prolongés de la petite enfance peuvent conduire à une dissociation structurelle de la personnalité avec installation d'un trouble dissociatif de l'identité.

La méthode standard de traitement des troubles liés aux traumatismes est le traitement des traumatismes par phases. En réalité, les phases du traitement sont partiellement imbriquées et peuvent s'influencer ou se relayer mutuellement de manière cyclique. La première phase vise à réduire les symptômes les plus importants et à stabiliser la situation (psychologique et émotionnelle) ; la deuxième phase prévoit une confrontation étape par étape (au contenu du traumatisme) ; et la troisième phase consiste en une intégration/expansion (après avoir donné au traumatisme et à ses conséquences une place gérable, apprendre à investir sa propre énergie dans une vie qui peut être vécue comme cohérente et significative).

Des techniques hypnotiques adaptées existent pour chacune de ces trois phases, tant dans le traitement des psychotraumatismes (van der Hart, 2012) que dans le traitement des troubles dissociatifs de l'identité (Kluft, 2012). L'éventail des méthodes hypnotiques existantes offre des techniques appropriées pour à la fois reconstruire une meilleure expérience de la sécurité personnelle et apprendre à la protéger en cas de menace imminente (stabilisation) ; pour mettre en place un contrôle et une sécurité suffisants pendant le traitement et la gestion d'expériences liées à des traumatismes auparavant insupportables (confrontation) ; et, enfin, pour rétablir un niveau de fonctionnement satisfaisant en permanence dans toutes les dimensions de la vie, non seulement comportementales et expérientielles, mais aussi existentielles et philosophiques (intégration/expansion).

La littérature scientifique contient deux essais cliniques contrôlés et randomisés sur l'utilisation de l'hypnose pour différents types de problèmes post-traumatiques (Brom et al., 1989 ; Bryant et al., 2005). La plus ancienne des deux études montre que l'utilisation de l'hypnose a conduit à une réduction significative des symptômes de ré-expérience et d'évitement en moins de

séances que dans les traitements comparatifs. L'autre étude a montré que la TCC utilisant l'hypnose a également conduit à un effet thérapeutique plus important pour les problèmes de ré-expérience que si la TCC était utilisée seule (Bryant et al., 2005), alors que dans une étude de suivi après trois ans les effets des deux formes de thérapie (TCC et TCC + hypnose) étaient similaires (Bryant et al., 2005). Ce qu'il est important de retenir, c'est qu'un traitement précoce (TCC) combiné à l'hypnose permet une meilleure réduction des symptômes.

Il existe également une série d'études de cas uniques et systématiques qui soutiennent l'utilisation de l'hypnose pour le traitement des adultes (Walters, 2005) et des enfants (Friedrich, 1991), en plus d'une vaste littérature sur les études de cas qui démontrent l'efficacité de l'hypnose (O'Toole et al., 2016).

L'*International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)*, la plus grande association scientifique de spécialistes en psychotraumatologie, publie des versions régulièrement mises à jour des recommandations de traitement basées sur les recherches scientifiques disponibles. Cette approche fondée sur des preuves constitue la base des première et deuxième éditions (2000 et 2009 respectivement) de l'ouvrage intitulé "*Effective Treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*" (rédaction : Foa, Keane & Friedman pour les deux éditions ; complété par Cohen pour la deuxième édition). Les dernières mises à jour sont disponibles sur internet et datent de fin 2018. L'hypnose y est indiquée comme traitement qui n'est pas spécifiquement destiné aux traumatismes et, dans le cadre de l'hypnose, le client se familiarise avec un état de conscience modifié avant de poursuivre le travail psychothérapeutique. Les directives de l'ISTSS limitent l'utilisation de l'hypnose à des personnes ayant reçu une formation professionnelle adéquate, qui suivent une formation continue et qui participent à une supervision.

L'ISTSS a élaboré des recommandations concernant les indications de l'hypnose dans le cadre du trauma, en indiquant le niveau de preuve pour chacune (Chambless & Hollon, 1998 ; voir en annexe 1 pour les explications concernant les niveaux de preuve) :

1. Les techniques hypnotiques peuvent être particulièrement utiles pour les symptômes post-traumatiques tels que la dissociation et les cauchemars, pour lesquels ces techniques ont été utilisées avec succès (preuve empirique de niveau C).
2. Les patients souffrant de Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT) et présentant une hypnotisabilité au moins modérée peuvent bénéficier de l'intégration de l'hypnose dans un traitement psychothérapeutique (preuve empirique de niveau D).
3. Les techniques hypnotiques peuvent facilement être intégrées dans diverses approches psychothérapeutiques et la pharmacothérapie. Malgré le fait que les observations cliniques le suggèrent pour le traitement du SSPT, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour démontrer encore mieux que cette intégration augmente ou améliore l'effet des traitements (preuves empiriques de niveau B).
4. Étant donné que la confrontation aux souvenirs traumatiques peut être très difficile chez les patients souffrant de SSPT, les techniques hypnotiques peuvent être utiles pour acquérir un meilleur contrôle émotionnel et cognitif sur les souvenirs traumatiques en vue de travailler sur ces souvenirs et les intégrer (dans l'histoire de leur vie) (niveau D).
5. Pour les patients souffrant de SSPT qui ont montré des réactions dissociatives au moment du traumatisme, l'hypnose peut être efficace pour se souvenir d'événements spécifiques plus en détail (preuve empirique de niveau F ; Steele et al., 2018).

Certaines situations sont quant à elles contre indiquées pour l'utilisation de l'hypnose :

1. Dans les rares cas où les personnes résistent à l'hypnose (ou la refusent) ou réagissent de façon minimale aux suggestions hypnotiques, les techniques hypnotiques peuvent perdre leur utilité et leur sens car il est prouvé que l'effet sur le traitement est lié à une collaboration constructive entre les deux partenaires de traitement.
2. Certains patients souffrant de SSPT peuvent résister à l'hypnose parce qu'ils sont mal informés ou ont une attitude a priori négative à son égard. Si ce préjugé ne change pas après que l'hypnose ait été expliquée, d'autres techniques suggestives qui n'utilisent pas le mot « hypnose » comme « l'autorégulation émotionnelle », « la relaxation » ou « l'entraînement autogène » peuvent être utilisées (preuve empirique de niveau F).
3. Si les patients souffrent d'hypotension ou s'endorment facilement, il est préférable d'utiliser une procédure hypnotique qui fait appel à la vigilance plutôt qu'à la relaxation (preuve empirique de niveau F).

2.2.4 *Sevrage tabagique*

La littérature depuis 2000 montre une grande diversité dans les taux de succès de l'hypnose pour le sevrage tabagique (entre 4 et 90 %). Il y a aussi une grande hétérogénéité dans les méthodologies, qui ne sont pas toujours bien décrites ou comprennent de nombreux biais.

Une première méta-analyse Cochrane (Abbot et al., 1998) a fait le point en 1998 sur cette question et a abouti à la conclusion qu'il n'y avait pas de preuve d'efficacité.

Une autre revue en 2000 (Green & Lynn, 2000), basée sur 59 études, est quant à elle arrivée à la conclusion qu'il était possible que ce traitement soit efficace.

Le rapport du KCE (Van den Bruel, 2004) sur le sevrage tabagique a quant à lui conclu qu'il n'y a pas d'effet démontré de l'hypnothérapie par rapport aux autres interventions, ou à l'absence d'intervention.

Une nouvelle revue Cochrane a été faite en 2010 (Barnes et al., 2010). Cette revue a mis en évidence que beaucoup d'études sont des études de cas sans groupe contrôle, avec une grande variabilité dans les méthodes, sans follow up à plus de 6 mois, et sans validation biologique de l'arrêt du tabac (uniquement des auto-report). Les études sont donc souvent de faible qualité, avec beaucoup de biais. Il n'est par ailleurs pas possible de faire d'évaluation globale de l'efficacité de l'hypnose car il y a une trop grande variabilité dans les méthodes utilisées et les interventions contrôle. Il y a plusieurs comparaisons, avec différentes méthodes. Il n'est donc pas possible de tirer de conclusion générale. Selon cette revue, il n'y a pas assez de preuve pour recommander l'hypnose pour arrêter de fumer. Mais ils recommandent de faire de plus grandes études, de décrire le type d'intervention hypnotique et la technique hypnotique utilisée, et de comparer ces interventions à d'autres interventions qui offrent le même temps de contact avec un thérapeute.

La Haute autorité de santé (HAS) indique également dans son avis que l'hypnose ne fait pas partie des stratégies d'aide recommandées.

Le rapport de l'INSERM (2015) mentionne un essai (n=223) (Dickson-Spillmann et al., 2013) qui n'a pas non plus démontré de supériorité de l'hypnose (1 séance unique en groupe) par rapport à la relaxation (1 séance unique en groupe), l'hypnose ne montrant pas d'effet en-dehors du contact avec un thérapeute, du support social et de la relaxation. Un autre essai (n=122) (Hasan et al., 2014) a par contre démontré une tendance à une supériorité de

l'hypnose (séance individuelle unique) par rapport aux substituts nicotiques. Cette étude manque cependant de solidité sur le plan statistique.

En juin 2019, une mise à jour de la revue Cochrane (Barnes et al, 2019) a été publiée, qui comprenait 3 nouvelles études par rapport à la revue Cochrane de 2010, y compris les deux études mentionnées ci-dessus (Dickson-Spillman et Hasan), et portait sur 1 926 participants. Les critères d'inclusion comprenaient une période de suivi de ≥ 6 mois, une validation biochimique, et une comparaison avec des groupes de contrôle (aucune intervention ou autres interventions). La conclusion générale était (une nouvelle fois) qu'il n'y a pas assez de preuves pour soutenir l'utilisation de l'hypnothérapie comme traitement spécifique pour l'arrêt du tabac ("*There is insufficient evidence to support the use of hypnotherapy as a specific treatment for smoking cessation*").

Certaines nuances importantes ont toutefois été ajoutées :

- 2 études (plus petites) ont comparé l'hypnothérapie et le counseling versus uniquement le counseling. L'ajout de l'hypnothérapie (l'hypnothérapie constituait une partie du counseling) semble avoir eu un effet positif, mais cette conclusion doit être considérée avec la plus grande circonspection étant donné l'imprécision de la constatation (CI : 1,79 - 17,56).
- Si l'hypnose peut augmenter les chances d'arrêter de fumer par rapport aux tentatives effectuées sans intervention ou sur la base d'un counseling de courte durée, il se peut aussi que ce résultat doive être attribué à des facteurs non spécifiques, notamment un contact prolongé avec le thérapeute ("*However, from a public health point of view, this non-specific expectation effect is valuable and, if it existed, would help people stop smoking, whether or not hypnotherapy is effective*" (p.15)).
- La revue Cochrane conclut une nouvelle fois en recommandant de nouvelles études ("*there is a need for large, high-quality trials to establish its effect*").

Bollinger et al. (2020) et Li et al. (2019) ont aussi montré que la suggestion hypnotique pouvait réduire l'envie de fumer, mais seulement chez les personnes ayant une forte suggestibilité.

On peut donc aboutir à la même conclusion que ce qui était indiqué en 2006 dans le "*manual of smoking cessation*" (McEwen et al., 2006) : il n'y a pas de preuve de l'efficacité de cette méthode pour aider à arrêter de fumer. Les résultats sont en effet, au mieux, comparables avec d'autres méthodes de soutien psychologique. D'autres facteurs devraient cependant être considérés dans ces études, comme par exemple la motivation au changement, le contrôle de soi, l'âge auquel l'individu a été en contact avec la substance, etc.

Au total, il n'existe pas à ce jour suffisamment de données pour conclure quant à l'efficacité spécifique de l'hypnose dans le sevrage tabagique. Ici aussi cependant, les interventions en hypnose peuvent être très hétérogènes (nombre de séances, en groupe ou en individuel, etc.) et les conclusions ne peuvent donc souvent pas se généraliser au-delà de l'intervention précise évaluée. Il est donc difficile de démontrer pour qui et quand il pourrait être pertinent de proposer cet outil.

2.2.5 Troubles alimentaires

D'après la littérature, les troubles alimentaires feraient intervenir les mêmes mécanismes que l'hypnose, et certains aspects de l'hypnotisabilité (mécanismes de dissociation) interviendraient dans l'étiologie ou le maintien de troubles alimentaires (Hutchinson-Phillips et al., 2007 ; Vanderlinden & Vandereycken, 1990).

La recherche sur l'utilisation de l'hypnose pour le traitement de la boulimie et de l'anorexie apporte néanmoins des résultats mitigés, notamment en raison de problèmes méthodologiques pour évaluer l'efficacité de l'hypnose (Barabasz, 2007).

Il n'y a ainsi pas d'évidence scientifique que l'hypnose est efficace pour le traitement de l'**anorexie**, et une évidence limitée pour le traitement de la **boulimie**. D'après certaines études, l'hypnose pourrait améliorer l'efficacité des stratégies cognitivo-comportementales et interactionnelles dans le traitement des patients boulimiques (Vanderlinden & Vandereycken, 1990; Griffiths, 1995 ; Griffiths et al., 1994, 1996). L'hypnose peut en effet être utile pour apprendre à se relaxer, augmenter la motivation au changement, se confronter avec la nourriture, retrouver un contrôle sur le comportement alimentaire ; ainsi que dans une deuxième phase, corriger les idées irrationnelles, apprendre à se sentir bien dans sa peau, améliorer l'estime de soi (Vanderlinden et al., 2007).

D'autre part, il est de plus en plus évident que l'hypnose est un traitement utile et efficace dans le **traitement de l'obésité**, en particulier en association avec une TCC (Milling et al., 2018 ; Bo et al., 2018).

Une étude (Greetham et al., 2016) sur l'**hypnothérapie virtuelle de l'anneau gastrique** n'a quant à elle montré aucun effet sur la perte de poids de celle-ci par rapport à l'hypnothérapie de relaxation.

Etant donnée l'hypermnésie favorisée par l'hypnose, il est par ailleurs important de tenir compte des risques de réminiscence psychotraumatique lors de l'utilisation de l'hypnose dans le cadre des troubles alimentaires, ce qui nécessite une formation spécifique. Enfin, les techniques hypnothérapeutiques ne sont pas des traitements miracles mais des outils qui doivent être utilisés dans le cadre d'un traitement multidimensionnel (Vanderlinden & Vandereycken, 1990).

2.2.6 Troubles du sommeil

Dans leur revue, Graci & Hardie (2007) font référence à un panel du *National Institute of Health* (NIH) qui a atteint un consensus en 1996 sur le fait que l'hypnose et le biofeedback peuvent provoquer des changements significatifs dans certains aspects du sommeil. Ils sont arrivés à la conclusion que dans le traitement des troubles du sommeil, il fallait accorder plus d'importance à une combinaison de TCC et d'hypnothérapie. Graci & Sexton (2006) donnent un aperçu clair de la manière dont l'hypnose et la TCC peuvent être utilisées comme traitement multifactoriel pour le traitement de l'insomnie.

Chamine (2018) a passé au crible cent trente-neuf résumés et 24 articles de synthèse sur l'effet des interventions hypnotiques sur le sommeil et les a soumis à une recherche quantitative. Dans 58,3 % des études incluses, l'hypnose a eu un effet favorable sur le résultat, dans 12,5 % des cas, les résultats étaient mitigés et dans 29,2 % des cas, aucune influence de l'hypnose sur les résultats n'a été observée. Des résultats similaires ont été trouvés après avoir inclus uniquement les études les moins biaisées. Ils concluent que l'hypnose dans le sommeil est prometteuse et justifie des recherches supplémentaires.

Dans une étude précédente, Cordi et al. (2014, 2015) ont pu démontrer que les suggestions hypnotiques données avant une sieste l'après-midi augmentaient le sommeil à ondes lentes (*Slow Wave Sleep* - SWS) et l'activité des ondes lentes (*Slow Wave Activity* - SWA). Cela a également permis une amélioration significative des fonctions cognitives préfrontales. Les suggestions hypnotiques pourraient être une alternative valable aux médicaments pour le sommeil et être utiles pour conduire à une amélioration cognitive chez les personnes âgées. Cordi (2020) a étudié l'influence des suggestions hypnotiques sur le sommeil nocturne. À cette fin, 43 jeunes ont reçu des suggestions pour un sommeil profond avant de s'endormir : chez les personnes fortement hypnotiques, on a observé une augmentation du SWS et un SWA plus élevé, surtout dans la première heure de la nuit. Les participants faiblement hypnotisables ont montré un effet paradoxal qui peut être expliqué comme une résistance à l'impact des suggestions. Dans une étude sur des vétérans de guerre souffrant de TSPT, où l'efficacité de

l'hypnose sur les problèmes de sommeil a été étudiée comme complément à la technique de traitement cognitif, une amélioration significative du sommeil et de la dépression a été observée lorsque l'entraînement à l'hypnose de 3 semaines précédait la thérapie de traitement cognitif. Les plaintes relatives au TSPT n'ont pas changé suite à cette formation à l'hypnose (Szigethy, 2018).

Plus récemment, Grégoire et al. (2018) ont réalisé une étude randomisée contrôlée chez 95 patients ayant été traités pour différents cancers. L'apprentissage d'auto-hypnose auto-bienveillante permet à ces patients d'améliorer significativement la détresse émotionnelle et la fatigue

2.3 Applications médicales et cliniques

Les applications de l'hypnose dans le domaine médical sont nombreuses et variées et font l'objet d'un grand nombre de publications, même si l'effet de l'hypnose n'est pas toujours facile à déterminer.

Ainsi, l'hypnose peut être utilisée dans le cadre de la préparation des patients en chirurgie et la gestion des douleurs aiguës en cas d'intervention médicale ou de soins, mais aussi dans le cadre de douleurs chroniques et de pathologies chroniques comme les pathologies psychosomatiques (Flammer & Alladin, 2007), les troubles fonctionnels tels que l'asthme (Brown, 2007) ou le syndrome du côlon irritable, le traitement des nausées après les chimiothérapies, en obstétrique, en dermatologie, etc. (Pinnel & Covino, 2000). Ces applications concernent tant les adultes que les enfants, pour lesquels il existe également un grand nombre de publications pour une grande variété de problèmes cliniques (Kohen & Kaiser, 2014).

2.3.1 Douleurs aiguës et chirurgie

L'hypnose peut être utilisée en chirurgie ou en médecine / radiologie interventionnelle pour diminuer la douleur. Le rapport de l'INSERM (2015) indique notamment que six essais rapportent de manière concordante que l'hypnose permet de diminuer la quantité d'antalgiques et/ou de sédatifs administrés en per opératoire (Faymonville et al., 1995, 1997 ; Mackey, 2009 ; Montgomery et al. 2002; Lang et al. 2000; Lang et al. 2006; Lang et al., 2008). Pour les autres critères de jugement, les résultats ne sont pas aussi concordants. Cependant, deux études prospectives, randomisées, sur l'utilisation de l'hypnose comme technique d'anesthésie permettent de montrer une moindre douleur – anxiété pendant et après chirurgie, une moindre fatigue après chirurgie avec une reprise d'activité professionnelle plus rapide (Faymonville et al., 1997 ; Defechereux et al., 2000).

L'Académie nationale de médecine (Bontoux et al., 2013) en France considère également que l'hypnose peut être utilisée pour la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant et l'adolescent et pour améliorer les effets secondaires des chimiothérapies : « *Dans l'ensemble, les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications* ».

Pour la prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, la Haute autorité de santé indique aussi que l'hypnose peut être complémentaire aux antalgiques.

Par ailleurs, certaines études (Lang & Rosen, 2002 ; Butler et al., 2005 ; Montgomery et al., 2007) ont évalué la réduction des coûts (médicaments, durée d'hospitalisation) grâce à l'hypnose, ce qui est une valeur ajoutée importante tant en termes économiques qu'en ce qui concerne le confort et la satisfaction des patients (Defechereux et al., 2000).

Depuis ces rapports, un grand nombre d'études ont étudié l'effet de l'hypnose en pré-, péri- et post-opératoire (Garland et al., 2017 ; Bataille et al., 2018 ; Fusco et al., 2020) pour diverses interventions chirurgicales (abdominales (Corman et al., 2016), thoraciques (Barbero et al., 2018 ; Akgul et al., 2016), orthopédiques (Boselli et al., 2018)), ainsi qu'en cas de brûlures (Provencal et al., 2018 ; Scheffler et al., 2018) et lors de traitements contre le cancer (Amraoui et al., 2018)) ; et ce, autant chez les adultes que chez les enfants (Amedro et al., 2019 ; Birnie et al., 2018 ; Kuttner, 2012). Malgré les faiblesses méthodologiques qui déforcent le niveau de preuve, ces études montrent globalement que l'hypnose aide à diminuer les douleurs et l'anxiété, et à réduire les nausées et vomissements, aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

2.3.2 Douleurs chroniques

La douleur chronique nécessite une prise en charge bio-psycho-sociale. En effet, quand la douleur perdure, elle perd sa fonction d'alarme et devient une maladie en soi, influencée par des facteurs biologiques mais aussi psychologiques et sociaux. De plus, la douleur engendre un cercle vicieux car elle exclut souvent du monde professionnel ou scolaire, provoquant de ce fait une inactivité physique qui va augmenter la focalisation sur le corps et la douleur, ce qui entraîne de l'anxiété, provoque des troubles du sommeil, et donc de l'irritabilité, etc. La douleur finit par régir la vie de la personne. Il faut donc une approche globale et respectueuse du patient afin que celui-ci soit un véritable partenaire dans le changement.

Les études de Benedetti (2007) sur l'effet nocebo montrent également le rôle important de la cognition dans le résultat thérapeutique et l'intérêt de techniques prenant en compte l'anxiété dans la prise en charge de la douleur.

Par ailleurs, le but du traitement est surtout d'autonomiser le patient plutôt que de l'accompagner pendant plusieurs années. Il faut pour cela proposer plusieurs techniques afin que chacun puisse adopter celle qui lui convient. Pour l'hypnose, ce ne sera pas une séance qui sera efficace mais l'apprentissage de l'auto-hypnose. Il faut pour cela du temps et le faire régulièrement, le patient doit se discipliner à l'utiliser régulièrement (Vanhauzenhuysse et al., 2018). Il est aussi possible de le faire en groupe, ce qui réduit les coûts.

L'analyse de la littérature montre que l'hypnose est efficace pour la gestion de la douleur chronique (Vanhauzenhuysse et al., 2015 ; Vanhauzenhuysse et al., 2018 ; Adachi et al., 2014). Plusieurs études ont aussi évalué l'apport de l'hypnose pour la douleur dans le cadre de pathologies spécifiques :

- Dans le cadre de la fibromyalgie, une revue systématique (Zech et al., 2017) montre l'efficacité de l'hypnose en ce qui concerne la douleur, la détresse psychologique, la fatigue, la qualité de vie, les problèmes de sommeil. La HAS indique dans son rapport d'orientation (2010) que l'intérêt de l'hypnose a été insuffisamment démontré mais que les recommandations américaines (*National Guideline Clearinghouse*) et anglaises (*Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists*) la proposent en deuxième niveau de prise en charge.
- Une étude sur les douleurs maxillofaciales (Zhang et al., 2015) montre une efficacité de l'hypnose (action sur la douleur, et la qualité d'ouverture de la bouche), même si les preuves sont assez faibles.
- Une étude récente (Lee et al., 2019) a évalué l'hypnose par rapport au traitement habituel et au traitement efficace minimal pour la douleur après une intervention au genou, et montre des résultats supérieurs pour l'hypnose.
- Des études ont montré l'intérêt de l'hypnose pour la gestion de la douleur chez les patients atteints de drépanocytose (Wallen et al., 2014 ; Bhatt et al., 2017).

Pour la polyarthrite rhumatoïde (PR), la HAS indique dans ses recommandations que « l'efficacité de l'hypnose n'apparaît pas spécifiquement démontrée dans le cadre de la PR, au vu des données actuelles de la littérature ». De même, pour la sclérose en plaques, une revue systématique Cochrane (Amatya et al., 2018) n'arrive pas à tirer des conclusions claires sur l'efficacité des approches non pharmacologiques pour la douleur chronique.

On voit aussi un effet sur la gestion de la douleur et la fatigue chez les personnes âgées (Ardigo et al., 2016) ou dans le cadre des soins palliatifs (Brugnoli et al., 2018).

Chez les enfants, des études montrent également un effet de l'hypnose pour la douleur en cas de pancréatique (Juel et al., 2018), dans la douleur abdominale (Vlieger et al., 2007), la douleur chronique (Delivet et al., 2018), et les maux de tête (Kohen et al., 2007).

Il y a donc un certain nombre d'indications concernant l'efficacité de l'hypnose pour diminuer la douleur chronique, même si on note dans beaucoup d'études des faiblesses méthodologiques (l'absence d'un groupe contrôle, ou l'absence de détails sur le type et le contenu hypnotique proposé), ce qui diminue le niveau de preuve.

La neuroimagerie permet aussi de voir concrètement comment l'hypnose modifie l'activation et les connexions de certaines zones cérébrales, et d'identifier de cette façon les effets de l'hypnose sur la douleur (Rainville et al., 1999 ; Faymonville et al., 2000).

2.3.3 *Oncologie*

L'hypnose est aussi utilisée en oncologie. Dans ce cadre, il est important de diminuer les symptômes qui ont un impact sur la qualité de vie et qui réduisent l'adhérence au traitement tels que la fatigue, les problèmes de sommeil, la détresse émotionnelle, etc.

Une revue systématique (Cramer et al., 2015) sur l'utilisation de l'hypnose dans le cadre d'un cancer du sein montre un effet de l'hypnose durant les biopsies, après la chirurgie, durant la radiothérapie, et en cas de cancer métastatique (sur la fatigue, la douleur, la détresse, etc.). Il y aurait aussi un effet sur la fatigue, l'anxiété, la détresse émotionnelle, (Montgomery et al., 2014 ; Grégoire et al., 2018, 2019 ; Nunns et al., 2018) et sur les nausées et vomissement (Carlson et al., 2018).

Une méta-analyse (Chen et al., 2017) montre que l'hypnose permet de réduire l'anxiété (dans tous types de cancer), surtout en pédiatrie.

Des études prospectives randomisées avec groupe contrôle concluent à l'efficacité de l'apprentissage d'autohypnose / autobienvieillance sur la fatigue, la détresse émotionnelle et les problèmes cognitifs rencontrés après un traitement oncologique (Gregoire et al., 2018, 2019).

2.3.4 *Maladies fonctionnelles du système gastro-intestinal*

Dans les maladies fonctionnelles du système gastro-intestinal (actuellement nommées « maladies de l'interaction entre le cerveau et le système gastro-intestinal » selon Rome IV, 2017) plusieurs mécanismes physiopathologiques sont en cause : des troubles de la motilité, une hypersensibilité, une mauvaise interaction entre le cerveau et le système gastro-intestinal, un changement de la fonction de la muqueuse et du système immunitaire, une modification du microbiote. Tout ceci rend le traitement complexe. Actuellement, les recherches pharmacologiques ont abouti à certains médicaments qui sont efficaces chez l'adulte. Mais souvent les plaintes persistent et ont un grand impact sur la qualité de vie du patient. Une

approche bio-psycho-sociale est de plus en plus conseillée avec de l'éducation et des techniques psychocorporelles comme l'hypnose thérapeutique (Mahler, 2015).

Des données récentes basées sur la neuroimagerie montrent que la communication entre le système digestif et le cerveau est altérée dans les maladies fonctionnelles gastro-intestinales (Drossman et al., 2016). On ne sait pas quel est le lien de causalité pour ces maladies de la communication entre le cerveau et le système digestif, mais une étude de Liu et al. (2017) retrouve notamment une connectivité fonctionnelle réduite entre l'hypothalamus et les cortex bilatéraux préfrontaux, les aires prémotrices, motrices supplémentaires, sensorimotrices et du système limbique chez les patients atteints de côlon irritable. Une autre étude (Hubbard et al., 2016) démontre chez des adolescents atteints de côlon irritable un épaissement du cortex cingulaire postérieur et une diminution du cortex postérieur pariétal et préfrontal incluant le cortex dorsolatéral préfrontal.

Les mécanismes responsables de l'effet de l'hypnose dans ces pathologies ne sont certainement pas encore tout à fait élucidés. Cependant l'article de Faymonville et al. (2003) montre que l'hypnose change les connexions fonctionnelles entre le cortex cingulaire antérieur et les cortex somatosensoriels, l'insula antérieure et les cortex préfrontaux. Ces résultats se confirment en 2017 (Greicius et al., 2017).

La plupart des études concernent le syndrome du côlon irritable. Ces études montrent notamment que la moitié des patients environ répond au traitement par hypnose, mais que tous les patients sont satisfaits de ce traitement (Schaefer et al., 2014). Lowén et al. (2013) démontrent par imagerie par résonance magnétique fonctionnelle que des patients avec un côlon irritable qui répondent bien au traitement (hypnose et éducation) arrivent à modifier l'activation du réseau de la douleur au niveau cérébral lors d'une stimulation douloureuse, et que cette activation se rapproche de celle des sujets sains.

Une revue Cochrane (Webb et al. 2007) suggère un effet bénéfique de l'hypnose à court terme, mais sans que cela n'ait été démontré de manière convaincante (essais de faible effectif présentant des limites méthodologiques). Leur conclusion est que « comme l'hypnothérapie apparaît être une intervention sûre, elle pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard ».

Une revue Cochrane plus récente (Abott et al., 2017) sur les douleurs abdominales récurrentes et le rapport de l'INSERM (2015) arrivent aux mêmes types de conclusion. Le rapport de l'INSERM a aussi montré que deux essais ultérieurs (n=90 et n=100) ont trouvé un bénéfice de l'hypnose persistant à un an lorsque celle-ci était utilisée en complément de la prise en charge, (Moser et al., 2013), et une supériorité de l'hypnothérapie par rapport à un traitement « médical de soutien » à 3 mois (Lindfors et al., 2012). Ces essais ne remettent pas en cause la conclusion de la revue Cochrane.

Récemment, Flik et al. (2019) ont montré de bons résultats de l'hypnose après 3 mois et 12 mois et concluent que l'hypnothérapie (également en groupe) devrait être considérée comme un traitement possible pour les patients atteints du syndrome du côlon irritable en soins primaires et secondaires.

Dans la prise en charge de la dyspepsie, l'INSERM a identifié un essai (n=126) (Calvert et al., 2002) qui montre une supériorité de l'hypnose versus traitement médicamenteux ou versus traitement de soutien + médicament placebo, avec une amélioration des symptômes qui est persistante à 1 an de suivi. Cependant, du fait des limites méthodologiques de l'étude, les résultats sont à interpréter avec prudence. Une étude (Klein & Spiegel, 1989) montre l'effet de différentes suggestions hypnotiques sur la modulation de la sécrétion d'acide gastrique.

Une étude aux Pays-Bas (Vlieger et al., 2007 ; Vlieger et al., 2012) montre aussi l'efficacité de l'hypnose à moyen et long terme chez les enfants souffrant de douleurs abdominales ou du côlon irritable. Cette étude ne montre par ailleurs pas de différence dans la qualité de vie, le nombre de visites chez le médecin, ou l'absentéisme à l'école dans le groupe avec

hypnose (mais ces patients ne recevaient pas de psychoéducation). Peter et al. (2018) ne trouve pas de modifications dans le microbiote, même si les symptômes s'améliorent.

Concernant les **maladies inflammatoires chroniques de l'intestin** (MICI), il est clair qu'elles doivent d'abord être traitées de manière médicamenteuse. L'hypnose peut avoir un rôle comme thérapie complémentaire. En effet, le stress, l'anxiété et la dépression peuvent déclencher une exacerbation de la maladie (Sun et al., 2019). D'après Keefer et al. (2011), l'hypnose permet de rallonger les périodes de rémission chez des patients souffrant de MICI. En 2008, une autre étude (Mawdsley et al., 2008) démontre que l'hypnose arrive à diminuer différentes composantes de la réaction inflammatoire dans la muqueuse de patients atteints de colite ulcéreuse.

Néanmoins, de nouvelles études doivent encore être menées afin de déterminer l'utilité de l'hypnose comme thérapie complémentaire.

Naturellement, des patients souffrant de MICI ou de maladie cœliaque ou d'autres maladies systémiques avec atteinte du système gastro-intestinal peuvent aussi développer des maladies fonctionnelles du système GI et peuvent donc profiter d'hypnose médicale.

Une petite étude (Juel et al., 2018) démontre que 3/4 patients souffrant de **pancréatite chronique** arrivent à diminuer la douleur et améliorent leur qualité de vie.

Enfin, il va de soi que, comme pour tout acte médical, l'hypnose a sa place dans la prise en charge de la douleur et l'angoisse lors de **procédures en gastroentérologie** (voir chapitre douleurs aiguës).

2.3.5 Dermatologie

L'hypnose est utilisée en dermatologie pour plusieurs indications, mais l'efficacité de celle-ci n'a pas suffisamment été évaluée dans la littérature.

Déjà dans les années 60, on a observé des modifications physiologiques dans la peau suite à des suggestions hypnotiques spécifiques, comme une diminution d'érythème et d'inflammation après exposition à la chaleur (Chapman et al, 1959), ou une diminution de réaction immédiate aux allergènes (Black, 1963). Des études plus récentes ont confirmé que des suggestions hypnotiques pouvaient influencer certains aspects de l'immunité et de l'inflammation de la peau (Zachariae & Bjerring, 1990; Zachariae & Bjerring, 1993; Zachariae et al., 1994). Il s'agit cependant surtout d'études de cas ou de séries de cas. L'hypnose pourrait également être utile dans le traitement d'autres affections de la peau comme les verrues (Ewin, 1992 ; Goldstein, 2005 ; Phoenix, 2007 ; Spanos et al., 1990), le psoriasis (Tausk & Whitmore, 1999), la dermatite atopique, et l'eczéma (Goodman, 1962 ; Stewart & Thomas, 1995). Cependant, pour toutes ces indications la preuve scientifique reste à déterminer car beaucoup d'études sont des études de cas sans groupe contrôle, avec une grande variabilité dans les méthodes.

Comme pour d'autres indications, l'hypnose pourrait également aider pour améliorer la qualité de vie, par exemple en cas d'alopécie areata (Willemsen et al, 2006 ; Willemsen et al, 2010 ; Willemsen et al, 2011) ou pour réduire l'anxiété (Shenefelt, 2013) ou les sensations douloureuses (Maillard et al, 2007) lors d'une intervention chirurgicale.

2.3.6 Soins infirmiers

L'hypnose peut être utilisée durant les soins infirmiers, en préparation ou en accompagnement du patient (enfant ou adulte) à l'hôpital ou en consultation chez un médecin, lors d'exams médicaux ou d'imagerie (Lang et al., 2006 ; Lang et al., 2005 ; Lang, 2018). L'hypnose peut en effet permettre d'utiliser moins de médication pendant certaines procédures (Faymonville, 1997). Les patients peuvent avoir besoin d'une préparation spécifique avant la procédure afin

que le soin puisse se dérouler plus facilement par la suite. Les infirmiers peuvent notamment utiliser des suggestions thérapeutiques durant les soins (Varga, 2013) ou apprendre au patient l'auto-hypnose pour améliorer le vécu du soin (sur prescription d'un médecin). Si le statut de la sage-femme le prévoit, il/elle peut également proposer ces outils lors de la préparation ou l'accompagnement à un accouchement.

Une revue Cochrane (Uman et al., 2013) montre notamment que l'hypnose pourrait soulager la douleur et la détresse liées à l'utilisation d'aiguilles lors d'une prise de sang chez les enfants et les adolescents, mais plus de recherche est nécessaire.

E. Lang (2019) a quant à elle développé le « Comfort Talk® », une technique de communication complétée par un langage hypnotique permettant de réduire l'anxiété, la douleur et la détresse des patients.

Dans une étude RCT sur l'utilisation de l'hypnose dans le soin des brûlures, il y a eu une réduction statistiquement significative de la douleur dans le groupe accompagné par l'hypnose par rapport à un groupe accompagné par la relaxation et un groupe recevant de l'attention (Askay, et al., 2007). Dans une autre étude sur la douleur chez les patients brûlés, le groupe d'hypnose a montré une nette diminution de la déclaration de la douleur (Shakibaei, et al., 2008 ; Frenay et al., 2001 ; Shakibaci et al., 2008).

2.3.1 *Obstétrique*

L'hypnose peut être utilisée en obstétrique durant le travail (Corey et al., 2007), ainsi que dans le cadre de Fertilisation In Vitro (FIV) ou après un accouchement. Une étude (Levitas et al., 2006) montre que l'utilisation de l'hypnose pendant la FIV améliore le taux d'implantation et de grossesse. En outre, il semble que l'attitude des patients à l'égard du traitement soit plus favorable. L'étude prospective de Cyna (2006) a aussi montré des résultats bénéfiques de l'utilisation de l'hypnose lors de l'accouchement (moins d'utilisation de la péridurale notamment). Beevi et al. (2017) confirment ces observations.

Le rapport de l'INSERM conclut quant à lui qu'il n'y a pas de preuve d'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement ou pour l'augmentation du taux de naissances par voie basse spontanée (Madden et al., 2016 ; Werner et al., 2013).

Ils notent cependant plusieurs problèmes concernant la manière dont les études sont menées, et notamment concernant le choix des modalités d'intervention en hypnose ou des critères de jugement les plus pertinents. Le vécu subjectif de l'accouchement pourrait par exemple être un critère à privilégier. La revue Cochrane (Madden et al., 2016) recommande d'ailleurs de réaliser davantage d'études dans ce domaine.

Plus récemment, une revue systématique et méta-analyse (Moghaddam et al., 2018) a montré que l'hypnose était efficace pour réduire la peur de l'accouchement, mais que la psychoéducation était encore plus efficace.

2.3.2 *Soins dentaires*

Les différentes indications de l'hypnose en dentisterie seraient :

- la peur du traitement,
- la réduction de la douleur, le confort pendant le traitement,
- désapprendre les habitudes néfastes comme sucer son pouce, se ronger les ongles, le bruxisme ou grincer des dents, etc.,
- réduire les réflexes de vomissement,
- apprendre les bonnes habitudes : se brosser les dents.

Malheureusement, le niveau de preuve scientifique est faible.

L'hypnose revêt toujours une valeur ajoutée dans les études cliniques, mais les études ne sont pas toujours précises. Il n'y a souvent aucune distinction d'âge ou de sexe. L'hypnose utilisée varie d'un enregistrement audio standard à une approche personnalisée. L'effet est également mesuré de différentes manières : quelques réactions physiologiques, telles que la fréquence cardiaque et la conduction cutanée, combinées ou non au remplissage d'une échelle de la douleur par le patient lui-même ou par un chercheur et l'enregistrement du comportement du patient.

Une revue Cochrane s'est intéressée à l'utilisation de l'hypnose dans les soins dentaires en pédiatrie (Al-Harasi et al., 2010). Cette revue (3 essais, n=63) rapportait que les données étaient insuffisantes pour pouvoir suggérer un effet bénéfique de l'hypnose dans cette indication.

Le rapport de l'INSERM rapporte également un essai (n=206) (Moore et al. 2002) qui s'est intéressé à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété occasionnée par les soins dentaires, sans montrer de bénéfice de l'hypnose par rapport aux autres traitements actifs proposés. Cet essai présentait cependant d'importantes limites méthodologiques.

Plus récemment, des études ont montré l'effet de l'hypnose sur l'anxiété, la douleur et les hémorragies durant une extraction de dents de sagesse (Abdeshahi et al., 2013), et l'effet bénéfique de l'hypnose lors de phobies des soins dentaires, au niveau de l'activation cérébrale de la région de l'amygdale (circuit de l'anxiété) (Halsband & Wolf, 2015).

2.3.3 Médecine de rééducation et kinésithérapie

Pour le kinésithérapeute également, l'hypnose est un outil complémentaire aux différentes techniques de soins existantes (mais ne constitue pas une thérapie à part entière). Il y a cependant très peu d'études scientifiques évaluant le bénéfice de cette approche dans le domaine de la kinésithérapie.

Elle est principalement utilisée en douleur aiguë, en douleur chronique (gestion de la douleur) et lors de blocages rencontrés chez le patient pendant sa rééducation (peur d'avancer, de marcher, traumatisme, Parkinson). Elle sert bien souvent à remettre le patient « en mouvement » lorsque celui-ci est à l'arrêt (pour initier le mouvement, le changement). L'hypnose est aussi indiquée dans le traitement des membres fantômes (Rosén et al., 2001) et des douleurs neuropathiques, en association avec d'autres techniques et un traitement médicamenteux (thérapie miroir, réalité virtuelle).

Pour ces différentes applications, il est primordial de fixer les objectifs avec le patient. Il est aussi important que le soignant connaisse ses propres limites. La kinésithérapie peut servir de passerelle vers une approche globale, alors qu'au premier abord seul l'aspect somatique du problème est pris en compte. Grâce à la relation de confiance développée avec le patient, le kinésithérapeute peut faciliter l'orientation de ce patient vers un psychologue ou un psychiatre si nécessaire. Il est donc essentiel pour les kinésithérapeutes de travailler en équipe multidisciplinaire, et ceci même pour un kinésithérapeute travaillant seul en cabinet.

2.4 Conclusions

Bien que pour des raisons méthodologiques il soit difficile de présenter une multitude de preuves solides sur son efficacité (surtout dans le domaine des psychothérapies), il a été suffisamment démontré que l'utilisation de l'hypnose peut faciliter ou renforcer l'effet de nombreuses formes d'interventions thérapeutiques (en particulier pour le soulagement des douleurs, de la dépression, de l'anxiété) et qu'elle est efficace dans la gestion de la douleur aiguë et chronique et aide à diminuer l'anxiété durant les traitements médicaux et les examens. Dans le cadre d'une approche globale, l'hypnose, éventuellement sous la forme

d'un enseignement de l'auto-hypnose, peut être utilisée pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques (par exemple en douleurs chroniques, en oncologie ou pour les maladies fonctionnelles du système gastro-intestinal). Pour d'autres indications, la preuve de son efficacité est pour l'instant limitée car des problèmes méthodologiques et de faiblesse statistique se rencontrent dans de nombreuses publications scientifiques. Trop souvent, on continue de se fier à l'intuition clinique, à la déduction des aperçus théoriques et à l'interprétation de la pertinence des cas publiés pour le problème en question.

La recherche concernant l'utilisation de l'hypnose en obstétrique (douleur pendant l'accouchement, FIV, etc.) ne répond pas aux critères les plus stricts utilisés par le réseau Cochrane. C'est en partie dû à une sélection de critères de réussite peu inspirée, il est à noter que peu d'études ont pris en compte la satisfaction et le vécu subjectif des patientes. La situation est comparable pour l'utilisation de l'hypnose comme outil complémentaire en dermatologie, en dentisterie, en kinésithérapie dans le traitement de l'anorexie, de l'obésité et le sevrage tabagique

Ceci est sans préjudice de l'expérience largement partagée au fil du temps et dans de nombreux pays que l'utilisation de l'hypnose améliore régulièrement l'efficacité d'un traitement habituel. Cela nécessite l'élaboration d'un diagnostic correct, et une application adaptée des techniques hypnotiques dans la situation spécifique avec une réévaluation de l'évolution de la situation clinique. Il est impératif de déterminer des objectifs concrets en consultation avec le patient et en tenant compte de toutes les options de traitement disponibles. L'hypnose n'est jamais un traitement en tant que tel et doit toujours être considérée comme un outil parmi d'autres, à utiliser dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.

L'efficacité de l'hypnose doit encore être scientifiquement prouvée. Cela nécessite une élaboration en plusieurs phases dans laquelle il convient encore de donner la priorité aux études qualitatives ou aux recherches visant à comprendre la dynamique des processus internes. Le succès d'études plus ambitieuses de type RCT est en effet dépendant de la fiabilité de la connaissance des variables pertinentes sur le plan thérapeutique.

3 Risques

En médecine, tout traitement efficace a aussi des effets secondaires ; l'hypnose ne fait donc pas exception, même si la littérature concernant les risques de l'utilisation de l'hypnose est assez limitée. Il y a des études de cas, mais ces études sont le reflet d'une interprétation individuelle de l'auteur et non pas une évaluation méthodique. Par ailleurs, beaucoup d'anciens rapports relatant des séquelles de l'hypnose sont aujourd'hui remis en question. Les articles actuels, qui font état d'expériences en laboratoire, relatent peu d'effets secondaires. Mais ces recherches sont bien cadrées, l'hypnose est faite par un professionnel qui maîtrise la technique et avec des personnes (participants volontaires) qui n'ont pas de psychopathologie ou de troubles mentaux. Qu'en est-il si l'hypnose est réalisée par quelqu'un qui n'est pas suffisamment formé ? Par ailleurs, les cliniciens et chercheurs publient peu les effets secondaires rencontrés, même s'il y en a dans leur pratique quotidienne.

Il y aurait en fait trois types de risques relatifs à l'utilisation de l'hypnose :

- **Effets secondaires** : Selon le rapport de l'INSERM (2015), les données concernant la sécurité de l'hypnose sont rassurantes. Il n'a pas été rapporté d'effet indésirable grave attribuable à l'hypnose (état dissociatif permanent).

Il y a quand même quelques auteurs (MacHovec, 1986 ; Hambleton, 2002) qui ont listé les différentes conséquences possibles en les classant selon le type, la durée, la nature, l'intensité et le moment d'apparition. Les effets secondaires en général rapportés sont des maux de tête, des nausées, une dissociation. Bien que leur

incidence soit certainement faible, on ne peut exclure leur existence car d'une part ils sont probablement peu rapportés, et d'autre part les effets spécifiques de l'hypnose (comme l'effet de désorientation, la dissociation, la libération d'émotions, la perte de contrôle) peuvent probablement avoir des conséquences imprévues ou indésirables dont la gestion nécessite des compétences spécifiques. En effet, l'action de l'hypnose sur le cerveau n'est pas négligeable : plusieurs études en neuroimagerie fonctionnelle montrent que le processus hypnotique amène un changement dans la connectivité de différentes régions cérébrales. L'utilisation de l'hypnose nécessite donc une certaine prudence, surtout quand elle est proposée pour la gestion d'un problème de santé chronique ou dans un contexte psychothérapeutique.

En psychothérapie, le risque de préjudice augmente étant donné que l'état d'hypnose peut exposer de manière inattendue le patient à ses vulnérabilités (perte du sens de la réalité, affaiblissement du contrôle préconscient de la souffrance, confrontation à des perceptions sensorielles inconnues, intensification des émotions et des fantasmes qui peuvent conduire à de faux souvenirs) :

- Peebles (2018) avertit que l'hypnose peut augmenter de manière inattendue la sensibilité aux attitudes / affects du thérapeute (en augmentant la réceptivité mentale aux états internes des autres).
- Tellegen et Atkinson (1974) montrent que l'hypnose diminue le sens de la réalité, le patient perd ses points de référence, elle conduit à une diminution du jugement critique.
- Une telle perte de l'orientation vers la réalité externe, le recentrage sur la réalité interne, le manque de familiarité, l'ambiguïté et la passivité concourent ensemble à une « réduction de la structure » (Bram & Peebles, 2014), suscitent une « réponse d'orientation » (Hope & Sugarman, 2015) et « dilatent les défenses » (Brown & Fromm, 1986). Cela peut être une situation très menaçante, dans laquelle le patient doit être correctement et professionnellement assisté et guidé.
- Il existe toujours un risque que les instructions d'induction de transe et les suggestions d'état de transe activent des associations, pensées, sentiments et souvenirs pénibles chez le patient, de sorte que l'expérience de transe se transforme par inadvertance en une rêverie désagréable, ou pire, en un cauchemar, si les souvenirs de traumatisme sont activés.
- En cas de trauma, les directives ISTSS (Foa et al., 2000, 2009) indiquent aussi que le risque existe que le patient soit davantage convaincu que ce qu'il a vécu pendant la transe hypnotique s'est réellement passé, et que de « faux souvenirs » ou « pseudo-mémoires » soient considérés comme la vérité. Les recherches scientifiques montrent en effet que des souvenirs réels et fabriqués par les suggestions de celui qui accompagne l'hypnose peuvent surgir sous hypnose, et que les deux types de souvenirs se révéleront tout aussi réels l'un que l'autre. Le psychothérapeute doit donc accorder une attention particulière aux suggestions utilisées dans l'exploration des « épisodes oubliés » ou des « souvenirs refoulés » de moments d'abus ou de traumatisme de la petite enfance, et le « matériel » qui émerge sous la transe doit toujours converger avec d'autres « indicateurs de vérité » et témoignages. L'hypnose ne doit jamais être considérée comme un simple sérum de vérité.

Les thérapeutes doivent être attentifs à n'utiliser l'hypnose que dans leur domaine de compétence. Lorsque des problèmes surviennent, ils ne sont en effet pas dus à l'hypnose elle-même mais plutôt à la façon dont une personne ignorante ou malveillante l'a appliquée (Yapko, 2014). Si on n'est pas qualifié pour traiter un problème sans hypnose, on n'est pas qualifié pour le traiter par l'hypnose. L'utilisation de l'hypnose par des personnes se faisant passer pour des psychothérapeutes sans

avoir la reconnaissance nécessaire augmente le risque de mauvaise évaluation des clients ou d'évaluation insuffisante des variables essentielles au maintien de la stabilité psychologique du patient pendant le traitement (Foa & Rothbaum, 1998; Peebles, 2018; Strupp & Hadley, 1979).

Le risque existe aussi de ne pas identifier les conditions dans lesquelles le patient est structurellement vulnérable à la déstabilisation, ou de faire des suggestions qui ne sont pas adaptées.

Risques éthico-juridique : L'hypnose est un outil qui provoque un état modifié de conscience et qui n'est donc pas de la simple communication. Quand le sujet a glissé dans le processus hypnotique, l'esprit critique, le jugement, le raisonnement diminuent et la suggestibilité augmente, ce qui implique un risque de manipulation psychologique ou de création de faux souvenirs. Elle ne devrait donc pas pouvoir être utilisée par des non soignants tels que des enseignants, coachs sportifs, policiers, etc. L'hypnose étant considérée comme un complément à la thérapie, elle fait partie d'une stratégie et non d'un simple remède « miracle ». Le choix et la formulation d'objectifs thérapeutiques adéquats sont primordiaux dans une méthode utilisant des suggestions. Il faut s'assurer que les objectifs thérapeutiques ne dépendent pas de normes extrinsèques (telles que les attentes des autres) mais de normes intrinsèques (telles que les besoins importants et les valeurs internes égosyntoniques) (Mende, 2006).

- Risque de **retarder l'accès à des soins** adaptés : l'hypnose est un outil qui complète l'arsenal de possibilités que le professionnel de soins de santé a à sa disposition, mais n'est pas une thérapie en tant que telle. Si l'hypnose est utilisée par des personnes n'ayant pas la compétence de faire un diagnostic correct concernant la problématique rapportée par le patient ou de réévaluer l'indication de l'approche, le risque existe de retarder l'accès à des soins adaptés (par exemple, en soulageant de manière superficielle une douleur, sans que la cause de celle-ci n'ait été correctement explorée). Il est donc important que l'hypnose ne remplace pas l'approche biomédicale classique, et de s'assurer que celle-ci a été fournie. Cela demande un diagnostic ou une évaluation professionnelle multidisciplinaire. Le praticien doit reconnaître ses propres limites et pouvoir réorienter en cas de nécessité. Les risques sont aussi de ne pas être satisfait du traitement, d'avoir dépensé beaucoup d'argent, de ne pas se sentir respecté.

4 Conditions d'utilisation

Etant donné que l'hypnose intervient à un niveau général large ayant des répercussions importantes sur l'état fonctionnel du cerveau et le niveau de conscience, le praticien doit pouvoir prendre en compte de nombreux effets en même temps et disposer des connaissances et de l'expérience nécessaires pour pouvoir procéder aux ajustements nécessaires dans l'intérêt du patient en cas de situations imprévues. Cela nécessite une connaissance approfondie du problème à traiter, d'adapter les différentes possibilités de traitements aux besoins des patients, en tenant compte de ses fragilités et des complications éventuelles des traitements proposés. Celui qui utilise les phénomènes hypnotiques avec autrui doit posséder des connaissances approfondies des processus de conscience modifiés.

Le CSS recommande donc que l'hypnose ne soit utilisée que dans les conditions suivantes :

- a) Par un professionnel de la santé (avoir une formation de base qui autorise la pratique médicale, paramédicale et / ou la psychologie clinique, l'orthopédagogie, la psychothérapie)
- b) Conformément à la loi sur les professions de santé du 10 mai 2015, l'hypnose ne peut être appliquée qu'en restant dans son domaine de compétences, pour accompagner

tout acte que l'on fait habituellement sans cette technique (l'hypnose est un outil qu'on peut utiliser dans le cadre de sa profession, mais n'est pas une thérapie en soi et peut donc être utilisée uniquement par des professionnels qui savent traiter ces problèmes sans hypnose) :

- a. Actes médicaux pour les médecins généralistes, les chirurgiens, anesthésistes et autres médecins spécialistes (gastro-entérologues, pneumologues, dermatologues, algologues, neurologues, médecins de réadaptation...) ainsi que les dentistes ;
- b. Actes de soins pour les infirmier(e)s, kinésithérapeutes, sages-femmes ;
 - L'infirmier(ère) peut proposer l'outil hypnose pendant un soin, en concertation avec un médecin ou psychologue qui est formé à la technique d'hypnose, et qui délègue cette approche à l'infirmière.
 - Une sage-femme peut utiliser l'hypnose pour la préparation à la naissance, et ceci en concertation avec le gynécologue.
 - Si les actes de soins sont complétés par une injection intraveineuse, une anesthésie locorégionale ou une inhalation de gaz anesthésiques, ils sont alors réalisés sous la responsabilité médicale ou par un dentiste, et nécessitent une surveillance monitorée.

Les professions paramédicales peuvent donc utiliser l'hypnose dans leur pratique, mais pas en tant que thérapie dans le cadre d'une consultation privée comme « hypnothérapeute ».

- c. Actes psychothérapeutiques pour les psychothérapeutes certifiés. La psychothérapie est maintenant encadrée légalement, et seuls les psychologues cliniciens, orthopédagogues cliniciens et médecins peuvent l'exercer. Comme précisé au point 1.1 page 7, l'hypnose n'est pas une thérapie en soi mais un outil supplémentaire que ces professions spécifiques peuvent utiliser pour faire de la psychothérapie. Il n'est donc pas possible de faire de la psychothérapie avec seulement une formation en hypnose.
- c) Dans le cadre d'un travail en équipe multidisciplinaire qui permet un contrôle médical et/ou psychologique, ce qui permet de s'assurer de l'indication et d'une réorientation si nécessaire.
- d) En définissant clairement des objectifs concrets (avec le patient et avant la séance) : l'hypnose n'est pas une thérapie en soi mais un outil complémentaire parmi d'autres, il faut donc pouvoir choisir le traitement le plus adapté à la problématique en tenant compte des autres outils disponibles et de la situation globale du patient.
- e) Le professionnel de la santé doit aussi disposer d'une formation certifiante sur l'hypnose répondant aux critères développés au point 5.

Remarques complémentaires :

- L'hypnose est un outil clinique qui peut avoir d'importants effets sur la santé somatique et psychique et qui ne devrait pas être utilisé à des fins de divertissement. Le code éthique des professions de santé interdit d'utiliser l'hypnose dans le cadre de spectacles.
- Il n'est pas non plus éthique de promettre des traitements 100 % efficaces ou de demander d'importantes sommes d'argent pour un traitement par hypnose (une rémunération en lien avec l'investissement en temps et en énergie du praticien est toutefois appropriée).
- L'hypnose peut être utilisée par des chercheurs non soignants comme les neurophysiologues s'ils sont formés à cette technique, et dans le cadre strict de projets approuvés par un comité d'éthique. En dehors de ce cadre, l'utilisation de l'hypnose par ces chercheurs n'est plus conforme aux règles de bonne pratique.
- La dissociation est spécifique à l'état d'hypnose, mais il faut néanmoins être attentif lors de l'utilisation d'autres techniques proches (par exemple pleine conscience, sophrologie) car il n'est pas impossible que des instructions deviennent des suggestions. Les mêmes

précautions s'appliquent alors. La littérature commence en effet à aborder la question des effets secondaires potentiellement présents dans ces pratiques (Van Dam et al., 2018 ; Baer et al., 2019).

- Pour les enfants, outre les mêmes conditions d'utilisation que chez les adultes (utilisation par un professionnel formé, dans son domaine de compétence, et comme outil complémentaire, par exemple pour diminuer l'anxiété ou les douleurs et non pas en remplacement du traitement standard), il est aussi nécessaire de s'adapter au niveau de développement et aux capacités de chaque enfant (Kohen & Kaiser, 2014).
- L'hypnose clinique est utilisée comme une technique thérapeutique parmi d'autres, et doit donc être régulée par les mêmes règles de bonne pratique que tous les outils thérapeutiques disponibles. Il est notamment important de répondre aux questions des patients et de les informer suffisamment pour que leur prise en charge soit cohérente et sécuritaire. Il n'est cependant pas plus indiqué pour cette technique thérapeutique que pour d'autres d'utiliser un formulaire de consentement éclairé.
- Avant de faire des sessions en groupe, il est important de développer une expertise en séances individuelles et de pouvoir identifier les personnes dont la problématique individuelle ne conviendrait pas pour travailler en groupe.
- La protection réside aussi dans l'existence d'un organisme responsable qui enregistre les professionnels afin de maintenir les normes et protéger les patients. Si les professionnels de la santé (médecins, dentistes, infirmiers, radiologues, psychiatres, psychologues, etc.) disposent d'un tel organisme, d'autres professions n'ont pas les mêmes capacités de protection des patients.

5 Formation

En Belgique, différents organismes de formation proposent actuellement des formations pour pratiquer l'hypnose. Afin de promouvoir la qualité des formations disponibles, le CSS a élaboré un programme de formation, en se basant sur les contenus déjà élaborés par plusieurs sociétés d'hypnose, comme l'*American Society of Clinical Hypnosis* (ASCH), l'ESH, l'ISH, la CFHTB, et la *Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging* (VHYP).

Le CSS recommande ainsi que les contenus suivants soient abordés lors d'une formation de base en hypnose :

- Introduction aux processus de conscience modifiés,
- Neurophysiologie de l'hypnose,
- Neuroimagerie fonctionnelle du processus hypnotique,
- Mythes et conceptions erronées,
- Prérequis à l'utilisation de l'hypnose (évaluation du patient / client),
- Principes et création d'un rapport thérapeutique et alliance thérapeutique,
- Stratégies de gestion de la résistance,
- Principes de base de la communication hypnotique (langage verbal et non verbal),
- Phénomènes hypnotiques,
- Différents types d'induction hypnotique,
- Démonstration d'induction,
- Accompagnement en cours de transe, particularités des suggestions hypnotiques et posthypnotiques,
- Intensification de l'expérience hypnotique,
- Réassociation,
- Utilisation des ressources du patient (rendre le patient acteur : *empowerment*),
- Auto-hypnose: comment et quoi enseigner aux patients,
- Spécificités des stratégies hypnotiques selon le contexte clinique (enfants, adolescents, obstétrique, douleurs aiguës, douleurs chroniques, psychothérapies etc.),

- Indications et contre-indications de l'utilisation de l'hypnose (effets secondaires et gestion des réactions imprévues),
- Planification du traitement, sélection de stratégies et de techniques dans l'hypnose clinique,
- Présentation de l'hypnose au patient / client et clarification des objectifs et rationalisation de son utilisation pour sa pathologie,
- Intégrer l'hypnose dans la pratique clinique,
- Principes éthiques et conduite professionnelle, y compris la nécessité de travailler en équipe / réseau multidisciplinaire.

La formation doit comporter des cours théoriques basés sur la littérature actualisée et donnés par des formateurs reconnus ; et doit comporter des exercices pratiques (en présentiel), organisés de la manière suivante :

- description détaillée d'un exercice,
- démonstration de cet exercice,
- exercices supervisés en groupes de 2 ou 3,
- debriefing.

Cette formation devra être dispensée par un centre de formation reconnu par un organisme international (*l'ISH, l'ESH, ou la CFHTB*) qui est correctement contextualisé au sein des professions de santé reconnues.

Cette formation de base doit comporter minimum 100 heures (étalées sur plusieurs mois). Elle doit être suivie d'un examen pratique et être accompagnée d'une supervision. En fonction du domaine de compétence du professionnel, cette formation de base devra être complétée par des modules spécifiques aux pathologies de santé pour lesquelles l'hypnose sera pratiquée.

L'utilisation de l'hypnose en psychothérapie nécessite quant à elle, outre l'agrément pour être psychothérapeute et la formation de base en hypnose, une formation complémentaire de 100h minimum (y compris la supervision).

Comme pour toute bonne pratique clinique, l'utilisation de l'hypnose nécessite aussi une formation continue via les congrès, workshops, lectures, etc.

Cette formation ne peut évidemment être accessible qu'à des professionnels de la santé susceptibles de pratiquer l'hypnose (voir point 4), et dans le but de l'utiliser uniquement dans leur propre domaine de compétence (et non pas pour réorienter sa carrière vers une pratique libérale, par exemple). Le code de déontologie des associations d'hypnose internationalement reconnues (ESH, ISH, ASCH et CFHTB) interdit la formation de profanes à l'hypnose.

6 Conclusions et recommandations

Il est difficile de répondre aux critères méthodologiques les plus stricts actuellement pour prouver l'efficacité de l'hypnose. Cela est surtout valable dans le cadre des psychothérapies. Il s'agit en effet d'une technique flexible, qui est souvent individualisée, qui s'adapte à la personne, et dépend de la communication et de l'interaction entre le professionnel et le sujet hypnotisé, pour qui la transe est particulière, et dépend aussi de son apport individuel et de sa créativité. Il a cependant été suffisamment démontré que l'utilisation de l'hypnose peut faciliter ou renforcer l'effet de nombreuses formes d'interventions thérapeutiques et qu'elle est efficace dans la gestion de la douleur aiguë et chronique et peut avoir un impact sur la réduction de l'anxiété dans les traitements médicaux et les examens. Il est aussi clair qu'elle peut avoir des répercussions importantes sur l'état fonctionnel du cerveau et le niveau de conscience, et que le praticien doit pouvoir prendre en compte de nombreux effets en même temps et disposer des connaissances et de l'expérience nécessaires pour pouvoir procéder

aux ajustements nécessaires dans l'intérêt du patient en cas de situations imprévues. Cela nécessite une connaissance approfondie du problème à traiter et des processus de conscience modifiés.

Tout cela exige que l'hypnose soit confiée uniquement à des professionnels de la santé qui sont à la fois formés à l'hypnose et formés professionnellement pour traiter l'indication actuelle.

Selon le CSS, outre les conditions et recommandations importantes et nécessaires en termes de professions, de formation, de conditions d'utilisation, de cadres dans lesquels l'hypnose est appliquée, de recherche, il est également nécessaire en Belgique :

- de mettre en œuvre les recommandations récemment publiées par la CFHTB dans un « Livre blanc sur l'utilisation de l'hypnose en France » (2019), et visant à promouvoir la légitimité, la pratique et l'efficacité de l'hypnose, dans le but d'améliorer la qualité des soins et de respecter les droits et les attentes des malades :
 - **Structurer et réglementer** : mieux définir et encadrer la pratique de l'hypnose ;
 - **Informier** : favoriser l'information du public vis-à-vis de l'hypnose ;
 - **Former** : promouvoir une formation en hypnose de qualité pour tous les professionnels du soin ;
 - **Encourager** : faciliter l'utilisation de l'hypnose dans les établissements et structures de santé ;
 - **Évaluer** : mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques en hypnose ;
 - **Développer la recherche** : soutenir une recherche scientifique de qualité ;
 - **Échanger** : adopter une culture de pluridisciplinarité et de regards croisés ;
 - **Innovier** : activer une conduite d'innovation en hypnose à partir des technologies nouvelles ;
 - **Réfléchir** : poursuivre une réflexion de la société civile sur l'apport de l'hypnose dans la santé humaine.
- d'interdire l'utilisation du titre d'« hypnothérapeute » (la formation doit uniquement donner la possibilité de dire qu'on est « formé aux techniques hypnotiques ») ;
- de créer un annuaire de professionnels de santé formés en hypnose ;
- de pénaliser les publicités mensongères relatives à l'hypnose ;
- de mettre en place un organisme de contrôle efficace ;
- d'introduire les bases d'hypnose dans le curriculum des professions de santé.

7 Recommandations pour la recherche

Pour répondre aux difficultés méthodologiques observées dans l'évaluation de l'hypnose, le CSS recommande de

- faire des recherches scientifiques le plus possible pragmatiques ;
- évaluer si le traitement avec hypnose est supérieur à ce qui est fait d'habitude ;
- prendre en compte les mécanismes spécifiques et non spécifiques ;
- si possible et opportun, utiliser des méthodologies de recherche standard afin de pouvoir mieux comparer les résultats.

A terme, le domaine de la recherche doit parvenir à valider la valeur thérapeutique de l'hypnose par le biais d'études prospectives randomisées. Les RCT nécessitent des investissements lourds et longs. Ce fait en soi conduit à leur faible utilisation, surtout lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité de processus de changement très complexes via des mécanismes psychologiques (Barber, 2015). Le CSS recommande donc d'investir suffisamment dans des recherches préliminaires qui prennent au sérieux les conclusions de Firestein (2012) : comment développer des questions fructueuses à partir de l'ignorance existante ?

IV REFERENCES

Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art.

Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV, et al. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain in childhood. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1(1):CD010971. Published 2017 Jan 10. doi:10.1002/14651858.CD010971.pub2

Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Payam AS, Monfared AH. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case–control study. J Craniomaxillofac Surg 2013;41(4):310-5.

Adachi T, Fujino H, Nakae A, Mashimo T, Sasaki J. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. Int J Clin Exp Hypn. 2014;62(1):1-28. doi:10.1080/00207144.2013.841471

Akgul A, Guner B, Çırak M, Çelik D, Hergünel O, Bedirhan S. The beneficial effect of hypnosis in elective cardiac surgery: a preliminary study. J Thorac Cardiovasc Surg 2016.

Akobeng AK. Understanding randomised controlled trials. Archives of disease in childhood 2005;90(8):840-4.

Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. Hypnosis for children undergoing dental treatment. Cochrane Database Syst Rev 2010(8).

Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. Int J Clin Exp Hypn 2007;55(2):147-66. Internet: <http://dx.doi.org/10.1080/00207140601177897>

Alladin A, Amundson J. Cognitive hypnotherapy as a transdiagnostic protocol for emotional disorders. Int J Clin Exp Hypn 2016;64(2):147-66.

Alladin A. Cognitive hypnotherapy: A new vision and strategy for research and practice. Am J Clin Hypn 2012;54(4):249-62.

Alladin A. Evidence-based hypnotherapy for depression. Int J Clin Exp Hypn 2010;58(2):165-85. Internet: <http://dx.doi.org/10.1080/00207140903523194>

Amatya B, Young J, Khan F. Non-pharmacological interventions for chronic pain in multiple sclerosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 12. Art. No.: CD012622. DOI: 10.1002/14651858.CD012622.pub2.

Amedro P, Gavotto A, Gelibert D, Fraysse V, De La Villeon G, Vandenberghe DA, et al. Feasibility of clinical hypnosis for transesophageal echocardiography in children and adolescents. Eur J of Cardiovasc Nurs 2019;18(2):163-70.

Amraoui J, Pouliquen C, Fraisse J, Dubourdieu J, Guzer SRD, Leclerc G, et al. Effects of a hypnosis session before general anesthesia on postoperative outcomes in patients who underwent minor breast cancer surgery: the HYPNOSEIN randomized clinical trial. JAMA network open 2018.

Ardigo S, Herrmann FR, Moret V, et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC Geriatr.* 2016;16:14. Published 2016 Jan 15. doi:10.1186/s12877-016-0180-y

Askay SW, Patterson DR, Jensen MP, Sharar SR. A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care. *Rehabilitation Psychology* 2007; 52: 247–253.

Baer R, Crane C, Miller E, Kuyken W. Doing no harm in mindfulness-based programs: conceptual issues and empirical findings. *Clin psychol rev* 2019;71:101-14.

Baker EL. Reflections on the hypnotic relationship: projective identification, containment, and attunement. *Int J Clin Exp Hypn.* 2000;48(1):56-69. doi:10.1080/00207140008410361

Baker EL. The use of hypnotic techniques with psychotics. *Am J Clin Hypn* 1983;25(4):283-8.

Bányai ÉI. The interactive nature of hypnosis: research evidence for a social-psychobiological model. *Contemp Hypnosis* 1998;15(1):52-63.

Barabasz M. Efficacy of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Int J Clin Exp Hypnosis* 2007;55(3):318-35.

Barber JP. Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. In: BM Strauss, Barber JP, Castonguay LG (Edts). *Visions in Psychotherapy Research and Practice: Reflections from Presidents of the Society for Psychotherapy Research.* Routledge, New York 2015;315-28.

Barbero U, Ferraris F, Muro M, Budano C, Anselmino M, Gaita F. Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias. *J Cardiovasc Med* 2018;19(1):18-21.

Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(10).

Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019.

Barrett F, Griffiths R. Classic Hallucinogens and Mystical Experiences: Phenomenology and Neural Correlates. *Curr Top Behav Neurosci* 2018;36:393-430.

Bataille A, Guirimand A, Szekely B, Michel-Cherqui M, Dumans V, Liu N, et al. Does a hypnosis session reduce the required propofol dose during closed-loop anaesthesia induction?: a randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol (EJA)* 2018.

Baumeister RF, Clark CJ, Lau S, Maranges HM. On the necessity of consciousness for sophisticated human action. *Front Psychol* 2018;9:1925.

Beevi Z, Low WY, Hassan J. The effectiveness of hypnosis intervention for labor: an experimental study. *Am J Clin Hypn* 2017;60(2):172-91.

Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the placebo effect. *J Neurosci* 2007;147:260-71.

Bergin AE, Garfield SL. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, 2004

Bhatt RR, Martin SR, Evans S, Lung K, Coates TD, Zeltzer LK, et al. The effect of hypnosis on pain and peripheral blood flow in sickle-cell disease: a pilot study. *J Pain Res Journal of pain research* 2017;10:1635-44.

Bioy A, Michaux D (Eds). *Traité d'hypnothérapie*. 2007. Paris : Dunod

Birnie KA, Noel M, Chambers CT, Uman LS, Parker JA. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2018.

Black S. Inhibition of immediate-type hypersensitivity response by direct suggestion under hypnosis. *Br Med J*. 1963;1(5335):925-929. doi:10.1136/bmj.1.5335.925

Blanke O, Metzinger T. Full-body illusions and minimal phenomenal selfhood. *Trends Cogn Sci* 2009;13(1):7-13.

Blanke O. Multisensory brain mechanisms of bodily self-consciousness. *Nat Rev Neurosci* 2012;13(8):556-71.

Bo S, Rahimi F, Goitre I, Properzi B, Ponzio V, Regaldo G, et al. Effects of Self-Conditioning Techniques (Self-Hypnosis) in Promoting Weight Loss in Patients with Severe Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Obesity* 2018;26(9):1422-9

Boerner KE, Gillespie JM, McLaughlin EN, Kuttner L, Chambers CT. Implementation of evidence-based psychological interventions for pediatric needle pain. *Clin Pract Pediatr Psychol* 2014;2(3):224.

Bollinger J, Beadling C, Waters A. Effect of hypnotic suggestion on cognition and craving in smokers. *Addict Behav Rep* 2020;11:100220.

Bolt T, Anderson ML, Uddin LQ. Beyond the evoked/intrinsic neural process dichotomy. *Network Neurosci* 2018;2(1):1-22.

Boly M, Bredart S, Demertzi A, Noirhomme Q, Schabus M, Vanhaudenhuyse A, et al. Two distinct neuronal networks mediate the awareness of environment and of self. *J Cogn Neurosci* 2011;23(3):570-8.

Bongartz W, Flammer E, Schwonke R. Efficiency of hypnosis. A meta-analytic study. *Psychotherapeut* 2002;47(2):67-76.

Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MJ-F, Duboousset J, Godeau P, et al. Thérapies complémentaires -acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 2013;197(3):717-57.

Boselli E, Musellec H, Bernard F, Guillou N, Hugot P, Augris-Mathieu C, et al. Effects of conversational hypnosis on relative parasympathetic tone and patient comfort during axillary brachial plexus blocks for ambulatory upper limb surgery: a quasiexperimental pilot study. *Int J Clin Exp Hypn* 2018;66(2):134-46.

Botvinick M, Cohen J. Rubber hands 'feel'touch that eyes see. *Nature* 1998;391(6669):756.

Bowers KS, Nahmias C, Szechtman H, Woody E. Where the imaginal appears real: a positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998;95(4):1956-60.

Bram AD, Peebles MJ. Psychological testing that matters: Creating a road map for effective treatment. 2014. American Psychological Association.

Breuer J, Freud S. Studies on Hysteria I: On physical mechanisms of hysterical phenomena: Preliminary communication. Ed: In Strachey J, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press 1955.

Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(5):607-612. doi:10.1037//0022-006x.57.5.607

Brown D. Evidence-based hypnotherapy for asthma: a critical review. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007;55(2):220-249. doi:10.1080/00207140601177947

Brown DP & Fromm E. *Hypnotherapy and Hypno-Analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1986

Brown TG. On the nature of the fundamental activity of the nervous centres; together with an analysis of the conditioning of rhythmic activity in progression, and a theory of the evolution of function in the nervous system. *J Physiol* 1914;48(1):18-46.

Brugnoli MP, Pesce G, Pasin E, Basile MF, Tamburin S, Polati E. The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Ann Palliat Med*. 2018;7(1):17-31. doi:10.21037/apm.2017.10.03

Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Nixon RDV. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(2):334-340. doi:10.1037/0022-006X.73.2.334

Butler LD, Symons BK, Henderson SL, Shortliffe LD, Spiegel D. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 2005;115:e77-e85.

Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, Morris J, Whorwell PJ. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology* 2002;123(6):1778-85.

Cangas AJ, Pérez M. The effect of two procedures on hypnotic susceptibility modification. *Contemporary Hypnosis* 1998;15(4):212-8.

Cardeña E, Lindgren M, Terhune DB. Dissociated control as a signature of typological variability in high hypnotic suggestibility. *Conscious Cogn* 2011;20(3):727-36.

Carlson LE, Toivonen K, Flynn M, Deleemans J, Piedalue K-A, Tolsdorf E, et al. The role of hypnosis in cancer care. *Curr Oncol Rep* 2018;20(12):93.

Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(1):7.

Chamine I, Atchley R, Oken BS. Hypnosis intervention effects on sleep outcomes: a systematic review. *J Clin Sleep Med* 2018;14(02):271-83.

Chapman LF, Goodell H, Wolff HG. Changes in tissue vulnerability induced during hypnotic suggestion. *J Psychosom Res.* 1959;4:99-105. doi:10.1016/0022-3999(59)90023-6

Chen PY, Liu YM, Chen ML. The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14(3):223-236. doi:10.1111/wvn.12215

Cleeremans A, Lynn SJ, Raz A, Terhune DB. Hypnosis and top-down regulation of consciousness. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;81:59-74.

Cojan Y, Piguet C, Vuilleumier P. What makes your brain suggestible? Hypnotizability is associated with differential brain activity during attention outside hypnosis. *NeuroImage* 2015;117:367-74.

Cordi MJ, Hirsiger S, Méryllat S, Rasch B. Improving sleep and cognition by hypnotic suggestion in the elderly. *Neuropsychologia* 2015;69:176-82.

Cordi MJ, Rasch B, Rossier L. Hypnotic Suggestions Given Before Nighttime Sleep Extend Slow-Wave Sleep as Compared to a Control Text in Highly Hypnotizable Subjects. *Int J Clin Exp Hypn* 2020;68(1):105-29.

Cordi MJ, Rasch B, Schlarb AA. Deepening sleep by hypnotic suggestion. *Sleep* 2014;37(6):1143-52.

Corey Brown D, Corydon Hammond D. Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *Int J Clin Exp Hypn* 2007;55(3):355-71.

Corman I, Bouchemat Y, Miquel B, Rousseau H, Bouvier D, Voilmy N, et al. Hypnosis to facilitate trans-esophageal echocardiography tolerance: the I-SLEPT study. *Arch cardiovasc dis* 2016;109(3):171-7.

Cramer H, Lauche R, Paul A, Langhorst J, Kümmel S, Dobos GJ. Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled trials. *Integr Cancer Ther.* 2015;14(1):5-15. doi:10.1177/1534735414550035

Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL. Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. *Anaesth Intensive Care.* 2006;34(4):464-469. doi:10.1177/0310057X0603400402

Deeley Q, Oakley DA, Toone B, Giampietro V, Brammer MJ, Williams SC, et al. Modulating the default mode network using hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 2012;60(2):206-28.

Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville M, Joris J, Hamoir E, et al. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. *Ann Chir;* 2000 ;125 :539-46.

Delivet H, Dugue S, Ferrari A, Postone S, Dahmani S. Efficacy of Self-hypnosis on Quality of Life For Children with Chronic Pain Syndrome. *Int J Clin Exp Hypn.* 2018;66(1):43-55. doi:10.1080/00207144.2018.1396109

Demertzi A, Laureys S, Soddu A. Consciousness supporting networks. *Curr Opin Neurobiol* 2013;23(2):239-44.

Demertzi A, Soddu A, Faymonville M-E, Bahri MA, Gosseries O, Vanhaudenhuyse A, et al. Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. *Prog Brain Res: Elsevier*; 2011. p. 309-22.

Demertzi A, Vanhaudenhuyse A, Noirhomme Q, Faymonville M-E, Laureys S. Hypnosis modulates behavioural measures and subjective ratings about external and internal awareness. *J Physiol Paris* 2015;109(4-6):173-9.

Derbyshire SW, Oakley DA, Stenger VA, Whalley MG. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage* 2004;23(1):392-401.

Dickson-Spillmann M, Haug S, Schaub MP. Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13:1227. Published 2013 Dec 23. doi:10.1186/1471-2458-13-1227

Dienes Z, Hutton S. Understanding hypnosis metacognitively: rTMS applied to left DLPFC increases hypnotic suggestibility. *Cortex* 2013;49(2):386-92.

Drossman DA, Chang L, Chey WD, Kellow J, Tack J, Whitehead WE. Rome IV: Functional Gastrointestinal Disorders: Disorders of Gut-brain Interaction: Rome Foundation; 2016.

Edmonston Jr WE. *The induction of hypnosis*: John Wiley & Sons; New York 1986.

Elkins G, Fisher W, Johnson A, Kendrick C, Koep L. Feasibility of a sham hypnosis: Empirical data and implications for randomized trials of hypnosis. *Contemp Hypn Integr Ther* 2012;29(4): 317-31.

Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: The revised APA definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2015, 63,1-9

Ewin DM. Hypnotherapy for warts (*verruca vulgaris*): 41 consecutive cases with 33 cures. *Am J Clin Hypn*. 1992;35(1):1-10. doi:10.1080/00029157.1992.10402977

Faria V, Gingnell M, Hoppe JM, et al. Do You Believe It? Verbal Suggestions Influence the Clinical and Neural Effects of Escitalopram in Social Anxiety Disorder: A Randomized Trial. *EBioMedicine*. 2017;24:179-188. doi:10.1016/j.ebiom.2017.09.031

Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, Delgueldre C, Phillips C, Lamy M et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cogn Brain Res* 2003;17(2):255-62.

Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, Roediger L, Joris J, Lamy M. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth* 1995;20(2):145-51.

Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists* 2000;92:1257-67.

Faymonville M-E, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997;73(3):361-7.

Firestein S. *Ignorance: How it drives science*. Oxford University Press 2012.

Flammer E, Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytical evidence. *Int J Clin Exp Hypn* 2007;55(3):251-74.

Flik CE, Laan W, Smout AJ, van Rood YR, Weusten BL, Zuithoff NP, et al. Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IMAGINE): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019;4(1):20-31.

Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed). The Guilford Press 2009.

Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press 2000.

Foa EB, Rothbaum BO. *Treatment manuals for practitioners. Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. 1998. Guilford Press.

Frenay M-C, Faymonville M-E, Albert A, Devlieger S, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* 2001;27(8):793-9.

Friedrich WN. Hypnotherapy with traumatized children. *Int J Clin Exp Hypn*. 1991;39(2):67-81. doi:10.1080/00207149108409621

Friston K (2020). *Persoonlijke mededeling*. Email-communicatie met Luc Roelens op 26 mei 2020.

Friston K. Am I self-conscious? (or does self-organization entail self-consciousness?). *Front Psychol* 2018;9:579.

Fromm E, Nash MR. *Mental health library series, Monograph 5. Psychoanalysis and hypnosis*. 1987. International Universities Press, Inc.

Fusco N, Bernard F, Roelants F, Watremez C, Musellec H, Laviolle B, et al. Hypnosis and communication reduce pain and anxiety in peripheral intravenous cannulation: Effect of Language and Confusion on Pain During Peripheral Intravenous Catheterization (KTHYPE), a multicentre randomised trial. *Br J Anaesth* 2020;124(3):292-8.

Gabrieli JD, Whitfield-Gabrieli S, Haas BW, Bammer R, Menon V, Hoefft F, et al. Functional brain basis of hypnotizability. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(10):1064-72.

Gallo IS, Pfau F, Gollwitzer PM. Furnishing hypnotic instructions with implementation intentions enhances hypnotic responsiveness. *Conscious Cogn* 2012;21(2):1023-30.

Garland EL, Baker AK, Larsen P, Riquino MR, Priddy SE, Thomas E, et al. Randomized controlled trial of brief mindfulness training and hypnotic suggestion for acute pain relief in the hospital setting. *J Gen Intern Med* 2017;32(10):1106-13.

Goldstein RH. Successful repeated hypnotic treatment of warts in the same individual: a case report. *Am J Clin Hypn.* 2005;47(4):259-264. doi:10.1080/00029157.2005.10403640

Goodman HP. Hypnosis in prolonged resistant eczema: a case report. *Am J Clin Hypn.* 1962;5:144-145. doi:10.1080/00029157.1962.10402281

Gorassini DR, Spanos NP. A social-cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *J Pers Soc Psychol* 1986;50(5):1004.

Gosseries O, Laureys S, Sanz L, Sombrun C, Vanhaudenhuyse A, Wolff A. Behavioural and brain responses in cognitive trance: A TMS-EEG case study. *Clin neurophysiol* 2020;131(2):586-8.

Graci G, Sexton-Radek K. Treating sleep disorders using cognitive behavior therapy and hypnosis. *The clinical use of hypnosis in cognitive behavior therapy: A practitioner's casebook* RA Chapman (Ed). New York: Springer 2006:295-331.

Graci GM, Hardie JC. Evidenced-based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *Int J Clin Exp Hypn* 2007;55(3):288-302.

Green JP, Lynn SJ. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of the evidence. *Int J Clin Exp Hypn.* 2000;48(2):195-224. doi:10.1080/00207140008410048

Greetham S, Goodwin S, Wells L, Whitham C, Jones H, Rigby A, et al. Pilot investigation of a virtual gastric band hypnotherapy intervention. *Int J Clin Exp Hypn* 2016;64(4):419-33.

Grégoire C, Chantrain C, Faymonville ME, Marini J, Bragard I. A hypnosis-based group intervention to improve quality of life in children with cancer and their parents. *Int J Clin Exp Hypn.* 2019;67(2):117-135. doi:10.1080/00207144.2019.1580965

Grégoire C, Faymonville ME, Vanhaudenhuyse A, Charland-Verville V, Jerusalem G, Bragard I. Randomized controlled trial of an 8-week intervention combining self-care and hypnosis for post-treatment cancer patients: study protocol. *BMC Cancer.* 2018;18(1):1113. Published 2018 Nov 15. doi:10.1186/s12885-018-5046-6

Greicius MD, Jiang H, Spiegel D, Waelde LC, White MP. Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cerebral cortex* 2017;27(8):4083-93.

Griffiths R, & Channon-Little L. Dissociation, dieting disorders and hypnosis: A review. *European Eating Disorders Review*, 1995, 3(3), 148-159.

Griffiths RA, Hadzi-Pavlovic D and Channon-Little L. The Short-Term Follow-Up Effects of Hypnobiobehavioural and Cognitive Behavioural Treatment for Bulimia Nervosa. 1996. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 4: 12-31. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(199603)4:1<12::AID-ERV124>3.0.CO;2-Q

Griffiths RA, Hadzi-Pavlovic D, and Channon-Little L. A controlled evaluation of hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: Immediate pre-post treatment effects. 1994. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 2: 202-220. doi:10.1002/erv.2400020405

Grond M, Heiss W-D, Pawlik G, Walter H, Lesch OM. Hypnotic catalepsy-induced changes of regional cerebral glucose metabolism. *Psychiatry Res Neuroimaging* 1995;61(3):173-9.

Gruzelier JH. Redefining hypnosis: theory, methods and integration. *Contemp Hypn* 2000;17(2):51-70.

Halsband U, Wolf TG. Functional changes in brain activity after hypnosis in patients with dental phobia. *J Physiol Paris* 2015;109(4-6):131-42.

Hambleton R. *Practising safe hypnosis: A risk management guide*: Crown House Publishing Limited; 2002.

Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, et al. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 2014;22(1):1-8. doi:10.1016/j.ctim.2013.12.012

Haueis P. Meeting the brain on its own terms. *Front Hum Neurosci* 2014;8:815.

Hope AE, Sugarman LI. Orienting hypnosis. *Am J Clin Hypn.* 2015;57(3):212-229. doi:10.1080/00029157.2014.976787

Hosseini VM, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth* 2018;31(4):254-62.

Hubbard CS, Becerra L, Heinz N, Ludwick A, Rasooly T, Wu R, et al. Abdominal pain, the adolescent and altered brain structure and function. *PLoS One* 2016;11(5).

Hutchinson-Phillips S, Gow K, Jamieson GA. Hypnotizability, eating behaviors, attitudes, and concerns: A literature survey. *Int J Clin Exp Hypnosis* 2007;55(1):84-113.

James W. *The principles of psychology*: Henry holt and company. 1890.

Jamieson GA, Jensen MP, Lutz A, Mazzoni G, McGeown WJ, Santarcangelo EL, et al. New directions in hypnosis research: strategies for advancing the cognitive and clinical neuroscience of hypnosis. *Neurosci conscious* 2017;2017(1):nix004.

Janet P. *Psychological healing: A historical and clinical study*. Trans: Paul E, Paul C. New York: Macmillan 1925 (Originally published 1919).

Jensen MP, Jamieson GA, Lutz A, Mazzoni G, McGeown WJ, Santarcangelo EL, et al. New directions in hypnosis research: strategies for advancing the cognitive and clinical neuroscience of hypnosis. *Neurosci Conscious* 2017;2017(1):nix004.

Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cerebral cortex* 2017;27(8):4083-93.

Juel J, Abrahamsen R, Olesen SS, Drewes AM. A pilot-study of hypnotherapy as complementary treatment for pain in chronic pancreatitis. *J Complement Integr Med* 2018;15(4). Internet: <https://doi.org/10.1515/jcim-2017-0084>

Keefer L, Kiebles JL, Martinovich Z, Cohen E, Van Denburg A, Barrett TA. Behavioral interventions may prolong remission in patients with inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther* 2011;49(3):145-50.

Kekecs Z, Szekely A, Varga K. Alterations in electrodermal activity and cardiac parasympathetic tone during hypnosis. *Psychophysiology*. 2016;53(2):268-277. doi:10.1111/psyp.12570

Kemner C. Het sociale leven van baby's en de spectaculaire groei van de hersenen in het eerste levensjaar. Amsterdam: Uitgeverij Balans 2011.

Keuroghlian AS, Butler LD, Neri E, Spiegel D. Hypnotizability, posttraumatic stress, and depressive symptoms in metastatic breast cancer. *Int J Clin Exp Hypn* 2009;58(1):39-52.

Killeen PR, Nash MR. The four causes of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 2003;51(3):195-231.

Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(2):214-20.

Kirsch I. Medication and suggestion in the treatment of depression. *Contemp. Hypnosis* 2005; 22: 59-66.

Klein KB, Spiegel D. Modulation of gastric acid secretion by hypnosis. *Gastroenterology* 1989;96(6):1383-7.

Kluft RP. Hypnosis in the treatment of Dissociative Identity Disorder and Allied States: an overview and case study. *S Afr J Psychol* 2012;42(2):146-55.

Koch C. Tales of the dying brain. *Sci Am* 2020;322(6)64-9.

Kohen DP, Kaiser P. Clinical hypnosis with children and adolescents—What? Why? How?: Origins, applications, and efficacy. *Children* 2014;1(2):74-98. Internet: <https://doi.org/10.3390/children1020074>

Kohen DP, Zajac R. Self-hypnosis training for headaches in children and adolescents. *J Pediatr* 2007;150(6):635-39.

Konorski J. Integrative activity of the brain; an interdisciplinary approach. The University of Chicago Press 1967.

Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatry* 2000;157(8):1279-84.

Koukkou M, Lehmann D. Dreaming: The functional state-shift hypothesis. *Br J Psychiatry* 1983;142(3):221-31.

Krol SA, Thériault R, Olson JA, Raz A, Bartz JA. Self-Concept Clarity and the Bodily Self: Malleability Across Modalities. *Pers Soc Psychol Bull* 2020;46(5):808-20.

Kubie LS. The use of induced hypnagogic reveries in the recovery of repressed amnesic data. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1943;7:172-82.

Kuttner L. Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia. *Paediatr Anaesth* 2012;22(6):573-7.

Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;81:75-98.

Lang E. Comfort Talk®: From the Waiting Room to the Treatment Suite. *Dtsch Z Zahnarztl Hypn* 2019;25(1):22-4.

Lang E. *Patiënt Sedatie Zonder Medicatie* 2018.

Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *The Lancet* 2000;355(9214):1486-90.

Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 2006;126:155-64.

Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S, Salazar GM, Lutgendorf S, et al. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol* 2008;19(6):897-905.

Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Lutgendorf S, Kettenmann E, Logan H, et al. Can words hurt? Patient–provider interactions during invasive procedures. *Pain* 2005;114:303-9.

Lang EV, Rosen MP. Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. *Radiology* 2002;222:375-82.

Laureys S, Boly M. The changing spectrum of coma. *Nat Clin Pract Neurol* 2008;4:544-6.

Laureys S. The neural correlate of (un) awareness: lessons from the vegetative state. *Trends Cogn Sci* 2005;9(12):556-9.

Lee JK, Zubaidah JO, Fadhilah ISI, Normala I, Jensen MP. Pre-recorded hypnotic peri-surgical intervention to alleviate risk of chronic postsurgical pain in total knee replacement: a randomized controlled pilot study. *Int J Clin Exp Hypn.* 2019;67(2):217-245. doi:10.1080/00207144.2019.1580975

Lenggenhager B, Tadi T, Metzinger T, Blanke O. Video ergo sum: manipulating bodily self-consciousness. *Science.* 2007;317(5841):1096-1099. doi:10.1126/science.1143439

Levitas E, Parmet A, Lunenfeld E, Bentov Y, Burstein E, Friger M, et al. Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization–embryo transfer: a case-control study. *Fertil Steril* 2006;85(5):1404-8.

Li X, Chen L, Ma R, Wang H, Wan L, Bu J, et al. The neural mechanisms of immediate and follow-up of the treatment effect of hypnosis on smoking craving. *Brain Imaging Behav* 2019:1-11.

Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Björnsson E, Abrahamsson H, et al. Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings—results from two randomized, controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2012;107(2):276-85.

Liu X, Li S-J, Shaker R, Silverman A, Kern M, Ward BD, et al. Reduced functional connectivity between the hypothalamus and high-order cortical regions in adolescent patients with irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;65(5):516.

Loriedo C, Torti C. Systemic hypnosis with depressed individuals and their families. *Int J Clin Exp Hypn* 2010;58(2):222-46. Internet: <http://dx.doi.org/10.1080/00207140903523277>

Lowén MB, Mayer EA, Sjöberg M, Tillisch K, Naliboff B, Labus J, et al. Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;37(12):1184-97.

Lush P, Dienes Z. Time perception and the experience of agency in meditation and hypnosis. *Psych J*. 2019;8(1):36-50. doi:10.1002/pchj.276

Lynn SJ, Green JP, Polizzi CP, Ellenberg S, Gautam, Aksen DA. Hypnosis, hypnotic phenomena, and hypnotic responsiveness: Clinical and research foundations -A 40-year perspective. *Int J Clin Exp Hypn* 2019;67(4):475-511.

Lynn SJ, Kirsch I, Barabasz A, Cardeña E, Patterson D. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future. *Int J Clin Exp Hypn*. 2000;48(2):239-259. doi:10.1080/00207140008410050

MacHovec FJ. Hypnosis complications: Prevention and risk management. Ed: Charles C Thomas 1986.

Mackey EF. Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: A randomized, blind, controlled study. *Int J Clin Exp Hypn* 2009;58(1):21-38.

Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 (5).

Mahler T. Education and Hypnosis for Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs) in Pediatrics. *Am J Clin Hypn*. 2015;58(1):115-128. doi:10.1080/00029157.2015.1033676

Maillard H, Bara C, Célérier P. Intérêt de l'hypnose dans les injections palmaires de toxine botulique A [Efficacy of hypnosis in the treatment of palmar hyperhidrosis with botulinum toxin type A]. *Ann Dermatol Venereol*. 2007;134(8-9):653-654. doi:10.1016/s0151-9638(07)91826-8

Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol psychiatry* 1999;45(3):327-33.

Martial C, Cassol H, Laureys S, Gosseries O. Near-death experience as a probe to explore (disconnected) consciousness. *Trends Cogn Sci* 2020;24(3):173-83.

Mawdsley JE, Jenkins DG, Macey MG, Langmead L, Rampton DS. The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2008;103(6):1460-9.

McCann BS, Landes SJ. Hypnosis in the treatment of depression: considerations in research design and methods. *Int J Clin Exp Hypn* 2010;58(2):147-64.

McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R. *Manual of smoking cessation: a guide for counsellors and practitioners*: Blackwell Publishing; 2006. Internet: <https://doi.org/10.1002/9780470757864>

Mende M. The special effects of hypnosis and hypnotherapy: A contribution to an ecological model of therapeutic change. *Int J Clin Exp Hypn*. 2006;54(2):167-185. doi:10.1080/00207140500528281

Milling LS, Gover MC, Moriarty CL. The effectiveness of hypnosis as an intervention for obesity: A meta-analytic review. *Psychol Conscious: Theory, Research, and Practice* 2018;5(1):29.

Milling LS, Valentine KE, McCarley HS, LoStimolo LM. A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis? *Am J Clin Hypn* 2018;61(3):227-43.

Moghaddam Hosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth*. 2018;31(4):254-262. doi:10.1016/j.wombi.2017.10.007

Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Wertz CR, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst* 2007;99(17):1304-12. Internet: <https://doi.org/10.1093/jnci/djm106>

Montgomery GH, David D, Kangas M, et al. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral therapy plus hypnosis intervention to control fatigue in patients undergoing radiotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(6):557-563. doi:10.1200/JCO.2013.49.3437

Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovbjerg DH. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesth Analg*. 2002;94(6):. doi:10.1097/00000539-200206000-00052

Moore R, Brødsgaard I, Abrahamsen R. A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment. *Eur J Oral Sci*. 2002;110(4):287-295. doi:10.1034/j.1600-0722.2002.21234.x

Moser G, Trägner S, Gajowniczek EE, et al. Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(4):602-609. doi:10.1038/ajg.2013.19

Nash MR. The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention: a preamble to the special issue. *Int J Clin Exp Hypn*. 2000;48(2):107-112. doi:10.1080/00207140008410043

Northoff G. Spatiotemporal Psychopathology II: How does a psychopathology of the brain's resting state look like? Spatiotemporal approach and the history of psychopathology. *J Affect Disord.* 2016;190:867-879. doi:10.1016/j.jad.2015.05.008

Nunns M, Mayhew D, Ford T, Rogers M, Curle C, Logan S, et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions to reduce procedural anxiety in children and adolescents undergoing treatment for cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho oncology* 2018;27(8):1889-99.

Oakley DA. Hypnosis and consciousness: A structural model. *Contemporary Hypnosis* 1999;16(4):215-23.

O'Toole SK, Solomon SL, Bergdahl SA. A Meta-Analysis of Hypnotherapeutic Techniques in the Treatment of PTSD Symptoms. *J Trauma Stress.* 2016;29(1):97-100. doi:10.1002/jts.22077

Panksepp, J. *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions.* 1998. New York, NY: Oxford University Press.

Peebles MJ. Harm in Hypnosis: Three Understandings From Psychoanalysis That Can Help. *Am J Clin Hypn.* 2018;60(3):239-261. doi:10.1080/00029157.2018.1400811

Peebles-Kleiger MJ. Using countertransference in the hypnosis of trauma victims: a model for turning hazard into healing. *Am J Psychother.* 1989;43(4):518-530.

Peter J, Fournier C, Keip B, Rittershaus N, Stephanou-Rieser N, Durdevic M, et al. Intestinal microbiome in irritable bowel syndrome before and after gut-directed hypnotherapy. *Int J Mol Sci* 2018;19(11):3619.

Phoenix SL. Psychotherapeutic intervention for numerous and large viral warts with adjunctive hypnosis: a case study. *Am J Clin Hypn.* 2007;49(3):211-218. doi:10.1080/00029157.2007.10401583

Pinnell CM, Covino NA. Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *Int J Clin Exp Hypn* 2000;48(2):170-94.

Provençal S-C, Bond S, Rizkallah E, El-Baalbaki G. Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Burns* 2018.

Qualls PJ. The physiological measurement of imagery: An overview. *Imagination, Cognition and Personality* 1982;2(2):89-101.

Raichle ME. The restless brain: how intrinsic activity organizes brain function. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2015;370(1668):20140172.

Raikov VL. EEG recordings of experiments in hypnotic age regression. *Imagination, Cognition and Personality* 1983;3(2):115-32.

Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999;82(2):159-71.

Rosén G, Willoch F, Bartenstein P, Berner N, Røsjøa S. Neurophysiological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis in its clinical management: an intensive examination of two patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2001;49(1):38-55.

Rosenfeld SM. A critical history of hypnotism: The unauthorized story: Xlibris Corporation; 2008.

Sadaghiani S, Wirsich J. Intrinsic connectome organization across temporal scales: New insights from cross-modal approaches. *Network Neuroscience* 2020;4(1):1-29.

Saletu B, Saletu M, Brown M, Stern J, Sletten I, Ulett G. Hypno-analgesia and acupuncture analgesia: a neurophysiological reality? *Neuropsychobiology* 1975;1(4):218-42.

Scagnelli-Jöbsis J. Hypnosis with psychotic patients: a review of the literature and presentation of a theoretical framework. *Am J Clin Hypn*. 1982;25(1):33-45.

Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W. Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2014;76(5):389-98.

Scheffler M, Koranyi S, Meissner W, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of non-pharmacological interventions for procedural pain relief in adults undergoing burn wound care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Burns* 2018;44(7):1709-20.

Shakibaei F, Harandi AA, Gholamrezaei A, Samoei R, Salehi P. Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients. *Int J Clin Exp Hypn*. 2008;56(2):185-197. doi:10.1080/00207140701849536

Shenefelt PD. Anxiety reduction using hypnotic induction and self-guided imagery for relaxation during dermatologic procedures. *Int J Clin Exp Hypn*. 2013;61(3):305-318. doi:10.1080/00207144.2013.784096

Shih M, Yang Y-H, Koo M. A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn* 2009;57(4):431-42.

Spanos NP, Williams V, Gwynn MI. Effects of hypnotic, placebo, and salicylic acid treatments on wart regression. *Psychosom Med*. 1990;52(1):109-114.

Steele K, Boon S, Van der Hart O. Behandeling van traumagerelateerde dissociatie. Een praktische integratieve benadering. Ed: Uitgeverij Mens! 2018.

Stewart AC, Thomas SE. Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *Br J Dermatol*. 1995;132(5):778-783. doi:10.1111/j.1365-2133.1995.tb00726.x

Strupp HH, Hadley SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36(10):1125-1136.

Sun Y, Li L, Xie R, Wang B, Jiang K, Cao H. Stress triggers flare of inflammatory bowel disease in children and adults. *Front Pediatr* 2019;7:432.

Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Rapport d'orientation Paris: HAS 2010.

Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C. Where the imaginal appears real: a positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998;95(4):1956-60.

Szigethy E, Vermetten E. Hypnotic Interventions for Sleep in PTSD. In *Sleep and Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder*. New York: Springer 2018:317-24.

Tart CT. States of consciousness and state-specific sciences. *Science* 1972;176(4040):1203-10.

Tausk F, Whitmore SE. A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis. *Psychother Psychosom*. 1999;68(4):221-225. doi:10.1159/000012336

Tellegen A, Atkinson G. Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. 1974. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(3), 268–277. <https://doi.org/10.1037/h0036681>

Terhune DB, Cardeña E, Lindgren M. Dissociated control as a signature of typological variability in high hypnotic suggestibility. *Conscious Cogn* 2011;20(3):727-36.

Terhune DB, Cleeremans A, Raz A, Lynn SJ. Hypnosis and top-down regulation of consciousness. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;81:59-74.

Trujillo-Rodriguez D, Faymonville M-E, Vanhaudenhuyse A, Demertzi A. Hypnosis for cingulate-mediated analgesia and disease treatment. *Handb Clin Neurol: Elsevier*; 2019. p. 327-39.

Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely SR. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD005179. DOI: 10.1002/14651858.CD005179.pub3.

Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis. *Int J Clin Exp Hypn* 2019;67(3):336-63. Internet: <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>

Van Dam NT, Van Vugt MK, Vago DR, Schmalzl L, Saron CD, Olendzki A, et al. Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspect Psychol Sci* 2018;13(1):36-61.

Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, Schoefs D, Ramaekers D, Bonneux L. Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2004. KCE Reports vol. 1B. Ref. PF04-26.02B.

Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele, K. *Het belaagde zelf. Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Ed: Boom Cure & Care 2013.

Van Der Hart O. The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *Eur J Psychotraumatol* 2012;3:8458.

Vanderlinden J, Buis H, Pieters G, Probst M. Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process?—A comparison between the

patient's and therapist's view. *Eur Eat Disord Rev: The Professional Journal of the Eating Disorders Association* 2007;15(5):357-65.

Vanderlinden J, editor. *Hypnose et troubles du comportement alimentaire*. Hôpital Ambroise Paré, Université de Paris, France; 2002.

Vanderlinden J, Vandereycken W. The use of hypnosis in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1990;38(2):101-11.

Vanhaudenhuyse A, Boly M, Baeteu E, Schnakers C, Moonen G, Luxen A, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage* 2009;47(3):1047-54.

Vanhaudenhuyse A, Demertzi A, Schabus M, Noirhomme Q, Bredart S, Boly M, et al. Two distinct neuronal networks mediate the awareness of environment and of self. *J Cogn Neurosci* 2011;23(3):570-8.

Vanhaudenhuyse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Barsics C, Grosdent S, et al. Efficacy and cost-effectiveness: A study of different treatment approaches in a tertiary pain centre. *Eur J Pain* 2015;19(10):1437-46.

Vanhaudenhuyse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Grosdent S, Maquet D, et al. Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain. *J Tradit Complement Med* 2018;8(2):296-302.

Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology* 2014;44(4):343-53.

Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. The use of hypnosis in severe brain injury rehabilitation: a case report. *Acta Neurol Belg* 2015;115(4):771-2.

Vanhaudenhuyse A, Ledoux D, Gosseries O, Demertzi A, Laureys S, Faymonville M-E. Can subjective ratings of absorption, dissociation, and time perception during "neutral hypnosis" predict hypnotizability ? : An exploratory study. *Int J Clin Exp Hypn* 2019;67(1):28-38.

Varga K. Suggestive techniques connected to medical interventions. *Interv Med Appl Sci* 2013;5(3):95-100.

Varoquaux G, Poldrack RA. Predictive models avoid excessive reductionism in cognitive neuroimaging. *Curr Opin Neurobiol* 2019;55:1-6.

Vlieger AM, Menko–Frankenhuis C, Wolfkamp SC, Tromp E, Benninga MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2007;133(5):1430-6.

Vlieger AM, Rutten JM, Govers AM, Frankenhuis C, Benninga MA. Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2012;107(4):627-31.

Wallen GR, Middleton KR, Ames N, Brooks AT, Handel D. Randomized trial of hypnosis as a pain and symptom management strategy in adults with sickle cell disease. *Integr Med Insights* 2014;9: 25-33.

Walters VJ. Hypnotic imagery as an adjunct to the treatment of PTSD and extreme distress: City University; London 2005.

Wark DM. What we can do with hypnosis: A brief note. *Am J Clin Hypn* 2008;51(1):29-36.

Watkins JG. Hypnotherapy of war neuroses. New York: Ronald Press 1949.

Webb AN, Kukuruzovic R, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005110. DOI: 10.1002/14651858.CD005110.pub2.

Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Rosen G, Nohr E. Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2013;120(3):346-53.

Wickramasekera IE. Mysteries of hypnosis and the self are revealed by the psychology and neuroscience of empathy. *Am J Clin Hypn* 2015;57(3):330-48.

Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Hypnosis and alopecia areata: Long-term beneficial effects on psychological well-being. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(1):35-39. doi:10.2340/00015555-1012

Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Hypnosis in refractory alopecia areata significantly improves depression, anxiety, and life quality but not hair regrowth. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(3):517-518. doi:10.1016/j.jaad.2009.06.029

Willemsen R, Vanderlinden J, Deconinck A, Roseeuw D. Hypnotherapeutic management of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(2):233-237. doi:10.1016/j.jaad.2005.09.025

Wils, K. From transnational to regional magnetic fevers. The making of a law on hypnotism in late nineteenth century Belgium. *Notes and Records of the Royal Society of London*; 2017; Vol. 71; iss. 2; pp. 179 - 196

Yapko MD. *Essentials of hypnosis*: Routledge; 2014.

Yapko MD. Hypnosis in the treatment of depression: An overdue approach for encouraging skillful mood management. *Int J Clin Exp Hypn* 2010;58(2):137-46. Internet: <http://dx.doi.org/10.1080/00207140903523137>

Yapko MD. The new division 30 definitions regarding hypnosis: is "concise" better?. *Am J Clin Hypn.* 2015;57(4):425-430.

Zachariae R, Bjerring P. Increase and decrease of delayed cutaneous reactions obtained by hypnotic suggestions during sensitization. *Studies on dinitrochlorobenzene and diphenylcyclopropenone.* *Allergy.* 1993;48(1):6-11. doi:10.1111/j.1398-9995.1993.tb02168.x

Zachariae R, Bjerring P. The effect of hypnotically induced analgesia on flare reaction of the cutaneous histamine prick test. *Arch Dermatol Res.* 1990;282(8):539-543. doi:10.1007/BF00371950

Zachariae R, Oster H, Bjerring P. Effects of hypnotic suggestions on ultraviolet B radiation-induced erythema and skin blood flow. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 1994;10(4):154-160.

Zech N, Hansen E, Bernardy K, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain* 2017;21:217-27.

Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, Busse JW, Couban R, McCabe RE, et al. Hypnosis/relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Oral Facial Pain Headache*. 2015;29(2):115-125.

V COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Marie-Elisabeth FAYMONVILLE** et **Nicole RUYSSCHAERT** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

BERCKMANS Gilles	Kinésithérapie	
BOUDREZ Hedwig	Psychologie, Tabacologie	UZ Gent
DE SOIR Erik	Psychologie de crise	ERM, IRSD, VHYP
DE WACHTER Dirk	Psychiatrie, psychothérapie	KU Leuven
DENY-MILCENT Danièle	Médecine générale	
DOUILLET Virginie	Sage-femme	
FAYMONVILLE Marie-Elisabeth	Algologie, hypnose médicale, anesthésie	CHU Liège
MAES Sabine	Anesthésie	UZA
MAHLER Tania	Pédiatrie, gastro-entérologie	HUDERF
NYSSSEN Anne-Sophie	Psychologie	ULiège
ROELANTS Fabienne	Anesthésie	St-Luc
ROELENS Luc	Psychiatrie, psychothérapie	VHYP
ROETE Ann	Pédiatrie, art infirmier, hypnose	UZA
RUYSSCHAERT Nicole	Psychiatrie, psychothérapie, hypnose	VHYP
SCHAERLAEKENS Marian	Médecine dentaire, hypnose	VHYP
VANDERLINDEN Johan	Psychologie	UPC KULeuven
VERMETTEN Eric	Psychiatrie	University of Leiden
WATREMEZ Christine	Anesthésie, hypnose	St-Luc
WILLEMSSEN Maria	Dermatologie	
ZELINKA Vladimir	Psychiatrie, hypnose thérapeutique	UNamur

La traduction a été réalisée en externe.

VI ANNEXES

Annexe 1 : Classification de la qualité méthodologique des études individuelles (Chambless & Hollon, 1998)

	Intervention	Tests de précision diagnostique	Domages ou effets secondaires, étiologie, pronostic
A1	Revue systématique d'au moins deux études de niveau A2 réalisées indépendamment l'une de l'autre		
A2	Étude clinique randomisée en double aveugle de bonne qualité et de taille suffisante	Étude par rapport à un test de référence (un "étalon-or") avec des seuils prédéfinis et évaluation indépendante des résultats du test et de l'étalon-or, couvrant une série suffisamment importante de patients consécutifs qui ont tous subi le test de référence et l'étalon-or.	Une étude de cohorte prospective de portée et de suivi suffisants, avec un contrôle adéquat pour la confusion et un suivi sélectif suffisamment exclu.
B	Étude comparative, mais pas avec toutes les caractéristiques mentionnées sous A2 (cela inclut l'étude de contrôle des patients, l'étude de cohorte)	Étude par rapport à un test de référence, mais pas avec toutes les caractéristiques énumérées sous A2	Étude de cohorte prospective, mais pas avec toutes les caractéristiques mentionnées sous A2 ou étude de cohorte rétrospective ou étude de contrôle des patients
C	Étude non comparative		
D	Avis d'experts		

Annexe 2 : 2020 Livres – Journaux – Informations sur l'hypnose

Journaux

IJCEH – International Journal Clinical and Experimental Hypnosis <http://ijceh.com/>

AJCH – American Journal of Clinical Hypnosis

<http://www.tandfonline.com/loi/UJHY#.VYZ09IKzmVM>

CH & IT – Contemporary Hypnosis & Integrated Therapy <https://www.bscah.com/journal-ch-it>

Livres

Alladin, A (2008) Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders [Hardcover] ISBN-10: 0470032510 ISBN-13: 978-0470032510

Barabasz, A & Watkins, J.G. (2005). Hypnotherapeutic Techniques 2E. Brunner Routledge New York

Bioy A. & Michaux, B. (2007). Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications Collection Psychothérapies, Editions Dunod, Paris, 2007

Bioy, A & Faymonville, M-E (2018). La révolution de l'hypnose. Peut-on reprendre sa vie en main ? Dunod, Paris,

Bran, L, Owens, J, Williamson, A. The handbook of contemporary Clinical Hypnosis. Theory and Practice. (2011). Wiley-Blackwell.

Daitch, C. (2007). Affect Regulation Toolbox. Practical and Effective Hypnotic Interventions for the Over-reactive Client.

Erickson, M.H.E. The Collected Works of Milton H. Erickson. Vol 1 – 16. <https://catalog.erickson-foundation.org/page/collected-works-2605>

Ewin, D. (2009). 101 things I wish I'd when I started using hypnosis. Carmarthen, Wales, UK: Crown House Publishing.

Flemons, D. (2002). Of One Mind. The Logic of Hypnosis. The Practice of Therapy. Norton.

Hammond, C (1990). Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors. An American Society of Clinical Hypnosis Book. (1990) Norton.

Hawkins, P.J. (2006). Hypnosis and Stress. Wiley.

Heap, Michael. (2012). Hypnotherapy.

Hill, R. & Rossi, E. (2017) The Practitioner's Guide to Mirroring Hands. : A Client-Responsive Therapy That Facilitates Natural Problem Solving and Mind-Body Healing. Crown House Publishing Ltd.

Jensen, M. (2017). The Art and Practice of Hypnotic Induction. Favorite Methods of Master Clinicians. Denny Creek Press. Seattle.

Kershaw, C.J. & Wade, W.J. (2011). Brain Change therapy. Clinical Interventions for Self-Transformation. W.W. Norton & Co.

Olness, K. & Kohen, D. (1996). Hypnosis and hypnotherapy with children (1996) The Guilford Press

Wester, W. & Sugarman, L. (2007). Therapeutic Hypnosis with children and adolescents.

Salem, G & Bonvin, E. (2007) Soigner par l'hypnose. Masson

Short, D., Erickson, B.A. & Erickson, R. (2005). Hope & Resiliency: Understanding the Psychotherapeutic Strategies of Milton H. Erickson [Hardcover] Crown House Publishing.

Short, D. & Weinspach, C. (2010). Hoffnung und Resilienz. Therapeutische Strategien von Milton H. Erickson. Carl-Auer.

Sugarman, L , Linden, J.H., & Brooks, L. W. (2020). Changing Minds with Clinical Hypnosis. Routledge.

Yapko, Michael. (2018). Trance work. An introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 5th edition

Van Craen, W. (2011) Wetenschappelijke Hypnose. De essentie. Uitg Luster Antwerpen

Van Craen, W. (2008). Relaxatie en zelfhypnose in de praktijk. Uitgeverij ACCO.

Wester, W. & Sugarman, L. (2007). Therapeutic Hypnosis with children and adolescents.

Zeig, J (2014) The Induction of Hypnosis. An Ericksonian Elicitation Approach. The Milton Erickson Foundation Press. Phoenix. Arizona 85016

Annexe 3 :Propositions d'amendements à la loi sur l'hypnose



**Conseil
Supérieur de la Santé**

ANNEXE 3A

PROPOSITION DE LOI

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

13 janvier 2004

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi du 30 mai 1892 sur
l'hypnotisme et portant le texte
néerlandais de ladite loi**

(déposée par MM. Bart Laeremans
et Bert Schoofs)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

13 januari 2004

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet van 30 mei 1892
«sur l'hypnotisme» en tot vaststelling van
de Nederlandse tekst van dezelfde wet**

(ingediend door de heren Bart Laeremans
en Bert Schoofs)

RÉSUMÉ

Un certain nombre de textes législatifs, dont il n'existe pas de version néerlandaise officielle, sont toujours en vigueur.

Les auteurs de la présente proposition de loi entendent établir le texte néerlandais de la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme. Ils proposent par ailleurs d'adapter le contenu de la loi en fonction de la conception actuelle de la société.

SAMENVATTING

Vandaag zijn nog steeds een aantal wetgevende teksten van kracht, waarvan nochtans geen authentieke Nederlandse tekst bestaat.

Indieners willen met dit wetsvoorstel de Nederlandse tekst vaststellen van de wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme. Ook willen ze de inhoud van de tekst aanpassen aan de huidige, geëvolueerde maatschappelijke inzichten.

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>VLAAMS BLOK</i>	: Vlaams Blok
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>
<i>DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	<i>DOC 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA : Questions et Réponses écrites</i>	<i>QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV : Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>	<i>CRIV : Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>
<i>CRIV : Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)</i>	<i>CRIV : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>
<i>CRABV : Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>	<i>CRABV : Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>
<i>PLEN : Séance plénière (couverture blanche)</i>	<i>PLEN : Plenum (witte kaft)</i>
<i>COM : Réunion de commission (couverture beige)</i>	<i>COM : Commissievergadering (beige kaft)</i>

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
<i>Commandes :</i>	<i>Bestellingen :</i>
<i>Place de la Nation 2</i>	<i>Natieplein 2</i>
<i>1008 Bruxelles</i>	<i>1008 Brussel</i>
<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.laChambre.be</i>	<i>www.deKamer.be</i>
<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>	<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi reprend le texte de la proposition de loi DOC 50 1674/001.

Il est encore en vigueur dans ce pays certaines lois et certains décrets, ne datant pas seulement de l'époque où celui-ci était sous le joug de la France, dont seule la version française fait foi.

Il y a lieu de compléter systématiquement les lois anciennes, dont seul un texte français existe, par un texte néerlandais faisant foi, et ce, après avoir apporté au texte initial les modifications nécessaires sur le plan de la terminologie et en vue de son actualisation.

Le texte que les auteurs de la présente proposition de loi entendent soumettre à l'attention du pouvoir législatif concerne la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme, une loi qui a reçu une connotation très négative après l'issue tragique dans l'affaire de la disparition d'Ann et Eefje.

Pour l'actualisation de ce texte, il est fait usage de la « Proposition de loi sur l'hypnotisme » déposée précédemment par le sénateur Wim Verreycken (DOC Sénat 2 – 41/1, SE 1999).

Dans sa version initiale, le texte français de la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme est formulé comme suit :

« Loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme.

Art. 1^{er}. Quiconque aura donné en spectacle une personne hypnotisée par lui-même ou par autrui, sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois et d'une amende de vingt-six francs à mille francs.

Art. 2. Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six francs à mille francs; quiconque aura hypnotisé une personne n'ayant pas atteint l'âge de vingt et un ans accomplis ou n'étant pas saine d'esprit, s'il n'est docteur en médecine ou muni d'une autorisation de gouvernement.

L'autorisation ne sera valable que pour un an: elle sera révocable et pourra toujours être suspendue.

En cas de concours avec les infractions punies par les dispositions légales concernant l'art de guérir, la peine prononcée par le présent article sera seule appliquée.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel neemt de tekst over van wetsvoorstel DOC 50 1674/001.

Nog altijd zijn er in dit land wetten en decreten van kracht, en zeker niet alleen uit het tijdperk van de Franse overheersing, waarvan de authentieke tekst alleen in het Frans is gesteld.

Het past de oude wetten, waarvan alleen een Franse tekst bestaat, stelselmatig aan te vullen met een authentieke Nederlandse tekst, na in de oorspronkelijke tekst de nodige terminologische en actualiserende verbeteringen te hebben aangebracht.

De tekst die de indieners met dit voorstel onder de aandacht van de wetgevende macht wensen te brengen heeft betrekking op de wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme. Een wet die een zeer sombere bijklank heeft gekregen na de dramatische afloop in de zaak van de verdwijning van Ann en Eefje.

Bij de **actualisering** van deze tekst wordt gebruik gemaakt van het **«Wetsvoorstel op het hypnotisme» dat eerder werd ingediend door Senator Wim Verreycken (Stuk 2 - 41)**.

De wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme (loi sur l'hypnotisme), die nog niet uitdrukkelijk werd gewijzigd, luidt in het Frans als volgt :

«Loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme.

Art. 1^{er}. Quiconque aura donné en spectacle une personne hypnotisée par lui-même ou par autrui, sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois et d'une amende de vingt-six francs à mille francs.

Art. 2. Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six francs à mille francs; quiconque aura hypnotisé une personne n'ayant pas atteint l'âge de vingt et un ans accomplis ou n'étant pas saine d'esprit, s'il n'est docteur en médecine ou muni d'une autorisation de gouvernement.

L'autorisation ne sera valable que pour un an: elle sera révocable et pourra toujours être suspendue.

En cas de concours avec les infractions punies par les dispositions légales concernant l'art de guérir, la peine prononcée par le présent article sera seule appliquée.

Art. 3. Sera puni de la réclusion quiconque aura, avec une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, fait écrire ou signer par une personne hypnotisée un acte ou une pièce énonçant une convention, des dispositions, un engagement, une décharge ou une déclaration. La même peine sera appliquée à celui qui aura fait usage de l'acte ou de la pièce.

Art. 4. Les dispositions du chapitre VII du livre 1^{er} et l'article 85 du Code pénal sont applicables aux infractions prévues par la présente loi. »

Dans le volume Code pénal des Codes de *Story*, cette loi est traduite en néerlandais comme suit:

« *Wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme.*

Art. 1. Al wie een door hemzelf of door iemand anders gehypnotiseerd persoon ten tonele voert, wordt gestraft met gevangenisstraf van 15 dagen tot 6 maanden en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank.

Art. 2. Al wie een persoon die de leeftijd van volle eenentwintig jaar niet heeft bereikt of niet gezond van geest is, hypnotiseert, wordt gestraft met gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank, indien hij geen doctor in de geneeskunde is of geen toelating van de regering bezit.

De toelating is slechts geldig voor een jaar : ze kan ingetrokken en altijd opgeschort worden.

In geval van samenloop met de misdrijven die door de wettelijke bepalingen betreffende de geneeskunst strafbaar zijn gesteld, wordt slechts de door het vorig (sic) artikel bepaalde straf toegepast.

Art. 3. Al wie, met bedrieglijk opzet of met het oogmerk om te schaden, een akte of een stuk waarin een overeenkomst, schikkingen, een verbintenis, een schuldbevrijding of een verklaring wordt opgenomen, dooreen gehypnotiseerde persoon doet schrijven of ondertekenen, wordt gestraft met opsluiting. Dezelfde straf wordt toegepast op hem die van de akte of van het stuk gebruik maakt.

Art. 4. De bepalingen van hoofdstuk VII van boek I en artikel 85 van het Strafwetboek zijn toepasselijk op de door deze wet bepaalde misdrijven. ».

La présente proposition de loi vise à établir le texte néerlandais faisant foi de la loi précitée, publiée au *Moniteur belge* du 4 juin 1892. Elle prévoit également une actualisation de ladite loi.

Art. 3. Sera puni de la réclusion quiconque aura, avec une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, fait écrire ou signer par une personne hypnotisée un acte ou une pièce énonçant une convention, des dispositions, un engagement, une décharge ou une déclaration. La même peine sera appliquée à celui qui aura fait usage de l'acte ou de la pièce.

Art. 4. Les dispositions du chapitre VII du livre 1^{er} et l'article 85 du Code pénal sont applicables aux infractions prévues par la présente loi. »

In het Strafwetboek van de Wetboeken van *Story* wordt deze wet vertaald als volgt:

« *Wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme.*

Art. 1. Al wie een door hemzelf of door iemand anders gehypnotiseerd persoon ten tonele voert, wordt gestraft met gevangenisstraf van 15 dagen tot 6 maanden en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank.

Art. 2. Al wie een persoon die de leeftijd van volle eenentwintig jaar niet heeft bereikt of niet gezond van geest is, hypnotiseert, wordt gestraft met gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank, indien hij geen doctor in de geneeskunde is of geen toelating van de regering bezit.

De toelating is slechts geldig voor een jaar : ze kan ingetrokken en altijd opgeschort worden.

In geval van samenloop met de misdrijven die door de wettelijke bepalingen betreffende de geneeskunst strafbaar zijn gesteld, wordt slechts de door het vorig (sic) artikel bepaalde straf toegepast.

Art. 3. Al wie, met bedrieglijk opzet of met het oogmerk om te schaden, een akte of een stuk waarin een overeenkomst, schikkingen, een verbintenis, een schuldbevrijding of een verklaring wordt opgenomen, dooreen gehypnotiseerde persoon doet schrijven of ondertekenen, wordt gestraft met opsluiting. Dezelfde straf wordt toegepast op hem die van de akte of van het stuk gebruik maakt.

Art. 4. De bepalingen van hoofdstuk VII van boek I en artikel 85 van het Strafwetboek zijn toepasselijk op de door deze wet bepaalde misdrijven. ».

Dit wetsvoorstel bevat de voorgestelde authentieke Nederlandse tekst van de genoemde wet, die werd bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 4 juni 1892. Zij voorziet tevens in een actualisering ervan.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Art. 2

Cet article contient le texte néerlandais authentique proposé de la loi visée.

Article 1^{er}

Cet article donne des mots «donner en spectacle» une traduction différente des traductions non officielles, dans lesquelles il a été opté pour «*ten tonele voeren*». Dans la présente proposition, nous avons opté pour la traduction «*in een voorstelling te kijk stellen*». L'expression «*ten tonele* » *voeren* évoque en effet l'image d'une scène, d'un théâtre. Le verbe «*voeren*» donne l'impression que la personne hypnotisée doit être déplacée. Or, aux termes du texte français de la loi, il est manifestement punissable d'hypnotiser une personne qui se trouve dans la salle et de lui faire faire toutes sortes de tours, sans que cette personne quitte sa place.

Nous ajoutons en outre un alinéa 2, qui assimile la «suggestion» à l'hypnose. La pratique montre en effet que des charlatans roublards contournent l'interdiction de pratiquer l'hypnose à des fins de divertissement en prétendant pratiquer la « suggestion ».

Art. 2

Cet article soumet la pratique de l'hypnose à l'obtention d'une autorisation.

Il convient de ramener la limite d'âge fixée à l'article 2 de vingt et un ans à dix-huit ans, qui est l'âge de la majorité. Le législateur de 1892 entendait en effet élaborer un régime distinct pour les mineurs (*Pasinomie*, 1892, p. 239) et les personnes souffrant de troubles psychiques.

Art. 3

Nous prévoyons dans un article distinct que l'autorisation ne pourra être accordée qu'à des médecins et des psychologues.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Art. 2

Dit artikel bevat de voorgestelde authentieke Nederlandse tekst van de genoemde wet.

Artikel 1

Dit artikel geeft een andere vertaling van de woorden «*donner en spectacle*» dan de niet-officiële vertalingen, die voor «*ten tonele voeren*» hebben gekozen. In dit voorstel viel de keuze op «*in een voorstelling te kijk stellen*». «*Ten tonele*» voeren roept het beeld op van een toneel, een schouwburg. «*Voeren*» wekt de indruk dat de gehyponotiseerde moet verplaatst worden. Het is, volgens de Franse tekst van de wet, duidelijk strafbaar iemand die in de zaal zit te hypnotiseren en allerlei kunstjes te laten uitvoeren, zonder dat deze persoon van zijn plaats opstaat.

Er wordt bovendien een tweede lid toegevoegd dat «suggestie» gelijkstelt met hypnose. De praktijk toont immers aan dat het bestaande verbod op hypnose voor vermaakdoeleinden wordt omzeild door gewiekste charlatans, die zich beroepen op zogeheten suggestie.

Art. 2

In dit artikel wordt de beoefening van hypnose vergunningsplichtig gemaakt.

De leeftijdsgrens van eenentwintig jaar in Artikel 2 moet verlaagd worden tot achttien jaar, de leeftijd van de meerderjarigheid. Het was inderdaad de bedoeling van de wetgever van 1892 om een aparte regeling uit te werken voor minderjarigen (*Pasinomie*, 1892, blz. 239) en psychisch gestoorden.

Art. 3

In een apart artikel wordt bepaald dat de vergunning enkel kan worden verleend aan medici en psychologen.

Art. 5

Cet article doit être adapté en fonction de la loi portant abolition de la peine de mort et modifiant les peines criminelles. Il convient de préciser qu'il s'agit d'un emprisonnement de cinq à dix ans.

Art. 5

Dit artikel moet aangepast worden aan de wet tot afschaffing van de doodstraf en tot wijziging van de criminele straffen. Er moet vermeld worden dat het opsluiting van vijf tot tien jaar betreft.

Bart LAEREMANS (Vlaams Blok)
Bert SCHOOFS (Vlaams Blok)

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Le texte de la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme est remplacé par le texte suivant :

« Loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme.

Article 1^{er}. Quiconque aura donné en spectacle une personne hypnotisée par lui-même ou par autrui, sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six francs à mille francs.

Est assimilé à l'hypnose le fait d'amener, par le pouvoir de la suggestion, une personne à poser des actes qu'elle ne poserait pas ou à prononcer des paroles qu'elle ne prononcerait pas dans des circonstances normales.

Art. 2. Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six francs à mille francs, quiconque aura hypnotisé des personnes sans avoir obtenu à cet effet une autorisation du gouvernement.

Si la personne hypnotisée n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans accomplis ou n'est pas saine d'esprit, le taux de la peine prévu à l'alinéa 1^{er} est doublé.

Art. 3. Le gouvernement est seul à pouvoir délivrer l'autorisation visée à l'article précédent aux titulaires d'un diplôme légal de docteur en médecine, en chirurgie et en obstétrique ou aux titulaires du grade académique de médecin. Il peut également accorder cette autorisation aux porteurs du titre de psychologue, tel qu'il est défini par la loi du 8 novembre 1993, lorsque le demandeur peut démontrer qu'il a suivi une formation complémentaire reconnue.

L'autorisation ne sera valable que pour un an ; elle sera révocable et pourra être suspendue à tout moment.

Art. 4. En cas de concours d'infractions punies par les dispositions légales relatives à l'exercice de l'art de guérir, les peines prévues par l'article 2 sont doublées.

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

De Nederlandse tekst van de wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme wordt vastgesteld als volgt:

«Wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme.

Artikel 1. Hij die een persoon die door hemzelf of door iemand anders werd gehypnotiseerd, in een voorstelling te kijk stelt, wordt gestraft met gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot duizend frank.

Met hypnose wordt gelijkgesteld het onder invloed van suggestie laten uitvoeren van handelingen of het laten uitspreken van woorden, die een persoon onder gewone omstandigheden niet zou stellen of uitspreken.

Art. 2. Met gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot duizend frank wordt gestraft hij die personen hypnotiseert zonder hiervoor een vergunning van de Regering te hebben bekomen.

Indien de gehypnotiseerde niet de volle leeftijd van achttien jaar heeft bereikt of niet gezond van geest is, wordt de strafmaat van het eerste lid verdubbeld.

Art. 3. Een vergunning zoals bedoeld in vorig artikel kan enkel verleend worden door de Regering, aan de titularissen van een wettelijk diploma van dokter in de genees-, heel- en verloskunde of van de academische graad van arts. Deze vergunning kan ook verleend worden aan de houders van de titel van psycholoog, omschreven in de wet van 8 november 1993, indien de aanvrager ook een erkende bijscholing kan aantonen.

De vergunning is maar geldig voor een jaar; zij kan worden herroepen en kan altijd worden geschorst.

Art. 4. In geval van samenloop met de misdrijven waarop straf is gesteld door de wettelijke bepalingen betreffende de uitoefening van de geneeskunde, worden de in artikel 2 gestelde straffen verdubbeld.

Art. 5. Sera puni de la réclusion de cinq ans à dix ans, quiconque aura, avec une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, fait écrire ou signer par une personne hypnotisée un acte ou une pièce énonçant une convention, des dispositions, un engagement, une décharge ou une déclaration. La même peine sera appliquée à celui qui aura fait usage de l'acte ou de la pièce.

Art. 6. Les dispositions du chapitre VII et de l'article 85 du Code pénal sont applicables aux infractions prévues par la présente loi.».

Art. 3

La présente loi entre en vigueur, au plus tard, le premier jour du quatrième mois qui suit celui au cours duquel elle aura été publiée au *Moniteur belge*.

11 décembre 2003

Art. 5. Met opsluiting van vijf tot tien jaar wordt gestraft hij die met bedrieglijk opzet of met het oogmerk om te schaden een gehypnotiseerde persoon een akte of een stuk doet schrijven of ondertekenen dat een overeenkomst, beschikkingen, een verbintenis, een schuldbevrijding of een verklaring inhoudt. Dezelfde straf wordt toegepast op degene die van de akte of van het stuk gebruik maakt.

Art. 6. De bepalingen van hoofdstuk VII en van artikel 85 van het Strafwetboek zijn van toepassing op de misdrijven in deze wet omschreven.».

Art. 3

Deze wet treedt in werking uiterlijk op de eerste dag van de vierde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

11 december 2003

Bart LAEREMANS (Vlaams Blok)
Bert SCHOOFS (Vlaams Blok)



**Conseil
Supérieur de la Santé**

ANNEXE 3B

PROPOSITION DE LOI

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

14 mei 2008

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de Franse tekst
en tot vaststelling van de Nederlandse tekst
van de wet van 30 mei 1892
op het hypnotisme**

(ingediend door de heer Bart Laeremans c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

14 mai 2008

PROPOSITION DE LOI

**modifiant le texte français de la loi
du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme
et portant le texte néerlandais
de ladite loi**

(déposée par M. Bart Laeremans et consorts)

SAMENVATTING

De indieners wijzen erop dat er nog steeds een aantal wetgevende teksten bestaan waarvan geen authentieke Nederlandse tekst bestaat.

Met dit wetsvoorstel beogen de indieners de Nederlandse tekst vast te stellen van de wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme en tevens een vergunning in te voeren voor de uitoefening van hypnotisme.

RÉSUMÉ

Les auteurs soulignent qu'il existe encore un certain nombre de textes législatifs dont aucune version néerlandaise authentique n'est disponible.

Les auteurs de cette proposition de loi entendent établir le texte néerlandais de la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme. Ils proposent également de soumettre l'exercice de l'hypnotisme à une autorisation.

cdH	:	centre démocrate Humaniste
CD&V – N-VA	:	Christen-Democratisch en Vlaams/Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
FN	:	Front National
LDD	:	Lijst Dedecker
MR	:	Mouvement Réformateur
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	:	Parti Socialiste
sp.a+VI.Pro	:	Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven
VB	:	Vlaams Belang

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 52 0000/000 :	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000 :	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)	CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN :	Plenum	PLEN :	Séance plénière
COM :	Commissievergadering	COM :	Réunion de commission
MOT :	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT :	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
Bestellingen :	Commandes :
Natieplein 2	Place de la Nation 2
1008 Brussel	1008 Bruxelles
Tel. : 02/ 549 81 60	Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be	www.laChambre.be
e-mail : publicaties@deKamer.be	e-mail : publications@laChambre.be

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel neemt, in aangepaste vorm, de tekst over van het voorstel DOC 50 1674/0041 en DOC 51 0684/001.

Nog altijd zijn er in dit land wetten en decreten van kracht, en zeker niet alleen uit het tijdperk van de Franse overheersing, waarvan de authentieke tekst alleen in het Frans is gesteld.

Het past de oude wetten, waarvan alleen een Franse tekst bestaat, stelselmatig aan te vullen met een authentieke Nederlandse tekst, na in de oorspronkelijke tekst de nodige terminologische en actualiserende verbeteringen te hebben aangebracht.

De tekst die de indieners met dit voorstel onder de aandacht van de wetgevende macht wensen te brengen, heeft betrekking op de wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme. Een wet die een zeer sombere bijklank heeft gekregen na de dramatische afloop in de zaak van de verdwijning van Ann en Eefje.

Bij de actualisering van deze tekst wordt gebruik gemaakt van het «Wetsvoorstel op het hypnotisme» dat eerder werd ingediend door senator Wim Verreycken (Stuk 2 – 41).

De wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme (loi sur l'hypnotisme), die nog niet uitdrukkelijk werd gewijzigd, luidt in het Frans als volgt:

«Loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme.

Art. 1^{er}. — Quiconque aura donné en spectacle une personne hypnotisée par lui-même ou par autrui, sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois et d'une amende de vingt-six francs à mille francs.

Art. 2. — Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six francs à mille francs; quiconque aura hypnotisé une personne n'ayant pas atteint l'âge de vingt et un ans accomplis ou n'étant pas saine d'esprit, s'il n'est docteur en médecine ou muni d'une autorisation de gouvernement.

L'autorisation ne sera valable que pour un an: elle sera révocable et pourra toujours être suspendue.

En cas de concours avec les infractions punies par les dispositions légales concernant l'art de guérir, la peine prononcée par le présent article sera seule appliquée.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi reprend, en l'adaptant, le texte des propositions DOC 50 1674/041 et DOC 51 0684/001.

Il est encore en vigueur dans ce pays certaines lois et certains décrets, ne datant pas seulement de l'époque où celui-ci était sous le joug de la France, dont seule la version française fait foi.

Il y a lieu de compléter systématiquement les lois anciennes, dont seul un texte français existe, par un texte néerlandais faisant foi, et ce, après avoir apporté au texte initial les améliorations nécessaires sur le plan de la terminologie et en vue de son actualisation.

Le texte que les auteurs de la présente proposition de loi entendent soumettre à l'attention du pouvoir législatif concerne la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme, une loi qui a reçu une connotation très négative après l'issue tragique dans l'affaire de la disparition d'Ann et Eefje.

Pour l'actualisation de ce texte, il est fait usage de la «Proposition de loi sur l'hypnotisme» déposée précédemment par le sénateur Wim Verreycken (DOC Sénat 2 – 41/1, SE 1999).

Le texte français de la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme, qui n'a pas encore été modifié explicitement, s'énonce comme suit:

«Loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme.

Art. 1^{er}. — Quiconque aura donné en spectacle une personne hypnotisée par lui-même ou par autrui, sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois et d'une amende de vingt-six francs à mille francs.

Art. 2. — Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six francs à mille francs; quiconque aura hypnotisé une personne n'ayant pas atteint l'âge de vingt et un ans accomplis ou n'étant pas saine d'esprit, s'il n'est docteur en médecine ou muni d'une autorisation de gouvernement.

L'autorisation ne sera valable que pour un an: elle sera révocable et pourra toujours être suspendue.

En cas de concours avec les infractions punies par les dispositions légales concernant l'art de guérir, la peine prononcée par le présent article sera seule appliquée.

Art. 3. — Sera puni de la réclusion quiconque aura, avec une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, fait écrire ou signer par une personne hypnotisée un acte ou une pièce énonçant une convention, des dispositions, un engagement, une décharge ou une déclaration. La même peine sera appliquée à celui qui aura fait usage de l'acte ou de la pièce.

Art. 4. — Les dispositions du chapitre VII du livre 1^{er} et l'article 85 du Code pénal sont applicables aux infractions prévues par la présente loi.»

In het Strafwetboek van de Wetboeken van Story wordt deze wet vertaald als volgt:

«Wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme.

Art. 1. — Al wie een door hemzelf of door iemand anders gehypnotiseerd persoon ten tonele voert, wordt gestraft met gevangenisstraf van 15 dagen tot 6 maanden en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank.

Art. 2. — Al wie een persoon die de leeftijd van volle eenentwintig jaar niet heeft bereikt of niet gezond van geest is, hypnotiseert, wordt gestraft met gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank, indien hij geen doctor in de geneeskunde is of geen toelating van de regering bezit.

De toelating is slechts geldig voor een jaar: ze kan ingetrokken en altijd opgeschort worden.

In geval van samenloop met de misdrijven die door de wettelijke bepalingen betreffende de geneeskunst strafbaar zijn gesteld, wordt slechts de door het vorig (sic) artikel bepaalde straf toegepast.

Art. 3. — Al wie, met bedrieglijk opzet of met het oogmerk om te schaden, een akte of een stuk waarin een overeenkomst, schikkingen, een verbintenis, een schuldbevrijding of een verklaring wordt opgenomen, dooreen gehypnotiseerde persoon doet schrijven of ondertekenen, wordt gestraft met opsluiting. Dezelfde straf wordt toegepast op hem die van de akte of van het stuk gebruik maakt.

Art. 4. — De bepalingen van hoofdstuk VII van boek I en artikel 85 van het Strafwetboek zijn toepasselijk op de door deze wet bepaalde misdrijven.»

Dit wetsvoorstel bevat de voorgestelde authentieke Nederlandse tekst van de genoemde wet, die werd bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 4 juni 1892. Zij voorziet tevens in een actualisering ervan.

Art. 3. — Sera puni de la réclusion quiconque aura, avec une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, fait écrire ou signer par une personne hypnotisée un acte ou une pièce énonçant une convention, des dispositions, un engagement, une décharge ou une déclaration. La même peine sera appliquée à celui qui aura fait usage de l'acte ou de la pièce.

Art. 4. — Les dispositions du chapitre VII du livre 1^{er} et l'article 85 du Code pénal sont applicables aux infractions prévues par la présente loi.»

Dans le volume Code pénal des Codes Story, cette loi est traduite en néerlandais comme suit:

«Wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme.

Art. 1. — Al wie een door hemzelf of door iemand anders gehypnotiseerd persoon ten tonele voert, wordt gestraft met gevangenisstraf van 15 dagen tot 6 maanden en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank.

Art. 2. — Al wie een persoon die de leeftijd van volle eenentwintig jaar niet heeft bereikt of niet gezond van geest is, hypnotiseert, wordt gestraft met gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met geldboete van zesentwintig tot duizend frank, indien hij geen doctor in de geneeskunde is of geen toelating van de regering bezit.

De toelating is slechts geldig voor een jaar: ze kan ingetrokken en altijd opgeschort worden.

In geval van samenloop met de misdrijven die door de wettelijke bepalingen betreffende de geneeskunst strafbaar zijn gesteld, wordt slechts de door het vorig (sic) artikel bepaalde straf toegepast.

Art. 3. — Al wie, met bedrieglijk opzet of met het oogmerk om te schaden, een akte of een stuk waarin een overeenkomst, schikkingen, een verbintenis, een schuldbevrijding of een verklaring wordt opgenomen, dooreen gehypnotiseerde persoon doet schrijven of ondertekenen, wordt gestraft met opsluiting. Dezelfde straf wordt toegepast op hem die van de akte of van het stuk gebruik maakt.

Art. 4. — De bepalingen van hoofdstuk VII van boek I en artikel 85 van het Strafwetboek zijn toepasselijk op de door deze wet bepaalde misdrijven.»

La présente proposition de loi vise à établir le texte néerlandais faisant foi de la loi précitée, publiée au *Moniteur belge* du 4 juin 1892. Elle prévoit également une actualisation de ladite loi.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 3

Dit artikel bevat de voorgestelde authentieke Nederlandse tekst van de genoemde wet.

Art. 1

Dit artikel geeft een andere vertaling van de woorden «*donner en spectacle*» dan de niet-officiële vertalingen, die voor «ten tonele voeren» hebben gekozen. In dit voorstel viel de keuze op «in een voorstelling te kijk stellen». «Ten tonele» voeren roept het beeld op van een toneel, een schouwburg. «Voeren» wekt de indruk dat de gehyponotiseerde moet verplaatst worden. Het is, volgens de Franse tekst van de wet, duidelijk strafbaar iemand die in de zaal zit te hypnotiseren en allerlei kunstjes te laten uitvoeren, zonder dat deze persoon van zijn plaats opstaat.

Er wordt bovendien een tweede lid toegevoegd dat «suggestie» gelijkstelt met hypnose. De praktijk toont immers aan dat het bestaande verbod op hypnose voor vermaaksdoeleinden wordt omzeild door gewiekste charlatans, die zich beroepen op zogeheten suggestie.

Art. 2

In dit artikel wordt de beoefening van hypnose vergunningsplichtig gemaakt.

De leeftijdsgrens van eenentwintig jaar in Artikel 2 moet verlaagd worden tot achttien jaar, de leeftijd van de meerderjarigheid. Het was inderdaad de bedoeling van de wetgever van 1892 om een aparte regeling uit te werken voor minderjarigen (Pasinomie, 1892, blz. 239) en psychisch gestoorden.

Art. 2/1

In een apart artikel wordt bepaald dat de vergunning enkel kan worden verleend aan medici en psychologen.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 3

Cet article contient le texte néerlandais authentique proposé de la loi visée.

Art. 1^{er}

Cet article donne des mots «*donner en spectacle*» une traduction différente des traductions non officielles, dans lesquelles il a été opté pour «*ten tonele voeren*». Dans la présente proposition, nous avons opté pour la traduction «*in een voorstelling te kijk stellen*». L'expression «*ten tonele voeren*» évoque en effet l'image d'une scène, d'un théâtre. Le verbe «*voeren*» donne l'impression que la personne hypnotisée doit être déplacée. Or, aux termes du texte français de la loi, il est manifestement punissable d'hypnotiser une personne qui se trouve dans la salle et de lui faire faire toutes sortes de tours, sans que cette personne quitte sa place.

Nous ajoutons en outre un alinéa 2, qui assimile la «*suggestion*» à l'hypnose. La pratique montre en effet que des charlatans roublards contournent l'interdiction de pratiquer l'hypnose à des fins de divertissement en prétendant pratiquer la «*suggestion*».

Art. 2

Cet article soumet la pratique de l'hypnose à l'obtention d'une autorisation.

Il convient de ramener la limite d'âge fixée à l'article 2 de vingt et un ans à dix-huit ans, qui est l'âge de la majorité. Le législateur de 1892 entendait en effet élaborer un régime distinct pour les mineurs (Pasinomie, 1892, p. 239) et les personnes souffrant de troubles psychiques.

Art. 2/1

Nous prévoyons dans un article distinct que l'autorisation ne pourra être accordée qu'à des médecins et des psychologues.

Art. 3

Dit artikel moet aangepast worden aan de wet tot afschaffing van de doodstraf en tot wijziging van de criminale straffen. Er moet vermeld worden dat het opsluiting van vijf tot tien jaar betreft.

Bart LAEREMANS (VB)
Bert SCHOOFIS (VB)
Peter LOGGHE (VB)
Bruno STEVENHEYDENS (VB)

Art. 3

Cet article doit être adapté en fonction de la loi portant abolition de la peine de mort et modifiant les peines criminelles. Il convient de préciser qu'il s'agit d'un emprisonnement de cinq à dix ans.

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In de Franse tekst van de wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° artikel 1 wordt aangevuld met een lid, luidende:

«*Est assimilé à l'hypnose le fait d'amener, par le pouvoir de la suggestion, une personne à poser des actes qu'elle ne poserait pas ou à prononcer des paroles qu'elle ne prononcerait pas dans des circonstances normales.*».

2° artikel 2 wordt vervangen als volgt:

«*Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six à mille euros, quiconque aura hypnotisé des personnes sans avoir obtenu à cet effet une autorisation du gouvernement.*».

Si la personne hypnotisée n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans accomplis ou n'est pas saine d'esprit, le taux de la peine prévu à l'alinéa 1^{er} est doublé.».

3° er wordt een artikel 2/1 en 2/2 ingevoegd, luidende:

«*Art. 2/1. — Le Roi est seul à pouvoir délivrer l'autorisation visée à l'article 2 aux titulaires d'un diplôme légal de docteur en médecine, en chirurgie et en obstétrique ou aux titulaires du grade académique de médecin. Il peut également accorder cette autorisation aux porteurs du titre de psychologue, tel qu'il est défini par la loi du 8 novembre 1993, lorsque le demandeur peut démontrer qu'il a suivi une formation complémentaire reconnue.*».

L'autorisation sera valable pour un an; elle sera révoquée et pourra être suspendue.

Art. 2/2. — En cas de concours d'infractions punies par les dispositions légales relatives à l'exercice de l'art de guérir, les peines prévues par l'article 2 sont doublées.».

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Au texte français de la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme sont apportées les modifications suivantes:

1° l'article 1^{er} est complété par un alinéa, libellé comme suit:

«*Est assimilé à l'hypnose le fait d'amener, par le pouvoir de la suggestion, une personne à poser des actes qu'elle ne poserait pas ou à prononcer des paroles qu'elle ne prononcerait pas dans des circonstances normales.*».

2° l'article 2 est remplacé par la disposition suivante:

«*Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de vingt-six à mille euros, quiconque aura hypnotisé des personnes sans avoir obtenu à cet effet une autorisation du gouvernement.*».

Si la personne hypnotisée n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans accomplis ou n'est pas saine d'esprit, le taux de la peine prévu à l'alinéa 1^{er} est doublé.».

3° Un article 2/1 et un article 2/2 sont insérés, libellés comme suit:

«*Art. 2/1. — Le Roi est seul à pouvoir délivrer l'autorisation visée à l'article 2 aux titulaires d'un diplôme légal de docteur en médecine, en chirurgie et en obstétrique ou aux titulaires du grade académique de médecin. Il peut également accorder cette autorisation aux porteurs du titre de psychologue, tel qu'il est défini par la loi du 8 novembre 1993, lorsque le demandeur peut démontrer qu'il a suivi une formation complémentaire reconnue.*».

L'autorisation sera valable pour un an; elle sera révoquée et pourra être suspendue.

Art. 2/2. — En cas de concours d'infractions punies par les dispositions légales relatives à l'exercice de l'art de guérir, les peines prévues par l'article 2 sont doublées.».

4° in artikel 3 worden de woorden «*Sera puni de la réclusion*» vervangen door de woorden «*Sera puni de la réclusion de cinq ans à dix ans*».

Art. 3

De hiernavolgende bepalingen vormen de Nederlandse tekst van de wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme:

«Wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme.

Artikel 1. — Hij die een persoon die door hemzelf of door iemand anders werd gehypnotiseerd, in een voorstelling te kijk stelt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met een geldboete van zesentwintig euro tot duizend euro.

Met hypnose wordt gelijkgesteld het onder invloed van suggestie laten uitvoeren van handelingen of het laten uitspreken van woorden, die een persoon onder gewone omstandigheden niet zou stellen of uitspreken.

Art. 2. — Met een gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met een geldboete van zesentwintig euro tot duizend euro wordt gestraft hij die personen hypnotiseert zonder hiervoor een vergunning van de regering te hebben bekomen.

Indien de gehypnotiseerde niet de volle leeftijd van achttien jaar heeft bereikt of niet gezond van geest is, wordt de strafmaat bedoeld in het eerste lid verdubbeld.

Art. 2/1. — Een vergunning bedoeld in artikel 2 kan enkel door de Koning worden verleend aan de titularissen van een wettelijk diploma van dokter in de genees-, heel- en verloskunde of van de academische graad van arts. Deze vergunning kan ook worden verleend aan de houders van de titel van psycholoog, omschreven in de wet van 8 november 1993, indien de aanvrager ook een erkende bijscholing kan aantonen.

De vergunning is geldig voor een jaar. Zij kan worden herroepen en worden geschorst.

Art. 2/2. — In geval van samenloop met de misdrijven waarop straf is gesteld door de wettelijke bepalingen betreffende de uitoefening van de geneeskunde worden de in artikel 2 gestelde straffen verdubbeld.

Art. 3. — Met opsluiting van vijf tot tien jaar wordt gestraft hij die met bedrieglijk opzet of met het oogmerk om te schaden een gehypnotiseerde persoon een akte of een stuk doet schrijven of ondertekenen dat een

4° à l'article 3, les mots «*Sera puni de la réclusion*» seront remplacés par les mots «*Sera puni de la réclusion de cinq ans à dix ans*».

Art. 3

Les dispositions qui suivent forment le texte néerlandais de la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme:

«Wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme.

Artikel 1. — Hij die een persoon die door hemzelf of door iemand anders werd gehypnotiseerd, in een voorstelling te kijk stelt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met een geldboete van zesentwintig euro tot duizend euro.

Met hypnose wordt gelijkgesteld het onder invloed van suggestie laten uitvoeren van handelingen of het laten uitspreken van woorden, die een persoon onder gewone omstandigheden niet zou stellen of uitspreken.

Art. 2. — Met een gevangenisstraf van vijftien dagen tot een jaar en met een geldboete van zesentwintig euro tot duizend euro wordt gestraft hij die personen hypnotiseert zonder hiervoor een vergunning van de regering te hebben bekomen.

Indien de gehypnotiseerde niet de volle leeftijd van achttien jaar heeft bereikt of niet gezond van geest is, wordt de strafmaat bedoeld in het eerste lid verdubbeld.

Art. 2/1. — Een vergunning bedoeld in artikel 2 kan enkel door de Koning worden verleend aan de titularissen van een wettelijk diploma van dokter in de genees-, heel- en verloskunde of van de academische graad van arts. Deze vergunning kan ook worden verleend aan de houders van de titel van psycholoog, omschreven in de wet van 8 november 1993, indien de aanvrager ook een erkende bijscholing kan aantonen.

De vergunning is geldig voor een jaar. Zij kan worden herroepen en worden geschorst.

Art. 2/2. — In geval van samenloop met de misdrijven waarop straf is gesteld door de wettelijke bepalingen betreffende de uitoefening van de geneeskunde worden de in artikel 2 gestelde straffen verdubbeld.

Art. 3. — Met opsluiting van vijf tot tien jaar wordt gestraft hij die met bedrieglijk opzet of met het oogmerk om te schaden een gehypnotiseerde persoon een akte of een stuk doet schrijven of ondertekenen dat een

overeenkomst, beschikkingen, een verbintenis, een schuldbevrijding of een verklaring inhoudt. Dezelfde straf wordt toegepast op degene die van de akte of van het stuk gebruik maakt.

Art. 4. — De bepalingen van hoofdstuk VII en van artikel 85 van het Strafwetboek zijn van toepassing op de misdrijven in deze wet omschreven.»

Art. 4

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de vierde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

24 april 2008

Bart LAEREMANS (VB)
Bert SCHOOFS (VB)
Peter LOGGHE (VB)
Bruno STEVENHEYDENS (VB)

overeenkomst, beschikkingen, een verbintenis, een schuldbevrijding of een verklaring inhoudt. Dezelfde straf wordt toegepast op degene die van de akte of van het stuk gebruik maakt.

Art. 4. — De bepalingen van hoofdstuk VII en van artikel 85 van het Strafwetboek zijn van toepassing op de misdrijven in deze wet omschreven.»

Art. 4

La présente loi entre en vigueur le premier jour du quatrième mois qui suit celui au cours duquel elle aura été publiée au *Moniteur belge*.

24 avril 2008



**Conseil
Supérieur de la Santé**

ANNEXE 3C

PROPOSITION DE LOI

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 1995-1996

23 AUGUSTUS 1996

Wetsvoorstel op het hypnotisme
(Ingediend door de heer Verreycken)

TOELICHTING

De wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme (*Belgisch Staatsblad* van 4 juni 1892) verdient zeker een opknapbeurt, vooral in het licht van de ontwijkingstermen die hypnotiseurs hanteren, welke verneederende gedragingen opleggen aan gehypnotiseerden en zich verdedigen door een beroep te doen op vermeende «suggestie», waardoor zij aan de bepalingen van de wet ontsnappen.

Dat niet enkel de geest maar ook de letter (verbod op «ten tonele voeren») van de oude wet wordt overtreden wordt vandaag gedemonstreerd door de hypnotiseur «Rostelli». Deze diende klacht in tegen de vader van de ontvoerde An Marchal wegens «laster, eerroof en broodroof». Wie dus zegt dat een hypnotiseur hypnotiseert moet afrekenen met gerechtelijke problemen, omdat de hypnotiseur in kwestie zich kan verschuilen achter het eufemisme «suggestie».

Het leek me dan ook aangewezen de «wet op het hypnotisme» te herschrijven en aan te vullen.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

Dit artikel laat onmiddellijk de uitzondering toe van hypnose om medische redenen, door de uitsluitende omschrijving van «vermaaksdoeleinden». Het

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1995-1996

23 AOÛT 1996

Proposition de loi sur l'hypnotisme
(Déposée par M. Verreycken)

DÉVELOPPEMENTS

Il ne fait aucun doute que la loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme (*Moniteur belge* du 4 juin 1892) a besoin d'une mise à jour. L'utilisation de termes impropres par les hypnotiseurs qui infligent des comportements humiliants à ceux qu'ils ont hypnotisés et qui prétendent user simplement de méthodes de «suggestion» — ce qui leur permet de se soustraire aux dispositions de la loi — ne fait que renforcer la nécessité de cette mise à jour.

Le cas de l'hypnotiseur «Rostelli» montre que l'esprit et la lettre (interdiction de «donner en spectacle») de cette loi ancienne sont violés aujourd'hui. Cet hypnotiseur a déposé plainte contre le père de An Marchal pour «calomnie, diffamation et privation de revenus». L'on peut considérer, dès lors, qu'en disant d'un hypnotiseur qu'il hypnotise, l'on risque des problèmes judiciaires, puisque cet hypnotiseur peut se réfugier derrière l'euphémisme «suggestion».

Il me semble, dès lors, qu'il serait judicieux de récrire la «loi sur l'hypnotisme» et de la compléter.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

La seule utilisation de l'expression «fins de divertissement», autorise d'emblée une dérogation en faveur de l'hypnose pratiquée à des fins médicales.

is inderdaad niet aangewezen dat een op zich aanvaardbare medische therapie of voorbereiding daartoe wordt gedegradeerd tot vermaaksinstrument.

Artikel 3

De praktijk toont aan dat het bestaande verbod op hypnose voor vermaakdoeleinden wordt omzeild door gewiekste charlatans, die zich beroepen op zogeheten suggestie. Enkel de wet kan deze ontwijkingsterm ook onmogelijk maken.

Artikel 4

Dit artikel stelt de basisstrafmaat vast.

Artikel 5

Het is aangewezen de omschrijving van dokter te stellen in de bewoordingen van het koninklijk besluit van 25 november 1991, teneinde alle medici en tandartsen te omvatten. Tegelijk kan ook aan gediplomeerden die actief zijn in de psychotherapeutische sector een toelating worden verleend.

Artikel 6

Dit artikel verzwaart de strafmaat bij samenloop van misdrijven.

Artikel 7

De vermelde artikelen uit het Strafwetboek omschrijven ontvoering van minderjarigen, kindermisbruik en pedofilie. In dit artikel wordt voor deze verzwarende omstandigheden dan ook in een strengere bestraffing voorzien.

Artikel 8

Beteugelt het laten ondertekenen of schrijven, met bedrieglijk opzet, van documenten.

Artikel 9

Het is aan te bevelen niet enkel de hypnotiseur, maar ook derden te onderwerpen aan dezelfde wet. De meeste vermaakshypnotiseurs werken immers met assistenten; de uitvluchtmogelijkheid voor deze en andere derden moet worden uitgebund.

Or, il n'est pas bon de rabaisser une thérapie médicale, admissible en soi, ou la préparation à une telle thérapie, au niveau d'un instrument de divertissement.

Article 3

La pratique montre que des charlatans roublards se soustraient à l'interdiction de pratiquer l'hypnose à des fins de divertissement en prétendant qu'ils usent simplement de méthodes de « suggestion ». Seule une loi peut exclure la possibilité de recourir à une telle échappatoire.

Article 4

Cet article fixe la peine.

Article 5

Pour ce qui est de la définition du mot « docteur », il convient d'utiliser les termes de l'arrêté royal du 25 novembre 1991, de manière qu'elle s'applique à tous les médecins et aux dentistes. Cet article permet également d'accorder une autorisation aux diplômés du secteur psychologique thérapeutique.

Article 6

Cet article alourdit le taux de la peine en cas de concours d'infractions.

Article 7

Les articles en question du Code pénal définissent l'enlèvement de mineurs d'âge, les abus commis sur les enfants et la pédophilie. Cet article prévoit dès lors une sanction plus sévère pour les cas où le délit s'accompagne de telles circonstances aggravantes.

Article 8

Cet article sanctionne le fait de faire écrire ou signer des documents dans une intention frauduleuse.

Article 9

Il est indiqué de soumettre non seulement l'hypnotiseur, mais aussi les tiers, à la même loi. Comme la plupart des hypnotiseurs de divertissement utilisent des assistants, il y a lieu de supprimer toutes les échappatoires auxquelles pourraient recourir ces personnes et d'autres tiers.

Artikel 10

Artikel 85 van het Strafwetboek behandelt de verzachtende omstandigheden. Ingeval van kindermisbruik en pedofilie kunnen evenwel geen verzachtende omstandigheden worden ingeroepen.

Wim VERREYCKEN.

*
* *

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

Al wie een door hemzelf of door iemand anders gehypnotiseerd persoon voor vermaaksdoeleinden ten tonele voert, wordt gestraft met gevangenisstraf van 30 dagen tot een jaar en met geldboete van duizend frank.

Art. 3

Met hypnose wordt gelijkgesteld het onder invloed van suggestie laten uitvoeren van handelingen of het laten uitspreken van woorden, die een persoon onder gewone omstandigheden niet zou stellen of uitspreken.

Art. 4

Al wie een minderjarige of een geesteszieke hypnotiseert, wordt gestraft met gevangenisstraf van 30 dagen tot twee jaar en met geldboete van tweeduizend frank.

Art. 5

Toelating tot hypnose kan enkel door de minister van Justitie verleend worden, aan de titularissen van een wettelijk diploma van dokter in de genees-, heelen verloskunde of van de academische graad van arts. Toelating kan ook worden verleend aan de houders van de titel van psycholoog, omschreven in de wet van 8 november 1993, indien de aanvrager ook een erkende bijscholing in hypnose kan aantonen.

De toelating wordt verleend voor een jaar en kan steeds worden ingetrokken of opgeschort.

Article 10

L'article 85 du Code pénal traite des circonstances atténuantes. L'on ne peut cependant pas invoquer de circonstances atténuantes dans les cas d'abus commis sur les enfants ni lorsque des actes de pédophilie ont été commis.

*
* *

PROPOSITION DE LOI

Article premier

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Quiconque aura donné en spectacle, à des fins de divertissement, une personne hypnotisée par lui-même ou par autrui, sera puni d'un emprisonnement de trente jours à un an et d'une amende de mille francs.

Art. 3

Est assimilé à l'hypnose le fait d'amener, par le pouvoir de la suggestion, une personne à poser des actes qu'elle ne poserait pas ou à prononcer des paroles qu'elle ne prononcerait pas dans des circonstances normales.

Art. 4

Sera puni d'un emprisonnement de trente jours à deux ans et d'une amende de deux mille francs quiconque aura hypnotisé un mineur d'âge ou un malade mental.

Art. 5

Le ministre de la Justice est seul à pouvoir délivrer l'autorisation d'exercer l'hypnose aux titulaires d'un diplôme légal de docteur en médecine, en chirurgie et en obstétrique ou aux titulaires du grade académique de médecin. Il peut également accorder une autorisation aux porteurs du titre de psychologue, tel qu'il est défini par la loi du 8 novembre 1993, lorsque le demandeur peut démontrer qu'il a suivi une formation complémentaire reconnue en hypnose.

L'autorisation est valable pour une année et elle peut être retirée ou suspendue à tout moment.

Art. 6

Ingeval van samenloop van de misdrijven die door de wettelijke bepalingen betreffende de geneeskunst strafbaar zijn gesteld, worden de in artikel 4 gestelde straffen verdubbeld.

Art. 7

Indien bij middel van hypnose of suggestie feiten worden gepleegd als bedoeld in de artikelen 368 tot 371 en 372 tot 386^{ter} van het Strafwetboek op de persoon van minderjarigen of met hun deelneming, worden de in artikel 4 gestelde straffen verviervoudigd. In dit geval kunnen eventuele samenlopende straffen mekaar niet opsorpen en komt de dader niet in aanmerking voor enige vorm van vervroegde in-vrijheidstelling.

Art. 8

Al wie, met schadelijk gevolg voor de ondertekenaar of voor anderen, enige akte, overeenkomst, verbintenis, schuldbevrijding, door een gehyponotiseerde laat schrijven of ondertekenen, wordt gestraft als bepaald in artikel 4.

Al wie gebruik maakt van een dergelijk stuk wordt eveneens onderworpen aan dezelfde strafmaat.

Art. 9

Niet enkel de hoofddader, maar ook derden, al dan niet onder invloed van hypnose of suggestie, die de hiervoor beschreven feiten plegen, worden gestraft zoals bepaald in artikel 4.

Art. 10

De bepalingen van hoofdstuk VII van boek I en artikel 85 van het Strafwetboek zijn toepasselijk op de door deze wet bepaalde misdrijven. Nochtans is bij de verzwarende omstandigheid als omschreven in artikel 7 van deze wet het artikel 85 van het Strafwetboek niet van toepassing.

Art. 11

De wet van 30 mei 1892 op het hypnotisme wordt opgeheven.

Art. 12

Deze wet treedt in werking op de dag van de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

Wim VERREYCKEN.

Art. 6

En cas de concours d'infractions punies par les dispositions légales relatives à l'art de guérir, les peines prévues par l'article 4 sont doublées.

Art. 7

Les peines prévues par l'article 4 sont quadruplées lorsque des faits visés aux articles 368 à 371 et 372 à 386^{ter} du Code pénal ont été commis au moyen de l'hypnose ou de la suggestion, sur la personne de mineurs ou avec leur participation. Dans ce cas, les peines multiples éventuelles ne peuvent s'absorber et l'auteur du délit ne peut bénéficier d'aucune forme de mise en liberté anticipée.

Art. 8

Quiconque aura, avec des conséquences néfastes pour le signataire ou pour des tiers, fait écrire ou signer par une personne hypnotisée un acte, une convention, un engagement ou une décharge, sera puni des peines visées à l'article 4.

La même peine sera infligée à celui qui aura fait usage d'une pièce qui a été écrite ou signée par une personne hypnotisée.

Art. 9

Les peines prévues à l'article 4 sont infligées non seulement à l'auteur principal des faits susvisés, mais aussi aux tiers qui les ont commis sous l'influence ou non de l'hypnose ou de la suggestion.

Art. 10

Les dispositions du chapitre VII du livre I^{er} et de l'article 85 du Code pénal sont applicables aux infractions prévues par la présente loi. Les dispositions de l'article 85 du Code pénal ne sont toutefois pas applicables lorsqu'existent les circonstances aggravantes définies à l'article 7 de la présente loi.

Art. 11

La loi du 30 mai 1892 sur l'hypnotisme est abrogée.

Art. 12

La présente loi entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'Environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de Déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT