

# L'hypnose médicale : une rencontre pour prendre soin

## *Medical hypnosis: a meeting to take care*

### Vianney Descroix

Professeur des Universités, UFR  
d'Odontologie, Université de Paris  
Praticien Hospitalier - Consultation  
de la douleur chronique  
et d'hypnose médicale,  
Service d'Odontologie, Hôpital  
Pitié Salpêtrière APHP Sorbonne  
Université.

### RÉSUMÉ

*L'hypnose recèle de nombreuses et riches représentations toutes dépendantes à la fois d'un contexte et d'une intention. L'hypnose médicale est un contexte en soi dont les intentions sont toujours bienveillantes et centrées sur la personne. Elle a alors vocation à permettre à la personne de se soigner dans une grande sécurité. L'hypnose n'est pas que subjectivité, elle se construit et se développe dans l'intersubjectivité, celle d'une rencontre qui soigne grâce à la construction d'une relation, d'un contexte et d'une communication.*

### ABSTRACT

*There are many rich representations in hypnosis, all dependent on both context and intention. Medical hypnosis is a context in itself whose intentions are always benevolent and person-centered. It is then intended to allow the person to heal in great security. Hypnosis is not only subjectivity, it is constructed and developed in intersubjectivity, that of an encounter that heals through the construction of a relationship, a context and a communication.*

---

Adresse pour correspondance :  
vianney.descroix@aphp.fr

---

Article reçu : 03-02-2020  
Accepté pour publication :  
17-02-2020

### MOTS CLÉS

*Hypnose, relation, contexte, communication, rencontre.*

### KEYWORDS

*Hypnosis, relationship, context, communication, encounter.*

La réflexion sur l'hypnose nécessite d'abord de prendre le temps d'un pas de côté et ainsi mettre au clair ce qui se cache derrière un tel mot. En effet, celui-ci est trompeur et égare le profane qui pourrait s'accorder à penser qu'il s'agit de sommeil (« Ψπνος », sommeil) alors qu'il s'agit bien d'une veille, certes paradoxale mais une veille. François Roustang résume parfaitement ce paradoxe par une analogie pertinente, l'hypnose est à la veille ce que le rêve est au sommeil<sup>[22]</sup>.

Au-delà du mot, les médias entretiennent volontiers cette confusion, réduisant l'hypnose à un spectacle ou une machination de saltimbanque. C'est ainsi que l'hypnose devient l'enjeu de nombreuses représentations tantôt drôles et distrayantes, parfois effrayantes et déroutantes<sup>[17]</sup>. Il est alors essentiel que le professionnel de santé, pratiquant ou non, puisse s'accorder sur ce qu'est l'hypnose en médecine et sur ce qu'elle n'est pas<sup>[2]</sup>. Pour notre part, nous envisageons l'hypnose à l'aune de deux caractéristiques fondamentales que sont le contexte et l'intention. Ces caractéristiques sont à ce point essentielles qu'elles suffisent à elles seules à définir l'hypnose. Ainsi, nous connaissons autant d'hypnoses qu'il y a de contextes et dans chaque contexte autant d'intentions. Le contexte du music-hall, du spectacle, celui du bloc opératoire, du cabinet du thérapeute ou du cabinet dentaire sont autant de manières différentes d'envisager l'hypnose. De la même façon, l'intention de la détente et du rire peut être celle du médecin, et la manipulation ou la bienveillance sont autant d'intentions qui peuvent changer le spectacle. Dans l'écrit présent nous n'envisagerons que le contexte médical et plus spécifiquement celui de la médecine bucco-dentaire. Dans ce contexte singulier nous discuterons d'une hypnose dont l'intention est réso-

lument bienveillante et toujours centrée sur la personne, son confort et sa sécurité physique et psychique. Au cœur de cette intention, prend naissance une philosophie humaniste exigeante qui autorise le développement optimal de l'humain et son autonomie notamment dans les soins.

Nous observons que l'hypnose médicale trouve une juste place au cœur des pratiques de soin, tant au sein des professions médicales que paramédicales. Au-delà des discussions sémantiques (et politiques) cherchant à savoir si l'hypnose est un acte médical, une pratique non conventionnelle, une médecine alternative (et j'en passe...), les données actuelles de la science sont de plus en plus précises et performantes en termes de preuves scientifiques. Elles mettent en évidence une efficacité de l'hypnose dans deux domaines celui de la douleur aiguë, (sédation et analgésie en per et post opératoire) ; et de la douleur chronique (colopathie fonctionnelle, céphalées...)<sup>[25]</sup>.

Dans ces deux indications, il n'y a plus de doute sur « l'efficacité » de l'hypnose<sup>[10]</sup>. Il est fort à parier que les années à venir, verront pour beaucoup se concrétiser les preuves d'efficacité dans d'autres indications.

Nous nous proposons ici d'entrevoir l'hypnose au travers de deux angles complémentaires et interdépendants. Cela permet de rendre compte, en première intention, de l'utilité et de l'efficacité de l'hypnose. La question n'est pas de chercher à savoir pourquoi l'hypnose est efficace (nous laissons à d'autres l'explication de théories causalistes) mais bien comment elle permet l'accès à des soins qui autorisent et favorisent l'autonomie de la personne. Dans un premier temps nous discuterons de l'hypnose comme cette expérience

singulière durant laquelle la conscience de soi est altérée dans une finalité thérapeutique. Puis nous envisagerons ce qui nous semble être la vraie raison d'être de l'hypnose non plus comme subjectivité mais comme intersubjectivité, c'est-à-dire une rencontre qui soigne.

## L'HYPNOSE COMME UNE FORME DE CONSCIENCE DE SOI

La façon la plus répandue de comprendre et d'imaginer l'hypnose est celle d'une expérience qui se joue à la première personne. L'hypnose est alors un mode de conscience de soi particulier qu'expérimente la personne hypnotisée. Dans cette première acceptation du phénomène, le mot « hypnose » représente le terme occidental pour parler de la transe. C'est-à-dire une modification de la conscience de soi, incluant une focalisation de l'attention et une diminution de l'attention périphérique. La personne en état de transe est à ce point absorbée que son environnement devient accessoire. Nous pourrions dire qu'il se situe alors en second plan<sup>[7]</sup>. Cette altération de la conscience (de soi et du contexte) et la dissociation associée, permettent une capacité accrue à répondre à la suggestion. Ainsi, l'hypnose est une expérience qui associe en première intention la transe et les suggestions. Et alors que la transe ne peut être exclusivement vécue qu'à la première personne, la suggestion peut être personnelle ou partagée. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une expérience éminemment subjective.

Pour objectiver le subjectif, il nous faut répondre à la question de savoir ce que vit la personne qui vit cette expérience. Autrement dit, il convient d'apprécier

l'hypnose à l'épreuve de la phénoménologie, ici et maintenant, moment après moment dans sa forme la plus subjective, celle du « je »<sup>[20]</sup>.

La phénoménologie de l'hypnose démontre qu'elle se compose de différents ressentis plus ou moins spécifiques. Les auteurs s'accordent à dire que l'hypnose conduit à une modification de l'orientation temporo-spatiale (hallucination de la durée du temps, sensation de lévitation...), un sentiment de détente mentale, une absorption profonde associée à une diminution du jugement et de la censure<sup>[8]</sup>. Le plus spécifique de l'expérience de l'hypnose est sans doute le sentiment « d'involontarité ». Cela signifie que le sujet expérimente une sensation tout à fait singulière de perte de l'agentivité lui laissant suggérer que la réponse aux suggestions est quasi-automatique et ne dépend plus de sa volonté propre<sup>[13]</sup>.

Les explorations permettant une meilleure compréhension de la neuro-phénoménologie de l'hypnose sont de plus en plus nombreuses et précises. L'induction de l'hypnose s'associe à une réduction de l'activité des parties antérieures du réseau « mode par défaut »<sup>1</sup> et une augmentation des activités du système attentionnel préfrontal<sup>[4,18]</sup>.

En relation directe avec ces modifications, les sujets hypnotisés rapportent ressentir une plus grande détente associée à une sensation d'absorption et d'être moins distrait par l'environnement en étant moins susceptibles de s'engager dans des pensées analytiques<sup>[5]</sup>.

1. Dans le cerveau, le réseau du « mode par défaut » est celui qui s'active quand on laisse libre cours à ses pensées.

Il existe par ailleurs un fonctionnement cérébral qui semble être spécifique du contexte pour lequel le sujet est hypnotisé. Un des mieux étudié et sans doute le mieux connu est celui de l'analgésie, celle d'un corps qui hallucine l'expérience anesthésique<sup>[2]</sup>. Bien que les mécanismes analgésiques de l'hypnose restent à établir, plusieurs explications ont été envisagées.

Des études d'imagerie cérébrale montrent de manière fiable que la suggestion hypno-analgésique modifie l'activité du cortex cingulaire antérieur, les régions insulaires et préfrontales<sup>[5]</sup>. Ces régions cérébrales semblent impliquées dans une forme de détente mentale, d'absorption de l'attention ainsi que d'un détachement des stimuli externes et internes. Ces zones cérébrales, qui constituent une partie essentielle de la matrice cérébrale de la douleur y jouent également un rôle important dans la modulation de la douleur<sup>[19,12]</sup>.

Il existe une variabilité de l'activité du cortex cingulaire antérieur et des régions frontales entre les personnes hautement suggestibles et les autres. Ces modulations sont tout à la fois dans leurs propriétés structurelles et leur activation en réponse à l'induction hypnotique<sup>[11]</sup>. Cela pourrait expliquer l'efficacité différentielle de l'hypnose en fonction des individus.

Les théories psychologiques proposant un modèle explicatif de la transe, suggèrent que l'induction hypnotique produit une modification attentionnelle qui permet au sujet de mettre à distance l'information perceptuelle externe et ainsi diminue la surveillance des signaux sensoriels et donc l'intensité de la douleur<sup>[12]</sup>.

Comme nous venons de l'illustrer dans l'exemple de l'antalgie, la plupart du temps l'hypnose médicale s'observe à travers un prisme subjectif. Elle est ce qui se passe dans (ou chez) le sujet. L'hypnose est une méthode, qui se décline dans différents champs. Dans ce que nous appelons l'*hypnothérapie*, elle est utilisée pour traiter des troubles psychologiques, comme l'addiction au tabac, un trouble anxieux. Dans ce que nous appelons l'*hypnosédation*, elle permet de bénéficier d'une intervention chirurgicale sous anesthésie locale en s'affranchissant d'une anesthésie générale. Enfin, la technique se révèle pertinente pour soulager et modifier la perception d'un symptôme incompatible avec les soins, ce que nous appelons l'*hypno-analgésie*. Nous proposons à une personne de faire l'expérience de l'hypnose et ainsi de vivre le soin autrement, dans une suggestion de confort et de sécurité.

La suggestion est un élément clé de l'hypnose<sup>[11]</sup>. Nullement directive, elle n'est pas une simple instruction, encore moins un ordre. La suggestion est véritablement une idée acceptée par le cerveau qui la réalise. Cela conduit littéralement à une modification de l'activation et du fonctionnement de différentes aires cérébrales<sup>[6]</sup>. La transe en elle-même n'est pas curative, elle doit être nécessairement associée aux suggestions.

L'hypnose est alors perçue non plus comme une expérience à la première personne mais est le résultat d'une interaction, une médecine de l'influence qui se conçoit d'abord à travers l'intersubjectivité. Il s'agit d'une rencontre qui nécessite un « tu ».

## L'HYPNOSE COMME UNE RENCONTRE

Si la subjectivité de l'expérience de l'hypnose est ce qui est le plus souvent mis en avant, il est impossible de penser l'hypnose autrement que comme une rencontre entre deux personnes, ou plus s'il s'agit d'un cabinet médical<sup>[16]</sup>. L'hypnose est alors ce qui se crée dans la rencontre et en même temps ce qui est le fruit de la rencontre<sup>[15]</sup>. L'hypnose n'est plus ce qui se passe chez le sujet hypnotisé mais bien dans l'entre-deux<sup>[1]</sup>.

Parce que l'hypnose est une science de l'influence, qu'elle est la suggestion et le produit de la suggestion, elle remet au cœur de la réflexion la position respective de l'Ego et de l'Alter. « *L'Ego et l'Alter ne peuvent exister indépendamment comme deux éléments distincts, mais ils sont indissociablement articulés et coexistent : ils se transforment mutuellement dans et à travers la communication* »<sup>[14]</sup>.

Autrement dit, il se passe quelque chose de beaucoup plus grand qu'un simple échange d'information entre un émetteur (le praticien) et un récepteur (le patient), l'un actif et l'autre passif, chacun dans un rôle écrit d'avance. Nous proposons qu'au travers la pratique de l'hypnose, récepteur et émetteur s'influencent dans une complexité systémique, autrement dit dans une interaction, par nature réciproque. L'hypnose est ainsi comprise comme un phénomène interactif émergent au sein d'une matrice relationnelle<sup>[1]</sup>.

Élément essentiel de l'hypnose, cette matrice se compose de trois éléments constitutifs et contributifs : la relation, le contexte et la communication. Chacun de ces trois piliers est alors dans une inter-

dépendance commune et possède des frontières qui ne sont jamais clairement établies.

Ainsi, la relation est une forme de contexte, le contexte construit une relation et la communication s'inscrit en permanence dans ce qu'est la relation et le contexte.

## LA RELATION

Comme nous le rappelle Martin Buber, philosophe de la réciprocité, « *au commencement était la relation* »<sup>[3]</sup>. Et s'il y a bien un contexte dans lequel la relation est au cœur de la réflexion c'est celui du soin. Il s'agit d'une question long-temps et toujours débattue cherchant à toujours mieux caractériser ce que devrait être la relation « idéale » entre soignant et soigné. Serait-elle complémentaire ou symétrique ? Est-il question d'un praticien, paternaliste adoptant une position haute ou au contraire une position basse ? L'hypnose interroge à son tour l'importance de la relation, d'une relation qui se veut foncièrement thérapeutique. En d'autres termes, questionner la relation c'est redire l'impossibilité de ne pas communiquer, de ne pas influencer dans le soin. Il devient alors essentiel non seulement d'avoir une pleine conscience des influences mutuelles et réciproques entre les différents protagonistes mais également de savoir comment potentialiser cette relation pour qu'elle prenne tout son sens et toute son efficacité. Parce que l'hypnose est une médecine de l'influence, la relation est au cœur même du processus. La relation peut alors se comprendre comme une présence à l'autre. Le plus petit dénominateur commun de ce qui constitue la relation est la pleine présence dans l'ici et le maintenant.

La question de la relation ne peut être traitée sans citer le psychologue Carl Rogers et son modèle de la relation d'aide<sup>[21]</sup>. Il est celui qui a permis la caractérisation des différents éléments de la relation. Pour lui, les fondamentaux de la relation sont : une compréhension empathique, l'authenticité et la congruence, ainsi qu'une affectivité positive avec une acceptation inconditionnelle de l'autre. C'est à ce seul prix que la relation peut devenir thérapeutique, c'est-à-dire favoriser une forme de développement optimal. L'hypnose post-moderne trouve ainsi ses racines dans le courant de la psychologie humaniste et notamment les théories de Carl Rogers, qui rejoint la pensée de Milton Erickson, tout particulièrement dans la conceptualisation de ce que doit être une relation thérapeutique. Celle-ci n'est pas le domaine exclusif d'un psychothérapeute mais concerne bien l'ensemble des acteurs du soin, y compris le chirurgien-dentiste et son assistante. La relation dans le cadre hypnotique doit conduire les protagonistes en interaction vers davantage de flexibilité, plus de mouvement (afin de ne pas rester figé dans un symptôme), d'autonomie et de créativité. Le praticien qui a l'intention de faire de l'hypnose devient ainsi lui-même la suggestion.

Il peut alors construire véritablement une relation empathique authentique et positive, autrement dit être totalement présent à soi et à l'autre. Cette présence n'est jamais instinctive ou intuitive, elle se travaille, se façonne au travers d'une forme de conscience de soi réflexive en action. Une manière simple d'y accéder est de s'interroger régulièrement avec cette question sommaire : « *Suis-je présent ?* »

Autrement dit, suis-je physiquement, émotionnellement, cognitivement, spiri-

tuellement présent ? C'est à ce seul prix que la relation peut s'établir et pleinement s'épanouir.

## LE CONTEXTE ET LA CONSTRUCTION DE LA RÉALITÉ

La notion de contexte et son influence est largement discutée dans de nombreux champs de la médecine et tout particulièrement dans l'exploration de l'effet placebo. Nous retiendrons la définition suivante du contexte<sup>[27]</sup> : « *la combinaison de tous les éléments entourant un événement donné qui peuvent avoir une signification psychologique, y compris la dynamique interpersonnelle, les caractéristiques de la situation en raison d'un lieu ou d'un emplacement, les souvenirs, les objectifs pour l'avenir et les états internes de la personne.* »

Que le traitement consiste en un médicament actif, un placebo ou une rencontre, le cadre clinique qui entoure le traitement comprend plusieurs types d'informations contextuelles perçues et interprétées par le patient.

D'une part, le contexte externe comprend le traitement, le lieu et les indices sociaux, ainsi que les suggestions.

D'autre part, le contexte interne se compose de souvenirs, d'émotions, d'attentes et d'évaluations de la signification du contexte pour la survie et le bien-être futurs. Toutes ces informations se combinent pour constituer le contexte du soin et sont les « ingrédients actifs » des effets recherchés. Le contexte singulier du cabinet dentaire (ce que le patient voit, ce

qu'il entend, ce qu'il sent et ressent, ses souvenirs, ses émotions...) peut engendrer une certaine hostilité et devenir un frein pour se laisser aller dans un sentiment de sécurité. Il est donc opportun de proposer l'hypnose, qui va lui permettre de s'évader dans un ailleurs agréable et confortable. De manière intéressante, la personne va s'autoriser à s'échapper de ce contexte grâce à la relation, à l'interaction entre le JE (patient) et le TU (équipe soignante) qui alors crée un autre contexte, facilitant l'accès aux soins.

Ainsi, nous pourrions dire que le contexte est à la fois la raison de l'hypnose et en même temps ce qui va permettre l'hypnose, en autorisant un contexte favorable à l'expérience. La réalité du soin, celle du cabinet, celle du patient et celle de l'équipe soignante s'accordent pour permettre l'hypnose et réciproquement. La réflexion est alors de savoir dans quelle mesure la réalité est donnée et subie ou si elle peut se construire et se modifier à façon. Dans quelle mesure la relation est-elle un élément qui se travaille et se construit pour en faire un des éléments du soin les plus efficaces ? La réalité est un construit, elle n'existe pas en soi, elle est sensible et non intelligible. Paul Watzlawick, un des pères fondateurs du constructivisme, précise que la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique "objective", mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre propre expérience<sup>[28]</sup>.

La réalité se construit alors selon trois axes<sup>[1]</sup> : une construction sociale (il existe bel et bien une représentation sociale de ce que sont les soins en médecine bucco-dentaire)<sup>[2]</sup>, une construction à travers le langage et notamment le choix des mots. Combien de personnes

disent « *mon dentiste m'a arraché une dent* » (sic) construisant là une réalité subjective très différente de cette autre phrase « *mon chirurgien dentaire m'a extrait une dent* », qui exprime pourtant un même fait !<sup>[3]</sup> Elle est organisée et maintenue à travers les histoires (notamment transgénérationnelles, le fameux « *moi à mon époque les dentistes n'avaient pas d'anesthésie* »). L'environnement, tel que nous le percevons, est notre invention. Nous créons notre réalité<sup>[9]</sup>. Ceci est un point très positif car cela veut dire que nous pouvons le déconstruire à loisir pour en reconstruire un plus acceptable dans les soins et en fonction du contexte.

Au lieu de faire émerger une vérité, il semble bien plus efficace d'élargir le champ des possibles. Ce champ de conscience élargi étant très probablement ce qui surgit dans la transe hypnotique. C'est ainsi que l'hypnose par l'imagination qu'elle mobilise, oblige à une créativité partagée et mutualisée entre les différents partenaires.

Nous proposons que cette co-construction mutuelle d'un réel compatible avec l'autonomie de la personne compte davantage que la recherche de la vérité ou de la réalité. Nous découvrons ici comme la communication (verbale et non verbale, digitale comme analogique) prend une place éminemment essentielle dans la construction d'une relation et d'un contexte.

## LA COMMUNICATION

La communication dans le soin est une question en soi, elle recouvre tellement de concepts qu'il n'est possible ici que de les effleurer. Cependant, il est essentiel

de mettre en exergue l'importance de la communication dans l'utilisation de l'hypnose car elle est la substance même de la relation hypnotique<sup>[23]</sup>.

Cette théorie de la communication trouve son origine dans les apports de l'École de Palo Alto et a été largement développée dans un ouvrage de référence de Watzlawick, Beavin et Jackson en 1967<sup>[29]</sup>. Cette forme de communication très singulière avec laquelle l'hypnose se crée peut se conceptualiser à partir de trois points<sup>[1]</sup>. Il s'agit d'abord d'une communication dite *pragmatique*, c'est-à-dire que sa finalité est de modifier un comportement<sup>[2]</sup>.

Cette communication est *interactionnelle*, car comme nous l'avons dit, au-delà du simple modèle d'un récepteur et d'un émetteur il existe une interrelation entre l'émetteur et le récepteur de telle sorte qu'ils s'influencent réciproquement jusqu'à ne plus savoir qui émet et qui reçoit, et que l'essentiel est dans l'interaction et de ce qu'elle dit de la relation<sup>[3]</sup>.

Enfin, cette communication est systémique (deuxième cybernétique) elle intervient dans un système (le patient, le praticien, l'assistante, la secrétaire, le parent...). Un système peut être considéré comme un ensemble composé d'une limite qui le sépare de son environnement, d'éléments reliés entre eux par un réseau de communication<sup>[24]</sup>.

Et parce que ce système est dit ouvert alors cette communication obéit à certains principes : totalité, rétroaction, équifinalité.

## CONCLUSION : QUAND FAIRE DE L'HYPNOSE ?

Comme souvent en médecine se pose la question de l'indication de l'hypnose. A quel moment ? Pour quelle indication ? L'hypnose peut-elle convenir à tout le monde ? L'hypnose fonctionne-t-elle chez tout le monde ? Pour dire vrai, la question de l'indication de l'hypnose est une non question. Celui qui connaît l'hypnose pour lui-même ou pour la proposer à ses patients ne peut plus « ne pas faire de l'hypnose ». À l'instar de l'enseignement de l'École de Palo Alto, qui déclare dans son premier axiome de la communication que « l'on ne peut pas ne pas communiquer », il n'est pas possible de ne pas faire d'hypnose. Si l'hypnose est cette disposition et cette disponibilité à l'autre, cette rencontre orientée vers la solution, alors l'hypnose se déroule à chaque instant, dans chaque phase du soin et pour tout le monde. Le thérapeute en fait toujours, dans chacune de ses rencontres en commençant par lui-même.

Ainsi la rencontre qu'est l'hypnose est celle qui permet à l'autre de construire une multitude de choix possibles, le praticien devenant avec le patient un véritable architecte de choix.

---

### CONFLIT D'INTÉRÊT :

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Baker EL, Spiegel EB. Dancing in the In-Between: Hypnosis, Transitional Space, and Therapeutic Action. *Am J Clin Hypn*. 2020;62 (1-2) : 31-59.
2. Bobo ML, Descroix V. Ce que n'est pas l'hypnose. *L'information Dentaire*. 2018, 11 : 18-20.
3. Buber M. Je et tu, Aubier, « Philosophie », Paris, 2012 (1923)
4. Deeley Q, Oakley DA, Toone B, Giampietro V, Brammer MJ, Williams SC, Halligan PW. Modulating the default mode network using hypnosis. *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*. 2012, 60 : 206–228.
5. Del Casale A, Ferracuti S, Rapinesi C, De Rossi P, Angeletti G, Sani G, Kotzalidis GD, Girardi P. Hypnosis and pain perception: an Activation Likelihood Estimation (ALE) meta-analysis of functional neuroimaging studies. *J. Physiol. Paris* 2015, 109 (4-6) : 165–172.
6. Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage*. 2004;23(1):392-401.
7. Descroix V, Bobo ML. L'hypnose : réalités scientifiques. *Information Dentaire*, 2018 ; n°17/18 : 16-18
8. Descroix V, Caudron E. Cent ans de progrès pour décrypter l'hypnose. *Information Dentaire*, 2019, 21 : 20-25.
9. Gergen KJ. Constructionisme social et nouvelles parentalités. *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24) : 119 – 128
10. Gueguen J et al. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *Inserm*, juin 2015.
11. Jensen MP, Jamieson GA, Lutz A, Mazzoni G, McGeown WJ, Santarcangelo EL, Demertzi A, De Pascalis V, Bányai ÉI, Rominger C, Vuilleumier P, Faymonville ME, Terhune DB. New directions in hypnosis research: strategies for advancing the cognitive and clinical neuroscience of hypnosis. *Neurosci Conscious*. 2017;3(1). pii: nix004.
12. Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *Am Psychol*. 2014 Feb-Mar;69(2):167-77.
13. Lush P, Dienes Z. Time perception and the experience of agency in meditation and hypnosis. *Psych J*. 2019 Mar;8(1):36-50.
14. Marková I. L'influence et la dialogicité. *Bulletin de psychologie* 2011/5 ; 515 : 391 – 398
15. Melchior T. Communication hypnotique, symptômes et émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002/2 (no 29) : 123 – 138
16. Melchior T. La signification anthropologique de l'hypnose. *Perspectives Psy* 2005/5, 44 : 359-364
17. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose. *Perspectives Psy* 2005, 5(44) :341 – 345
18. Oakley DA, Halligan PW. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14(8):565-76.
19. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*. 1997 15;277(5328):968-71.
20. Rainville P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Théologiques*, 2004, 12(1-2) : 15-38
21. Rogers C. Le développement de la personne. InterÉditions, Paris, 2005
22. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Minuit, 1994.
23. Salem G. Bonvin E. Soigner par l'hypnose (6ème édition). Elsevier Masson, Paris, 2017.
24. Salem G. L'approche thérapeutique de la famille (5ème édition). Masson, Paris, 2009
25. Thompson T, Terhune DB, Oram C, Sharangparni J, Rouf R, Solmi M, Veronese N, Stubbs B. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *NeurosciBiobehav Rev*. 2019;99:298-310.
26. Trujillo-Rodríguez D, Faymonville ME, Vanhaudenhuyse A, Demertzi A. Hypnosis for cingulate-mediated analgesia and disease treatment. *Handb Clin Neurol*. 2019;166:327-339
27. Wager TD, Atlas LY. The neuroscience of placebo effects: connecting context, learning and health. *Nat Rev Neurosci*. 2015 Jul;16(7):403-18.
28. Watzlawick P. L'Invention de la réalité. Contributions au constructivisme. Seuil, Paris, 1981.
29. Watzlawick P., Beavin JH, Jackson DD. Une logique de la communication, Seuil : Paris, 1972.