



UNIVERSITÉ D'ARTOIS

UNITÉ de FORMATION et de RECHERCHE (UFR) en SCIENCES et
TECHNIQUES des ACTIVITÉS PHYSIQUES et SPORTIVES (STAPS) de
LIÉVIN

MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du :
Master 2e année « Activités Physiques Performance Santé »
Spécialité : Prévention, Rééducation, Santé

Intérêt du Training Autogène de Schultz (auto-hypnose) dans la prévention du Stress : Un essai clinique prospectif contrôlé

*Interest of the Schultz' Autogenic Training (self-hypnosis) in stress' prevention : a controlled
prospective clinical trial*

Présenté par
Kévin GOSSELIN

Soutenu le 7 septembre 2017

Devant le jury composé de :

A. CARTON
M. A. DUPUY
V. FAYT
L. JOSPIN

Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Professeur Agrégé Affecté à l'Université

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

RÉSUMÉ

I. INTRODOCTION	1
I.1. CONTEXTE	1
<i>I.1.1. Les médecines non conventionnelles (MNC)</i>	1
<i>I.1.2. L'hypnose</i>	8
<i>I.1.3. Le Training Autogène de Schultz (TAS)</i>	14
<i>I.1.4. Le stress</i>	18
<i>I.1.5. La prévention</i>	25
I.2. PROBLÉMATIQUE	29
I.3. HYPOTHÈSE	29
II. MÉTHODE	30
II.1. POPULATION.....	30
II.2. MATÉRIEL	32
II.3. PROTOCOLE	34
II.4. ANALYSE ET STATISTIQUE	35
III. RESULTATS	36
III.1. COMPARAISON ENTRE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET GROUPE TÉMOIN.....	36
III.2. ÉVOLUTION DE CHAQUE GROUPE.....	36
<i>III.2.1 Première sous-période</i>	37
<i>III.2.2 Seconde sous-période</i>	37
<i>III.2.3 Période complète</i>	37
IV. DISCUSSION	39
IV.1. CONFRONTATION DES RÉSULTATS À L'HYPOTHÈSE DE DÉPART....	39
IV.2. INTERPRÉTATION DES RESULTATS.....	40
<i>IV.2.1. Validation du plan de recherche</i>	40
<i>IV.2.2. Conformité des résultats</i>	44
<i>IV.2.3. Apports de la recherche</i>	44
IV.3. LIMITES DE LA RECHERCHE	45
IV.4. APPORT PERSONNELS	46
IV.5. PERSPECTIVE D'AVENIR	49
V. CONCLUSION	50

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

REMERCIEMENTS

Ce travail s'inscrivant dans une année riche intense, il m'est important de remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la réussite de ce mémoire :

- tout d'abord M. Jospin, Professeur Agréé du Second Degré, Professeur Certifié et Responsable du DU Gestion du Stress et des Émotions à l'UFR STAPS Liévin, pour m'avoir apporté son expertise concernant le Training Autogène de Schultz et guidé dans la mise en place du protocole ;
- Mme Carton, Professeur Agréé du Second Degré et professeur certifié pour son expertise sur le stress, son aide pour la rigueur du protocole et sa disponibilité à toute épreuve ;
- Mme Toulotte, Responsable Master et Maître de Conférence, pour sa réactivité à toute épreuve ;
- M. Gedda et Mme Rebouillet, Directeur de l'IFMK de Berck sur mer et Responsable Pédagogique des deuxièmes années, pour leur permission de réalisation de ce travail dans leurs locaux en partenariat avec les étudiants ;
- les étudiants de deuxième année de l'IFMK de Berck sur Mer, pour leur disponibilité et leur intérêt concernant ce travail ;
- le Bureau National 2016-2017 de la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie sans qui ce mémoire n'aurait certainement pas vu le jour, ainsi que l'esprit critique qu'ils m'ont apporté ;
- Yannick Gosselin, mère de famille et professeur de Français bénévole, pour sa relecture aguerrie
- Juliette Le Saëc Quentin, Présidente de la FNEK 2016-2017 et Paul Vermot-Fèvre, Responsable Tutorat des PACES de l'université de Dijon, pour leur soutien, leur relecture et la remise en question des différentes sections de ce mémoire ;
- Marion Baillet, compagne à toute épreuve, pour m'avoir soutenu durant ces innombrables heures de travail.

I. INTRODUCTION

Suite à ma formation initiale de masso-kinésithérapie j'ai pu exercer quelques mois en remplacement libéral. Cette courte expérience m'a permis de faire face à des problématiques qui nous avaient été amenées en fin de formation :

- un panel de techniques limité ;
- une formation peu accès sur la recherche scientifique et un décalage allant s'opérer avec les « nouveaux kinésithérapeutes » sortant trois ans plus tard, à la suite de la réforme de la formation initiale (4 ans spécifiques comprenant un apport scientifique important).

Il n'en fallait pas plus pour me décider à intégrer cette formation de Master et remettre en question mes connaissances.

Ce court exercice libéral ajouté à mes différentes expériences de stages m'ont aussi amené à remarquer que beaucoup de thérapeutes utilisaient de « nouvelles méthodes », douces, holistiques, naturelles. Les médias insistent aussi énormément dessus, elles sont développées un peu comme « la nouvelle vague thérapeutique ». Mon dernier stage où j'ai pu aborder l'hypnose avec une hypnothérapeute dans le service de l'institut de Calot m'a aussi orienté vers cette pratique. J'ai pu assister à des séances et lire de la littérature à ce propos. Cependant beaucoup de questions restaient sans réponses et un travail plus profond allait être nécessaire.

I.1. Contexte

Le training autogène de Schultz est une technique d'auto-hypnose (Schultz, 1958) classé parmi les thérapies complémentaires par l'Académie de médecine française (Bontoux, Couturier, Menkès, 2013), et dans les médecines non conventionnelles par la Commission Européenne (Lannoye, 1997).

I.1.1. Les médecines non conventionnelles (MNC)

- **Définition**

Différents termes pour désigner les MNC sont utilisés en France et à l'étranger.

Le terme « médecine non conventionnelle » est celui retenu par la Commission européenne pour qualifier des méthodes de soin parfois également appelées « médecine douce », «

médecine complémentaire », « médecine naturelle », « médecine alternative », « médecine parallèle » ou encore « médecine holistique » et dont certaines font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis les années 1990 (Lannoey, 1997).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) inclut les médecines complémentaires et alternatives dans les médecines traditionnelles. Elle précise : « Le terme “médecine complémentaire” ou “médecine alternative” est utilisé de manière interchangeable avec “médecine traditionnelle” dans certains pays. Elles concernent un large choix de pratiques de soins qui ne font pas partie des traditions du pays et qui ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant (World Health Organization, 2000) .

Pour ma part, en tant que professionnel de santé, il est important de connaître ses limites et de ne pas « expérimenter » seul dans son cabinet avant d’avoir mis en place les recommandations thérapeutiques et donc un traitement en accord avec les dernières données de la science. Il est tout aussi nécessaire de sensibiliser les patients aux dérives que ces médecines peuvent engendrer.

L'Académie de médecine française recommande pour sa part l'appellation de « thérapies complémentaires » (Bontoux, Couturier, Menkès, 2013).

Le terme « médecine non conventionnelle » sera celui retenu dans la suite de ce mémoire, hors citation, pour son caractère généraliste. De plus le terme complémentaire met la médecine conventionnelle et non conventionnelle sur un même niveau, ce qui peut engendrer une incompréhension du grand public.

- **Essor des MNC**

À travers le monde, les médecines non conventionnelles ont un usage répandu et croissant. Jusqu’à 80 % des populations des pays en développement s’en remettent à la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires, par tradition culturelle ou faute d’autres alternatives (Organisation mondiale de la santé, 2002).

Selon un rapport de l’OMS, les politiques de différents pays sont de plus en plus nombreuses à accepter progressivement la contribution des MNC à la santé et au bien- être des individus, ainsi qu’à la complétude de leur système de santé (*Figure 1*) (Organisation Mondiale de la santé, 2014).

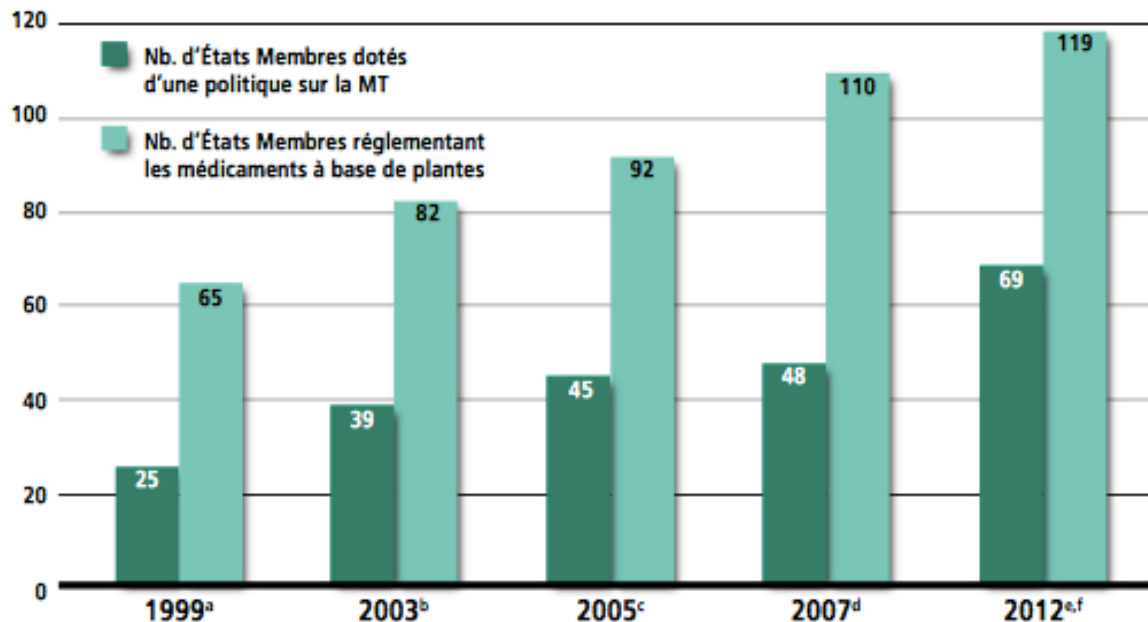


Figure 1 : Évolution des indicateurs de progrès des pays définis par la stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle

Cette mouvance globale internationale se retrouve aussi en France :

- 4 personnes sur 10 ont recours aux médecines dites alternatives ou complémentaires, dont 60 % parmi les malades du cancer ;
- 400 pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique sont proposées ;
- 1800 structures d’enseignement ou de formation sont dites « à risques »;
- 4 000 « psychothérapeutes » autoproclamés n’ont suivi aucune formation et ne sont inscrits sur aucun registre ;
- 3000 médecins seraient en lien avec la mouvance sectaire (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, 2012).

- **Législation**

Les MNC sont donc en plein essor. Leur utilisation n'est pas toujours contrôlée et l'aspect légal a ici un rôle primordial. Il faut donc comprendre leur fonctionnement afin de la régulariser et éviter les dérives, pouvant être délétères pour la population (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, 2012).

Mon rôle en tant que professionnel est de connaître ses limites parfois floues entre MNC et médecine conventionnelle. La formation continue et la lecture régulière d'articles scientifiques aident dans ce sens.

Selon les pays, les MNC sont reconnues ou seulement tolérées. Certains pays exigent toutefois un titre médical ou paramédical pour la pratique de certaines approches (Fisher et Ward 1994). C'est le cas de l'ostéopathie et de la chiropraxie, d'abord tolérées elles ont ensuite été reconnues et un titre paramédical est maintenant exigé.

En France, certaines MNC ont été reconnues par la loi du 4 mars 2002 (Journal Officiel, 2002). Cependant, ces reconnaissances de titres professionnels ne sont pas pour autant des validations de ces théories.

- **Pratique des MNC en France**

Selon le ministère des Affaires sociales et de la Santé, « l'enseignement de ces pratiques ne donne pas lieu à des diplômes nationaux, à l'exception de l'acupuncture. Cependant, certaines formations font l'objet de diplômes universitaires (DU) ou de diplômes inter-universitaires (DIU) placés sous la seule responsabilité d'une ou de plusieurs universités. Ces diplômes ne signifient pas forcément que l'efficacité et l'innocuité de la technique soient prouvées. Ce sont des diplômes complémentaires qui, à eux seuls, ne donnent pas le droit à l'exercice d'une profession de santé. Certaines formations sont par ailleurs délivrées au sein d'organismes privés sans aucun contrôle des institutions publiques quant à leur contenu, et sans reconnaissance par l'Etat des diplômes délivrés. » (Ministère des solidarités et de la santé, 2017).

L'Académie Nationale de médecine considère que « l'insertion des ThC (en l'occurrence pour ce document l'acupuncture, l'hypnose, l'ostéopathie et le tai-chi) dans les soins dispensés par

les hôpitaux, notamment les CHU, semble présenter un réel intérêt si elle est comprise non comme une reconnaissance et une valorisation de ces méthodes, mais comme un moyen de préciser leurs effets, de clarifier leurs indications et d'établir de bonnes règles pour leur utilisation» (Bontoux, Couturier, Menkès, 2013).

Certains professionnels de santé médicaux (médecins, sages-femmes) et paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) ont parfois recours à des pratiques non conventionnelles en milieu hospitalier, comme ce fut le cas lors de stages où j'ai pu observer la pratique de l'hypnose ou du tai-chi (Bontoux, Couturier, Menkès, 2013). Mais ces pratiques sont aussi proposées par des personnes qui ne sont ni médecins ni paramédicaux. En effet, un certain nombre peut être pratiqué en France « sans diplôme particulier » (pôle emploi, 2011).

Pour ma part, il m'est possible de proposer des séances d'apprentissage de l'auto-hypnose à des patients si cela correspond à leurs attentes et que les traitements conventionnels n'ont pas amené à des résultats satisfaisants. Aujourd'hui l'hypnose comme l'auto-hypnose ne sont pas réglementées par le code de la santé publique (Code de la santé publique, 2017)

D'après un rapport de l'Académie de médecine française, l'utilisation de ces pratiques dans les hôpitaux publics, « et notamment dans les CHU, est acceptable dans la mesure où l'hôpital n'est pas considéré comme garant de leur efficacité, mais comme lieu d'exemplarité de leur pratique et espace ouvert à la recherche les concernant. L'expérience de ces établissements devrait contribuer à terme à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques destiné à tous les intervenants publics ou privés ». Le rapport recommande que ces pratiques demeurent « à leur juste place : celle de méthodes adjuvantes pouvant compléter les moyens de la médecine. Elles ne doivent être préconisées que dans les cas où leur utilité est plausible, et au terme d'une démarche médicale par laquelle on se sera assuré qu'il n'y a pas, parmi les moyens éprouvés de la thérapeutique, une solution plus nécessaire ou plus recommandable. En conséquence, elles ne doivent jamais être choisies par le patient comme une solution de premier recours, ni comme une solution de remplacement qui exposerait à des erreurs ou retard de diagnostic et à des pertes de chance » (Bontoux, Couturier, Menkès, 2013).

Le kinésithérapeute occupe une place de choix dans l'orientation du patient. Il fait partie des praticiens ayant le plus de contact en terme de durée avec les patients. Il est donc plus aisé de repérer les patients avec un attrait pour les MNC et de les réorienter si nécessaire.

Un état des lieux en 2013 des thérapies complémentaires utilisées à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris indique qu'elles sont « mises en pratique, dans 95% des cas, par des professionnels de santé : médecins, sages-femmes, infirmières, infirmières anesthésistes, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues. Les médecins titulaires qui sont impliqués dans ces soins ne les pratiquent qu'à temps partiel. On remarque toutefois que dans 5% des cas, les pratiques complémentaires sont réalisées par des intervenants indéterminés, professionnels de santé ou non, exerçant éventuellement de façon bénévole. » (Bontoux, Couturier, Menkès, 2013).

Face à la diversité de ces pratiques non conventionnelles avec des praticiens très hétérogènes, des tentatives de réglementation et de contrôle tentent de se mettre en place, notamment pour surveiller les éventuelles dérives sectaires en dehors des établissements hospitaliers publics (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, 2012).

- **Économie publique**

La mise en place des MNC dans le système de santé peut se montrer intéressant. Au Royaume-Uni et aux Pays bas, des études relatent d'une amélioration du confort des utilisateurs, d'une diminution au recours des méthodes conventionnelles et d'une diminution des dépenses de santé (Koooreman, 2012) (Smallwood, 2005).

Néanmoins, il existe de possibles effets nuisibles : ainsi des patients se tournant exclusivement vers des thérapies dont l'efficacité n'a pas été prouvée ne peuvent pas bénéficier d'un diagnostic précoce par la médecine scientifique, pouvant mettre leurs jours en danger. En France des médecins ont été poursuivis pour avoir utilisé des méthodes thérapeutiques sans validité scientifique. La notion « d'exercice illégal de la médecine » condamne par ailleurs toute personne qui s'aventurerait à manipuler la santé d'un patient par des traitements ou méthodes invasifs sans qu'il en ait été prouvé l'innocuité et l'efficacité. Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, organe faisant loi, a émis un avis relatif concernant les dérives thérapeutiques, rappelant qu'elles contreviennent aux règles de déontologie et que les praticiens s'exposent aux conséquences pénales possibles.

- **Recherche**

La recherche scientifique est donc primordiale afin d'identifier les effets des MNC.

Selon l'OMS : « Il existe des données empiriques et scientifiques qui mettent en évidence les bénéfices de l'acupuncture, des médecines manuelles et de plusieurs plantes médicinales dans le traitement de maladies chroniques ou bénignes » (Organisation mondiale de la santé, 2017).

C'est le cas depuis 1991 aux États-Unis lors de la création du National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), organisation dépendant des National Institutes of Health (équivalent de la Haute Autorité de Santé en France). Cette organisation a pour mission de financer et de mener des recherches scientifiques rigoureuses dans le domaine des médecines complémentaires et alternatives. Lors de sa création, son budget était de 2 millions de dollars ; il a atteint 50 millions en 1999 et 128,8 millions en 2010. Cette croissance importante de budget reflète l'importance, elle aussi croissante, de la recherche scientifique dans les MNC. Néanmoins les critiques reprochent au NCCAM l'absence de résultats significatifs malgré son budget conséquent et la promotion des pseudo-sciences pour des raisons politiques et démagogiques (Kimball, 2003). Par exemple, en 2000, Anna MacIntosh, membre du NCCAM a recommandé la «Gerson Therapy» pour le cancer et la sclérose en plaques. Il s'agit d'un régime de « désintoxication » avec des lavements de café et un régime incluant des quantités énormes de jus de fruits, de légumes et de foies de veau crus. L'Institut national du cancer a évalué les revendications de Gerson en 1947 et de nouveau en 1959 et les a jugées infidèles (Barrett et Herbert 2001).

En France il n'existe pas d'organisation similaire.

I.1.2. L'hypnose

Le Training Autogène de Schultz étant une technique d'auto-hypnose, cherchant à reproduire les effets de l'hypnose, il est nécessaire d'en définir le terme.

- **Définition**

L'histoire de l'hypnose dépasse de beaucoup celle de la psychothérapie. Cette pratique ancienne a souvent été associée aux sciences, occultisme, spectacle, thérapie, etc. Son utilisation dans un cadre thérapeutique a ainsi toujours été source de controverses, sans doute parce que la thérapie elle-même est prise dans ce même jeu des frontières : entre thérapies officielles « scientifiques », thérapies traditionnelles, thérapies spirituelles.

La suite de ce mémoire sera uniquement axé sur les aspects « thérapeutiques » de l'hypnose.

Actuellement il n'existe pas de consensus définissant l'hypnose. Les définitions les plus retenues sont (Wehbe et Safar, 2015) :

- celle de l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (AFEHM) : l'hypnose est un processus relationnel accompagné par une succession de phénomènes physiologiques, tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction de la perception sensorielle (dissociation), une focalisation de l'attention, dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportement et de pensée ;

- celle de la British Medical Association : l'hypnose est un état passager d'attention modifiée chez le sujet ; état qui peut être produit par une personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui lui sont familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rapidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être dans l'état hypnotique produits ou supprimés.

L'hypnothérapie est l'utilisation de l'hypnose à des fins voulues thérapeutiques. Elle est pratiquée par un hypnologue, hypnothérapeute, hypnotiste et plus largement des psychothérapeutes pratiquant l'hypnose.

- **Origine et Evolution**

Dater précisément l'origine de l'hypnose paraît complexe. En effet, cette pratique est retrouvée dans différentes cultures et civilisations. Néanmoins, la première utilisation médicale serait datée de 1848. Elle reviendrait au chirurgien Ecossais Estaille pour son utilisation à Calcutta. Il opère plus de 2000 patients dont 315 interventions majeures sous analgésie mesmerienne.

Puis l'utilisation en chirurgie s'élargit :

1829 : ablation d'un sein par Cloquet ;

1845 : amputation d'une jambe par Lysl de Cherbourg ;

1859 : abcès sous anesthésie hypnotique par Broca et Follin ;

1889 : analgésie pour le travail et l'accouchement par Liébeault.

Cependant, l'invention du chloroforme en 1831 et de l'éther en 1846 diminue l'utilisation de l'hypnothérapie chirurgicale.

Il faudra attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour voir réapparaître l'hypnose médicale. Ce retour de l'hypnothérapie est attribué au psychiatre Milton Hyland Erickson (Moreni et Barber, 2015).

Au vu de l'intégration de l'hypnose comme thérapie complémentaire dans les hôpitaux, du nombre croissant de formations disponibles et de parutions sur le sujet (*Figure 2*), l'hypnose connaît aujourd'hui un renouveau et un essor certains.

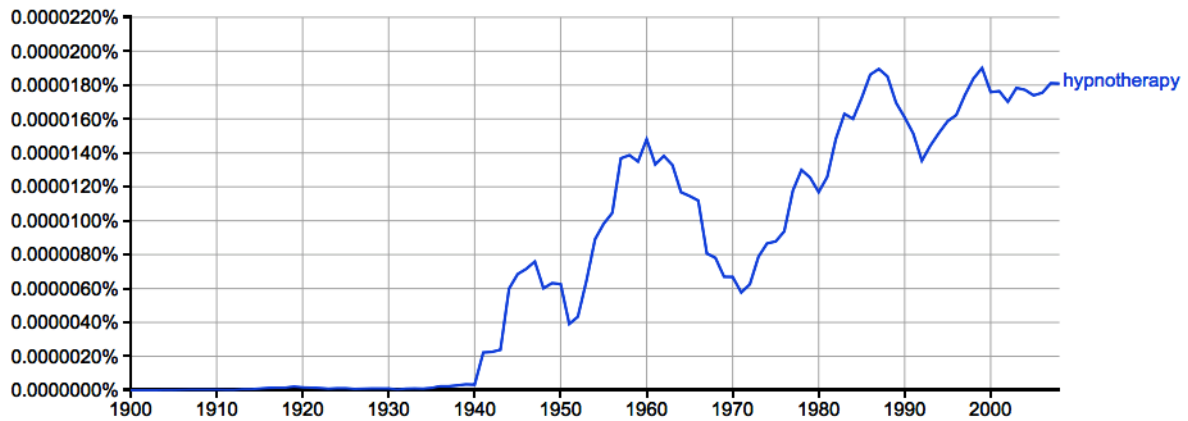


Figure 2 : Evolution du nombre de parutions du terme « hypnotherapy » de 1900 à 2008 (Google Ngram Viewer)

- **Profession**

La profession d'hypnothérapeute n'est pas réglementée dans la plupart des pays. Cependant, la quasi-totalité des praticiens possède un diplôme délivré par une structure adaptée. 2 fois

En France, plusieurs organismes délivrent des formations en la matière, dont l'IFH, l'IFHE, l'Académie Française de Formation et l'Arche, Hypnosalys, Xtrema.

Depuis 2001, sous l'impulsion du docteur Benhaïem, un diplôme universitaire a été mis en place à la Faculté de Médecine de Paris VI. Il est réservé aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes déjà en activité ou étudiants en fin d'études. « Bien entendu, au cours de leur cursus à la Faculté de Médecine, les étudiants entendent parler d'hypnose et notamment des travaux de Charcot, mais jusque-là rien n'avait été officialisé », précise le docteur Benhaïem. Depuis sa création, le diplôme universitaire (DU) a fait des émules, et désormais une petite dizaine d'universités le propose, à Bordeaux, Nantes, Toulouse ou Nice par exemple. Le succès de la pratique de l'hypnose en milieu médical est grandissant, à tel point qu'une liste d'attente est régulièrement mise en place à l'université de Paris VI.

Les professionnels formés en hypnothérapie sont variés. L'institut Français d'hypnose (IFH) fournit les chiffres suivants (Figure 3)

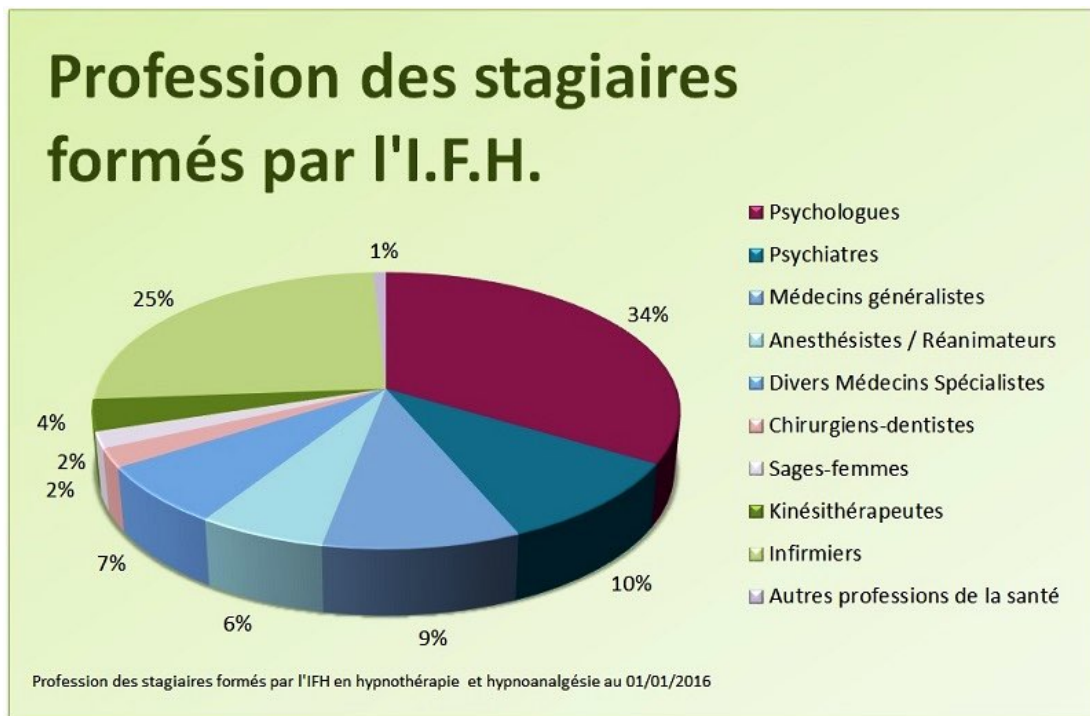


Figure 3 : Part des professions des stagiaires formés par l'IFH (IFH)

Les Kinésithérapeutes étant très minoritaires (4%), et au vu des applications possibles, la profession a tout intérêt à développer d'avantage son expertise dans le domaine.

- **Fondements théoriques**

Les fondements théoriques varient en fonction des différentes « écoles » d'hypnothérapies. Les principaux fondements ont été développés dans la tentative de définition de l'hypnose précédemment abordée. Cependant, un consensus sur les principales techniques de base peut être observé.

L'entretien

Considéré comme la partie la plus importante de la séance, l'entretien a pour objectif de sécuriser le patient et de déconstruire les fausses croyances qu'il peut avoir à propos de l'hypnose. Il est d'autant plus important que plus l'attente du patient est optimiste, plus le résultat du traitement sera performant (Wehbe et Safar, 2015).

La suggestion

Il en existe de différents types, appartenant aux différentes écoles d'hypnose. Celles en relation avec le training autogène de Shultz sont développées :

- la suggestion directe, c'est une phrase simple qui invite ou propose au patient un objectif précis, dans l'attente d'une réponse quasi-immédiate. Claire, positive et réaliste, elle est très fréquemment utilisée pour la douleur et la relaxation.
- l'autosuggestion, consistant à la répétition de suggestions directes par le patient, afin de consolider les suggestions émises lors de l'hypnose.

L'induction

C'est le terme utilisé pour indiquer le processus de passage d'état d'éveil habituel vers l'état hypnotique. Concrètement, c'est une série de suggestions directes proposant le plus souvent un état de relaxation.

La visualisation

Très proche de l'imagerie mentale, le patient doit imaginer une action et la vivre virtuellement. L'imagerie mentale a une efficacité plus élevée lorsqu'elle est combinée avec l'hypnose (Wehbe et Safar, 2015).

Afin d'obtenir une mise en pratique optimale dans mon exercice professionnel, il est donc primordial de consacrer un temps seul à seul avec le patient et veiller à ne pas être dérangé, afin de mettre en place l'ensemble de ce cheminement.

- **Effets prétendus**

En respectant l'intégrité du patient, l'hypnothérapie peut apporter des effets favorables dans diverses pathologies :

- En obstétrique (réduire les douleurs de l'accouchement) (Shauble et al. 1998) (Oster, 2000) ;
- En stomatologie et chirurgie dentaire (meilleur contrôle de la douleur, du saignement, de la salivation et permet de mieux lutter contre l'anxiété, les nausées...) (Rosén et al, 2000) ;
- En anesthésie, (diminution du stress lié à l'opération, voire permettre certaines interventions sans recourir à l'anesthésie générale) (Passard et Geoffroy, 2009);
- En psychiatrie (névroses, troubles du comportement, anorexie, boulimie, alcoolisme, toxicomanie, phobies sociales, dépressions...) (Rosén et al, 2000) ;
- En masso-kinésithérapie (Wehbe et Safar, 2015), douleur, lombalgie chronique, arthrose et douleurs osteo-articulaires, douleurs temporo-mandibulaires, fractures, sport, syndrome douloureux régional complexe, céphalées de tension et migraines, fibromyalgie, douleurs du membre fantôme, colopathie fonctionnelle, brûlés et pour le stress et anxiété.

D'un point de vue très subjectif, lors de stages de ma formation initiale, les applications de l'hypnose étaient très variées avec des résultats variant tout autant. Cependant, le sentiment global des thérapeutes et des patient était très positif à ce propos.

I.1.3. Le Training Autogène de Schultz (TAS)

Partie centrale de ce mémoire, cette technique a été choisie pour de multiples raisons. Tout d'abord, il s'agit d'une technique dérivée de l'hypnose (dont j'avais pu observer les différents résultats lors de stages, et en discuter avec d'autres professionnels de santé). J'ai donc eu un intérêt croissant pour l'hypnose en fin de formation initiale, et beaucoup de questions sans réponses. J'ai aussi pu observer l'importance de l'autonomie du patient dans les différentes rééducations. Et enfin, j'ai aussi remarqué le très faible, mais croissant, apport de la science dans la masso-kinésithérapie française. Le TAS étant dérivé de l'hypnose, permettant une autonomie du patient et un protocole rigoureux permettant son évaluation, cette technique répondait donc à l'ensemble de mes attentes.

- **Définition**

Schultz propose comme définition du Training Autogène : « Le principe de la méthode du training autogène est d'induire, par des exercices physiologiques et rationnels déterminés, une déconnexion générale de l'organisme qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permet toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs. » (Schultz, 1958). L'origine de cette méthode remonte à 1908, par l'exposition de Schultz de son premier travail sur la psychanalyse (*Z. angew. Psychol.*). Ce travail découle de ceux d'O. Vogt qui avait signalé « la possibilité, pour certains individus cultivés et doués d'esprit critique, d'entrer dans l'état particulier d'hypnose par une action volontaire et personnelle ».

Et avant de parler de la méthode en elle-même, Schultz précise les six conditions d'une induction suggestive optimale :

- l'accord du patient en premier lieu, primordial dans toutes les expériences ;
- la nécessité d'une certaine autonomie du patient (sous entendu les échecs chez les très jeunes enfants ou les personnes atteintes de pathologies psychiatriques) ;
- l'attitude corporelle du patient ;
- la diminution des stimuli extérieurs (mise en lien avec le principe d'innervation réciproque de Sherrington) ;
- l'importance de la monotonie ;
- la concentration intérieure du patient (favorisée par l'attention accordée à des processus somatiques).

Pour conclure, Schultz résume ces conditions ainsi « Un appauvrissement des stimuli extérieurs, à l'aide souvent de stimulations monotones, peut conduire à un rétrécissement du champ de la conscience où interviennent en partie une prédominance des réflexes, en partie des automatismes et des transformations du vécu intérieur. Les conditions en sont : l'accord d'un sujet disposant d'une certaine maturité et d'une certaine autonomie et se trouvant dans une posture corporelle adéquate. Ces conditions valent autant pour l'ancienne hypnose que pour un certain nombre de phénomènes de l'endormissement. » (Schultz, 1958).

L'ensemble de ces conditions ne permet donc pas de proposer cette technique à tous les patients. Il en découle l'importance primordial d'un bilan initial afin de déterminer si le patient correspond aux différents critères.

- **La méthode**

Concernant l'attitude générale, il est recommandé de pratiquer le training dans une pièce tranquille de température moyenne dans une demi obscurité. Il faut aussi veiller à ce que les patients ne soient pas dérangés et troublés dans leur travail par des vêtements inconfortables, cols, cravates, ceintures ou par des vêtements trop chauds. Plusieurs positions sont envisageables comme une position assise dans un fauteuil confortable, en veillant à ce que les mains et jambes ne se croisent pas. L'attitude en cocher de fiacre est elle aussi possible. Cependant, autant que possible, il faut privilégier la position allongée.

Après avoir pris une position corporelle adéquate, le thérapeute invite le patient à fermer les yeux. L'objectif est d'atténuer les influences d'origine optique.

S'en suit une induction au calme.

Puis l'expérience de la pesanteur est mise en place. Commencer par le bras dominant favoriserait le ressenti « Votre bras dominant est complètement lourd ». S'en suivent les deux bras, les deux jambes, et l'ensemble du corps. L'objectif ici est d'imaginer un corps lourd entraînant la décontraction musculaire. Il arrive que cela entraîne spontanément la réalisation de l'exercice suivant (celle de la chaleur inondant les membres). Schultz y voit « une modification incontestablement proche des afflux sanguins, liée à l'attention volontaire que l'on porte à une partie du corps. L'induction au calme est répétée.

L'expérience de la chaleur fait suite à celle de la pesanteur « Votre bras dominant est complètement chaud ». Tout comme celle de la pesanteur, l'établissement de la sensation de chaleur est d'abord localisée puis de plus en plus généralisée. La "généralisation" est identique à celle de la pesanteur. Schultz y donne énormément d'importance « Le training en effet s'appuie sur l'acquisition méthodique et progressive d'une maîtrise fonctionnelle de plus en plus poussée ». H. Binswanger, 1929 a ainsi objectivé l'augmentation de la température de 1°C. L'induction au calme et l'expérience de la pesanteur sont réitérées avant de passer à la partie suivante.

Le contrôle du coeur, et plus particulièrement du rythme cardiaque, est ensuite abordé « Votre coeur, bat, calme et fort ».

L'objectif détourné est ici de diminuer le rythme cardiaque, néanmoins ce n'est pas ce qui est explicitement demandé au patient, la phrase de Schultz est ici « Mon coeur bat calme et fort ». La découverte des sensations cardiaques et la détente procurée par les exercices précédents engendrent une diminution du rythme cardiaque. Les expériences du calme, de la pesanteur et de la chaleur sont réitérées avant de passer à l'étape suivante.

Le contrôle respiratoire est l'expérience suivante mise en place « Votre respiration traverse l'ensemble de votre corps ». L'objectif est d'obtenir un mouvement de va-et-vient global du corps par la respiration. L'auteur précise que certains des paramètres précédents peuvent varier en fonction de l'inspiration ou de l'expiration. Il revient régulièrement sur le fait que la sensation de chaleur devient plus manifeste lors de l'expiration. Certains patients remarquent des modifications du rythme respiratoire se rapprochant du rythme nocturne. Les expériences du calme, de la pesanteur et de la chaleur et le rythme respiratoire sont réitérées avant de passer à l'étape suivante.

L'expérience de l'abdomen est l'avant dernière étape du training « Votre plexus solaire est inondé de chaleur ». L'objectif ici est d'apporter un effet « sédatif et assoupissant » en se concentrant sur une vague de chaleur ayant pour origine l'abdomen et se diffusant dans le reste du corps. Le calme, la pesanteur, la chaleur, le rythme cardiaque et le contrôle respiratoire sont réitérés avant de passer à la dernière étape.

L'étape finale est celle de la fraîcheur du front « Votre front est frais ». La sensation recherchée ici est celle que l'on peut éprouver dans un bain chaud prolongé. Contrairement à ce qui est recherché avec le reste du corps (chaleur relaxante), ici le front est frais, image d'un esprit clair et apaisé. L'image peut être celle d'un souffle frais caressant le front.

- **Champs d'application**

Les possibilités cliniques sont nombreuses et variées selon l'auteur.

L'auto-sédation se définit comme “un amortissement de la résonance émotionnelle des affects”. Globalement, c'est ici l'effet de relaxation de la méthode qui prime.

La mise au repos, sous-entendu de l'organisme, et donc une diminution des tensions, est recherchée. L'objectif ici est, grâce aux « pauses » de l'organisme, de développer le rendement.

L'ensemble de cette méthodologie a donc été scrupuleusement respecté durant le protocole .

Les applications par le P.Geissmann et R.Durand de Bousingen (1968) sont tout aussi intéressantes.

En effet, ils ont cherché à objectiver l'efficacité de l'application préventive du TAS en entreprise. Observant que les qualifications nécessaires en tant qu'employé étaient de moins en moins physiques et de plus en plus réflexives, il leur a paru primordial d'anticiper les pathologies liées au surmenage mental. Le TAS est l'un deux. Leurs résultats sont intéressants : « les sujets chez qui nous n'avons fait que le TAS ont présenté des résultats assez décevants. Les sessions avec une formation psychologique associée ont eu des résultats bien meilleurs. Du point de vue des résultats immédiats, ceux-ci par contre sont toujours très favorables ».

Cependant, aucun de ces résultats n'est chiffré, et aucune statistique n'est proposée au lecteur.

Il paraît donc nécessaire d'approfondir ces résultats sous couvert d'études statistiques.

Le TAS est considéré comme une technique de prise en charge du stress (Radat, 2013). Cependant peu d'études exploitables traitent du TAS et du stress, beaucoup comportent des biais (absence de groupe contrôle, faible puissance statistique). Il est tout de même possible de trouver des études concernant les bienfaits du TAS dans d'autres situations.

Pour les migraines liées au stress, le TAS n'a pas montré de supériorité de relaxation contre une éducation dans le traitement prophylactique de la migraine ; qui ont tous deux des améliorations significatives à deux et quatre mois de mise en place (Radat, 2013).

Le training autogène a aussi des effets positifs sur la concentration et l'attention (toutes les deux parallèlement travaillées lors de son apprentissage) et il permet de trouver rapidement un état de relaxation et de détente. Au niveau psychologique, et après un travail complémentaire, cette méthode peut parvenir à supprimer les effets négatifs liés au stress, l'anxiété, la crainte de l'erreur et la peur de l'échec (Abgrall, Barbry et Consoli, 2006).

Deux autres études ouvertes ont porté sur le trouble panique avec agoraphobie, avec des résultats positifs mais avec une approche thérapeutique (training autogène) que l'on pourrait décrire comme intermédiaire entre la relaxation et l'hypnose, et donc proche des Thérapies Cognitivo Comportementales (TCC) (Pelissolo, 2016).

Différentes applications pouvant donc être mis en place dans la prise en charge masso-kinésithérapique.

I.1.4. Le stress

Le choix de déterminer si le TAS avait un impact sur le stress, plutôt que sur une autre composante, comme la douleur ou l'extensibilité musculaire, n'est pas anodin. Tout d'abord, comme cela est développé par la suite, beaucoup de pathologies musculo-squelettiques ont pour origine le stress. Et son importance est donc primordiale si l'on veut prendre en charge l'origine de la pathologie plutôt que de soigner en « superficie », c'est-à-dire uniquement les conséquences du stress.

- **Définition**

Différentes définitions du stress existent, les plus couramment utilisées sont celle de R.Lazarus et S.Folkman (1984), celle de J. Crespy (1984) mais aussi celle de H.Selye (1974) ayant historiquement introduit cette notion.

Selye introduit cette notion en premier lieu chez l'animal. Le stress est là pour aider l'animal à maintenir sa propre homéostasie. Il nommera par la suite cet objectif de maintien de l'homéostasie par "le syndrome général d'adaptation". La définition que propose Selye en 1956 est la suivante : Le stress est une « réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation » (Selye, 1974).

R.Lazarus et S.Folkman (1984) font évoluer cette définition en accentuant plus la notion d'échange et de transaction entre l'individu et l'environnement et non plus uniquement en tant que cause à effet. Le stress est une « transaction entre la personne et l'environnement ». Il est donc lié à l'évaluation de l'environnement par un individu. Le stress varie donc en fonction de l'individu et de l'environnement. Si l'individu évalue la situation comme surpassant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être, cela devient une situation stressante.

Simultanément à Lazarus et Folkman, Crespy (1984) propose sa propre définition : le stress est qualifié de générateur de pathologies. Le stress serait une mobilisation de l'organisme tout entier pour apporter une réponse à des agressions environnementales. Cette mobilisation, si elle est souvent imposée, va engendrer progressivement une usure et une dégradation des organes et fonctions concernées. Chez Crespy, la notion néfaste du stress est plus présente.

De l'ensemble de ces définitions, la notion primordiale est qu'à court terme ou en situation d'urgence, le stress n'est pas nécessairement mauvais, il est même nécessaire. Cependant ses effets à long terme peuvent engendrer de graves problèmes de santé. En revanche l'aspect chronique ou répété est lui délétère à la santé du sujet (Figure X). C'est pourquoi il fait partie des troubles psychosociaux.

- **Physiologie**

Physiologiquement, un événement stressant provoque une réaction en chaîne débutant dans le cerveau et aboutissant à la production de cortisol par les glandes surrénales. Le cortisol active alors en retour deux zones du cerveau : le cortex cérébral pour qu'il réagisse au stimulus stressant (fuite/attaque, immobilisation, compensation...) et l'hippocampe, limitant la réaction. Si le stress est trop important ou s'il se prolonge, l'hippocampe saturé de cortisol ne peut plus assurer la régulation. Le cortisol envahit le cerveau et favorise l'installation d'une dépression. Cette dépression est le principal facteur d'évolution des maladies (Stora 2010).

- **Effets sur la santé**

Les effets sur la santé sont importants et variés. Le stress psychologique peut directement contribuer à élever de façon anormale la morbidité et la mortalité des maladies coronariennes et des maladies cardio-vasculaires en général. Il a été montré que le stress aigu et chronique augmente les taux de lipides sériques et d'autres facteurs de risque étiologiques des maladies cardiovasculaires tels que l'hypertension et le tabagisme (Calderon et al. 1999) (Barnes et al. 1997).

Le stress au travail est une des premières causes d'arrêt-maladie (surmenage, on parle parfois de *burn-out* ou syndrome d'épuisement professionnel pour désigner une usure extrême au travail). La noradrénaline semble impliquée dans les circuits de mémorisation de stress chroniques (Southwick et al. 1999).

Le stress chronique comme le stress aigu peut causer des anomalies de longue durée dans la médiation de l'adaptation du système neuroendocrinien. Ces anomalies, à leur tour, contribuent à la génération de troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression, l'hostilité et à des comportements tels que la toxicomanie, la violence, et des actes criminels (Kenneth, Walton et Levitsky, 2003).

Parallèlement, différents travaux ont mis en évidence la relation entre le stress et la longévité. Les personnes soumises au stress chronique ont en moyenne des télomères plus courts (Wikgren et al. 2012) (Epel et al. 2004). Des télomères plus courts sont liés, statistiquement, à une espérance de vie plus faible (Heidinger, 2012). Une méta analyse regroupant 68 222 sujets établi le lien entre la détresse psychologique et une faible espérance de vie (Fisch, Brinkhaus et Teut, 2017). Le stress chronique étant aussi source des troubles musculo-squelettiques (*Figure 4*).

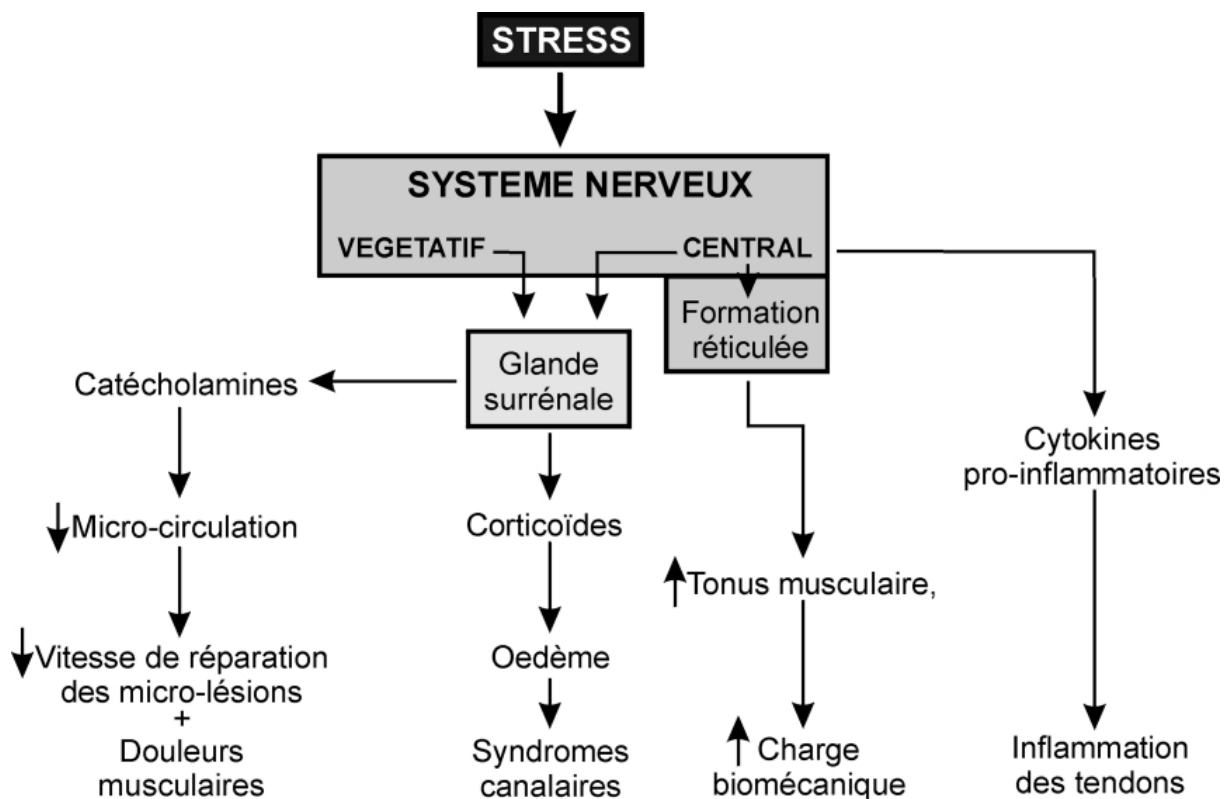


Figure 4 : Liens biologiques entre stress et TMS (selon Aptel et Cnockaert, 2002)

- **Santé Publique**

Le stress au travail est considéré sur le plan international, européen et national comme une préoccupation à la fois des employeurs et des travailleurs. Ayant identifié la nécessité d'une action commune spécifique sur cette question et anticipant une consultation sur le stress par la Commission, les partenaires sociaux européens ont signé, le 8 octobre 2004, un accord sur le stress au travail dans le cadre de l'article 138 du Traité de la communauté européenne.

- **Essor**

Le nombre de publications sur le stress est en croissance exponentielle, il a quasiment doublé entre 2000 et 2005 (Figure 5). Le stress est donc d'une importance primordiale, en France comme dans le reste du monde. Comme abordé précédemment, son impact sur la société est considérable.

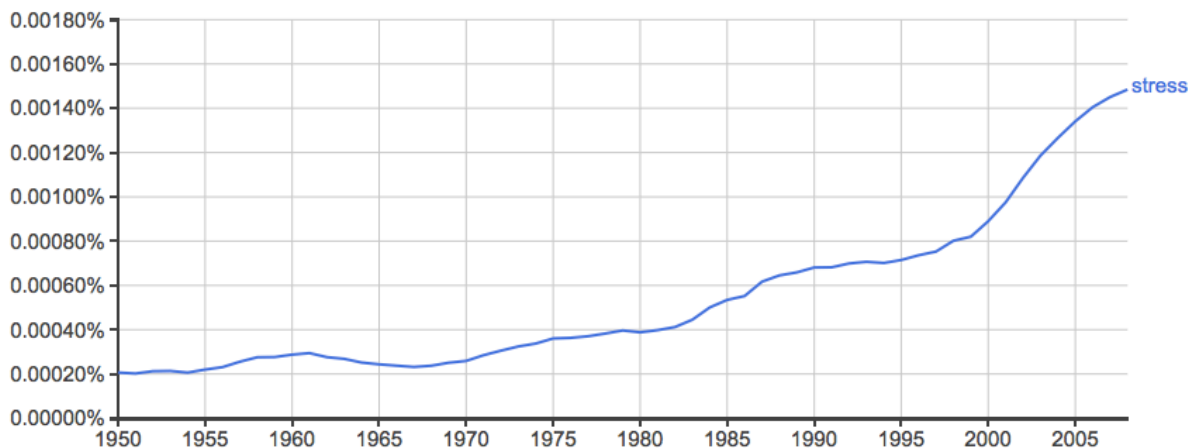


Figure 5 : Evolution du nombre de parution du terme « stress » de 1950 à 2008 (Google Ngram Viewer)

- **Prise en charge**

La prise en charge du stress psychosocial repose sur des méthodes médicamenteuses (principalement anxiolytique) et non médicamenteuses (principalement activité physique).

La prescription d'anxiolytiques est possible pour un temps court en raison du risque de dépendance. À l'heure actuelle, aucune étude n'a déterminé si les anxiolytiques ont un effet bénéfique ou néfaste sur la survenue et l'évolution d'un problème cardiovasculaire. Enfin les rapports publiés sur les effets à long terme des benzodiazépines incitent à la plus grande prudence quant à leur prescription (Houpe, 2013).

L'activité physique peut être considérée comme la « drogue miracle ». De nombreuses publications ont montré ses effets bénéfiques en prévention cardiaque primaire et secondaire. Il existe également de multiples travaux sur son rôle en santé mentale. Les résultats de l'activité physique sur le stress psychosocial et sur le pronostic cardiovasculaire s'expliquent par de multiples effets biophysiques (Houpe, 2013).

La pratique d'une activité sportive, qui permet de diminuer le stress, augmente l'espérance de vie (Sarna et al. 1997). L'activité physique amène une diminution d'environ 30 % de la mortalité cardiovasculaire, à la fois en prévention primaire et secondaire (Dimsdale, 2008). Elle permet une augmentation des affects positifs et une diminution nette de l'anxiété et de la dépression. Son efficacité dans la dépression majeure est au moins égale à celle des antidépresseurs (Hoffman, 2011) (Kruisdijk, 2012).

Les méthodes psychothérapeutiques sont également des outils indispensables pour la prise en charge du stress psychosocial. Les techniques sont nombreuses. Certaines s'appuient sur un travail corporel (relaxation corporelle, techniques de respiration, sophrologie, training autogène) ; d'autres sont plus psychiques (hypnose Ericksonienne, TCC, méditation en pleine conscience) ; enfin certaines sont mixtes comme la cohérence cardiaque ou l'Eye Motion Desensitization and Reprocessing (EMDR). Les techniques les mieux validées sont les TCC, la méditation en pleine conscience et l'EMDR particulièrement dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique (Houpe, 2013).

Selon un article de l'expert reviews paru en 2010 (Hammond, 2010), la formation à l'auto-hypnose a également été décrite pour traiter efficacement les troubles liés à l'anxiété, tels que les migraines de tension et le syndrome du côlon irritable. C'est une alternative économique aux médicaments et sans effets secondaires, elle est rapide et sans coût (hors celui de la formation initiale en auto-hypnose) pour le traitement des affections liées à l'anxiété. Six études citées dans cet article ont d'ailleurs démontré des modifications du comportement anxieux suite à la formation en auto-hypnose. D'autres études, cette fois-ci contrôlées et randomisées seraient souhaitables sur le traitement hypnotique du trouble anxieux généralisé.

L'efficacité des méthodes de prise en charge psychothérapeutiques a été étudiée dans plusieurs méta-analyses. Toutes les études prouvent leur efficacité sur les paramètres psychologiques et les résultats sur la mortalité cardiovasculaire sont positifs avec une réduction du risque de mortalité et de récurrence d'infarctus du myocarde qui peut atteindre 40 % à cinq ans. La conjonction d'une prise en charge par l'activité physique et les psychothérapies, comme cela peut être effectué dans les centres de réadaptation cardiaque, est encore plus bénéfique. Ce type d'intervention permet également une réduction des coûts de santé par diminution de la

consommation de psychotropes et du nombre de réhospitalisations (Gulliksson et al., 2011) (Dusseldorp et al., 1999).

Néanmoins, un récent article de 2017 paru dans BMC complementary and alternative medicine disponible sur la cochrane conclut qu'en raison de la nature exploratoire et de la faible qualité des études mentionnées, l'efficacité de l'hypnose ou de l'hypnothérapie pour la réduction du stress reste incertaine. Des recherches cliniques de plus haute qualité sont nécessaires, et c'est dans cette optique qu'essaie de s'introduire ce mémoire (Hammond, 2010).

Dans ses recommandations de prévention 2012, l'ESC a placé l'efficacité de la prise en charge psychosociale par l'activité physique et les psychothérapies en classe I A et II A avec un niveau d'évidence A et un grade fort (Perk et al. 2012).

I.1.5. La prévention

Dans cette même idée générale que de prendre la pathologie à son origine, ici, le stress ; éviter l'apparition de celui-ci serait encore plus pertinent.

- **Définition**

La prévention est un concept globalement connu de tous, cependant il est difficile d'en donner une définition précise.

L'OMS définit la prévention comme «l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Trois types de prévention y sont distingués, primaire, secondaire et tertiaire, toutes en fonction de l'état successif de la maladie (Flajolet, 2001).

La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas.

La prévention secondaire est l'ensemble des actes visant à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle est effective en début de soins.

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population. Elle est effective lorsque la maladie est installée.

La prévention quaternaire désigne initialement, en santé publique, l'ensemble des soins auprès de malades qui ont dépassé le stade des soins curatifs et qui se trouvent parfois aussi en phase terminale. La prévention quaternaire inclut donc l'accompagnement des personnes en fin de vie. Le terme *soins palliatifs* est cependant préférable (Brigon, 2007) et plus répandu (Kremp, 2007).

Ce travail peut donc s'inscrire dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Une autre définition, plus récente, de la prévention quaternaire, la considère comme l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (Jamouille, 2012). La prévention quaternaire devient alors l'ensemble des activités de santé pour atténuer ou éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé (Jamouille, 2012).

La prévention bio-médico-administrative est un autre type de prévention. Elle relève d'une conception large de la prévention qui dépasse les limites du domaine sanitaire *stricto sensu*. En effet, il convient de regrouper non seulement les moyens et actions de prévention tels que les vaccins mais aussi les radars sur les routes. Ainsi entendue, cette prévention bio-médico-administrative constitue le noyau dur de la vision intuitive que chacun a de la prévention (Flajolet, 2001).

A l'instar de l'OMS, RS. Gordon établit en 1982 une classification de la prévention en trois parties. Cependant, là où l'OMS effectue une distinction fondée sur le stade de la maladie, RS Gordon prend appui sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre. Ainsi, il distingue : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée.

La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fait donc partie intégrante de cette acception de la prévention le champ dit de «l'éducation pour la santé» qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène.

La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de populations spécifiques : automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc. Ainsi, des campagnes telles que la promotion de la ceinture de sécurité, la promotion de l'activité physique ou encore de la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.

La prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes, cinquantenaires, hypercholestérolémiques...).

Le masseur-kinésithérapeute ayant un rôle à jouer dans l'ensemble de ces préventions.

Pour la suite de ce mémoire nous retiendrons la définition de l'OMS qui se veut celle utilisée par les politiques de santé publique.

- **Un enjeux de santé publique**

Avant de songer à toute prévention, il est intéressant d'estimer les risques des causes de décès de la population (*Figure 6*).

Classement	Cause	Nombre de morts annuel	Nombre de mort pour 100 000 habitants
1	maladies cardiovasculaires	165 000	266
2	cancers	150 000	241
3	maladies infectueuses	36 000	58
4	accidents domestiques	20 000	32
5	suicides	12 000	17,5
6	accidents de la route	7 500	13
7	accidents du travail et maladies professionnelles	7 000	11

Figure 6 : Classement des causes de décès de la population française en 2000 (Ined)

Les deux catégories les plus impactantes de ce classement (maladies cardiovasculaires et cancer) ont un lien direct avec le stress, comme l'ont mis en valeur les études précédemment citées, d'où l'importance de la prévention du stress en France aujourd'hui.

Cependant, la prévention des maladies est complexe, et l'analyse des résultats l'est tout autant.

L'hygiène de vie est partie intégrante de la prévention en santé. Sur ce point une équipe de chercheurs de l'université de Cambridge (Royaume-Uni), en partenariat avec le Medical Research Council, a mené une enquête sur 20 244 individus pendant 14 ans (1993-2007). L'étude conclut que « le mode de vie idéal » - absence de tabac, consommation d'alcool égale ou inférieure à un demi verre par jour, consommation de 5 fruits et légumes par jour, exercice physique d'une demi heure par jour - majore l'espérance de vie de 14 ans par rapport au cumul de quatre facteurs de risque (Khaw et al. 2008). Le cumul des quatre facteurs de risque (tabac, alcool, manque de fruits et légumes et d'exercice physique) multiplie le risque de décès par 4,4 ; trois facteurs, de 2,5 ; deux facteurs de près de 2 et 1 facteur de 1,4. Selon le professeur Kay-Tee Khaw, premier signataire de l'étude, « C'est la première fois que l'on analyse l'effet cumulé des facteurs de risque sur la mortalité (Khaw et al. 2008). »

Outre l'importante part de l'hygiène de vie dans la prévention, l'hygiène corporelle,

ménagère, les vaccinations et le dépistage sont aussi des moyens mis en place pour une optimisation de la santé.

Concernant la prévention du stress, différents moyens sont mis en oeuvre.

En France, une impulsion forte a été donnée par le Ministre du Travail le 9 octobre 2009 lors de la réunion du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail .

Le Ministre avait alors lancé « un plan d'action d'urgence au travail pour mobiliser les employeurs des secteurs privé et public sur la prévention des risques psychosociaux dans les entreprises ».

Le plan comporte 4 points :

- ouverture d'une négociation sur le stress dans les entreprises de plus de 1000 salariés avant le 1er février ;
- développement d'actions d'information et d'accompagnement des PME et TPE avec notamment l'organisation de séminaires régionaux permettant d'identifier l'offre de service des préventeurs institutionnels (ARACT, CARSAT, services de santé au travail) ;
- prise en compte des risques psychosociaux lors de tout processus de restructuration engagé dans les entreprises ;
- création d'une cellule spécialisée sur la question de la prévention des risques psychosociaux auprès du DGT.

Par ce dispositif, le Ministre entendait agir pour faire en sorte que « dans notre société le travail soit synonyme de bien être et non plus de souffrance ». Ici le masseur-kinésithérapeute est sollicité pour son rôle de prévention en entreprise avec adaptation du poste de travail et ergonomie.

Le 2ème Plan Santé Travail (qui a vocation à se décliner entre 2010 et 2014), pérennise le plan d'urgence sur les risques psychosociaux. Ils sont identifiés comme l'un des risques prioritaires du plan sur lequel les pouvoirs publics entendent poursuivre une politique active de prévention.

La prévention connaît aujourd'hui un plein essor, comme peut le témoigner l'évolution du nombre de parutions la concernant (*Figure 7*) ainsi que l'implication des politiques publiques.

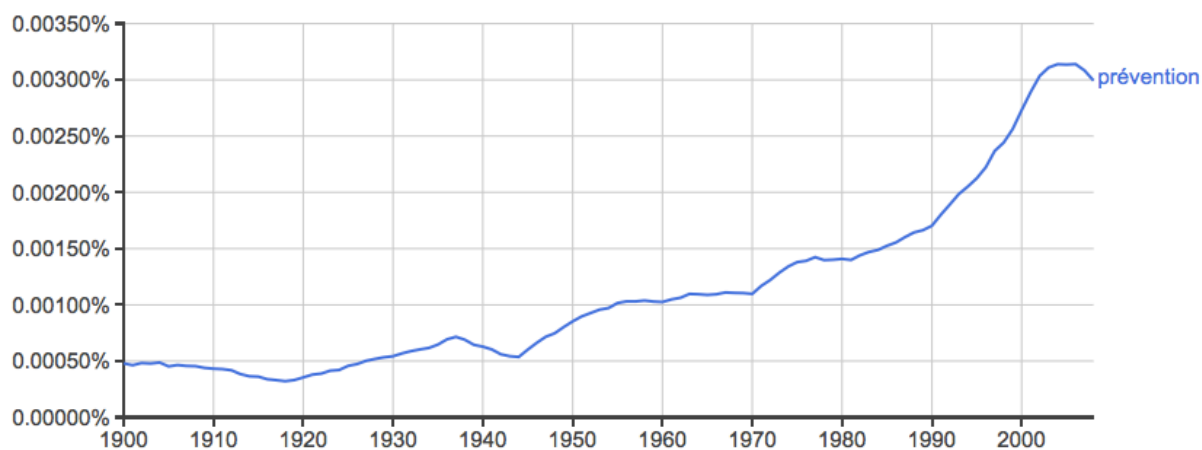


Figure 7 : Evolution du nombre de parution du terme « prévention » de 1900 à 2008 (Google Ngram Viewer)

I.2. PROBLEMATIQUE

Thérapies complémentaires, auto-hypnose, prévention et stress, autant de sujets en plein essor dans la santé en France et à travers le monde.

L'objectif de ce travail est de déterminer l'intérêt d'une technique d'auto-hypnose (Training Autogène de Schultz) dans la prévention du stress sur le long terme.

I.3. HYPOTHESES

Au vu de la littérature exposée, l'hypothèse formulée est la suivante : Le training Autogène de Schultz prévient du Stress.

II. METHODE

II.1. POPULATION

II.1.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- étudiant en deuxième année de Masso-Kinésithérapie à Berck sur mer ;
- volontaire ;
- disponible pour participer à l'ensemble des séances ;
- ayant bien assimilé la notion de rigueur quant au protocole.

Pour s'assurer de ces critères d'inclusion, une présentation a été effectuée en amphithéâtre (*Annexe 1*) et un formulaire d'adhésion au protocole a été proposé. Un formulaire pour le groupe expérimental (*Annexe 2*) et un pour le groupe témoin (*Annexe 3*).

II.1.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- personne présentant des contre-indications à la relaxation : pathologie psychiatrique de type psychose ;
- personne ayant signalé son non respect des consignes du protocole.

Au cours de l'étude un sujet a signalé avoir subi une fracture et a donc été exclu de la population finale.

II.1.3. Description de l'échantillon définitif

Suite à l'adhésion au protocole, un mail a été envoyé aux étudiants afin qu'ils puissent remplir le questionnaire d'état civil et la Perceived Stress Scale (PSS) en ligne (*Annexe 4*).

Au total 60 personnes se sont présentées pour participer à l'étude. Initialement l'échantillon se distribuait de la façon suivante : 34 sujets souhaitant rejoindre la population expérimentale et 26 pour le groupe témoin.

Les résultats des personnes faisant partie des critères d'exclusion n'ont donc pas été exploités. Cependant afin d'éviter toute stigmatisation, cela ne leur a pas été pas transmis. Ils ont été répartis équitablement dans les différents groupes.

Groupe expérimental

Sur les 34 sujets pratiquants, 14 ont été exclus au cours de l'étude :

- 5 pour absentéisme ;
- 4 pour non-réponse aux différents questionnaires dans le temps imparti (24h) ;
- 3 pour non-respect des règles du protocole (TAS effectué 2 fois par semaine au lieu de 3) ;
- 1 pour cause de pathologie (fracture avant bras, causant son absence à une séance) ;
- 1 pour traumatisme personnel majeur (décès).

Il est donc composée de 47,4% d'hommes (N = 9) être 52,6% de femmes (N = 10).

La moyenne d'âge est de 22,05 ans avec un écart type de 1,58 ans.

Groupe témoin

Sur les 26 sujets témoins, 6 ont été exclus au cours de l'étude pour non réponse aux différents questionnaires dans le temps imparti.

Il est donc composé de 64,7% d'hommes (N=11) et 35,3% de Femme (N=6). La moyenne d'âge est de 21,24 ans avec un écart type de 1,15 ans.

L'analyse statistique de questionnaire d'état civil et la PSS initiale a permis de définir le profil type du panel étudié.

Suite aux réponses du PSS, la cohorte a été divisée en 4 groupes, fonction du score :

- $0 \leq \text{peu stressé} \leq 13$;
- $14 \leq \text{moyennement stressé} \leq 26$;
- $27 \leq \text{fortement stressé} \leq 40$.

Or dans le groupe expérimental une seule personne est dans la catégorie « fortement stressé » contre 19 dans la catégorie « moyennement stressé ». Personne n'est dans la catégorie « peu stressé ».

Dans le groupe témoin seul trois personnes sont dans la catégorie « fortement stressé » contre 17 dans la catégorie « moyennement stressé ». Personne n'est dans la catégorie « peu stressé ».

La catégorie « fortement stressé » n'est donc pas exploitée par manque de puissance statistique.

Finalement le groupe expérimental est composé de 19 sujets et le groupe témoin est constitué de 17 sujets.

II.2. MATERIEL

Tous les sujets étaient invités à se présenter aux séances dans une tenue confortable, propice à la relaxation. La pratique de la relaxation pouvant s'accompagner d'une baisse de la température corporelle effective comme développé précédemment, il était suggéré d'amener une tenue chaude.

Les séances se déroulaient dans une salle calme.

Un tapis de sol ou une table de massage ainsi que des coussins étaient disponibles si besoin.

Afin de récolter les différentes informations administratives, un questionnaire d'état civil était en première partie du questionnaire initial (*Annexe 4*).

En seconde partie du questionnaire et afin de mesurer le stress, la Perceived Stress Scale (PSS) en 10 items a été utilisé (*Annexe 4*).

Une PSS intermédiaire (identique à l'initiale), était à remplir à mi-parcours (J+11).

Une PSS finale (identique à l'initiale), était à remplir à la fin du protocole (J+22) .

La PSS est un outil de mesure du stress traduit et validé dans plus de vingt pays. Elle permet d'évaluer d'une façon globale si une personne estime avoir la capacité à faire face ou non à des événements ou à des moments difficiles à vivre, sans toutefois les spécifier. La PSS est ainsi basée sur le modèle transactionnel (Dupret et Bocéréan, 2013).

C'est un questionnaire de 10 questions sur lesquelles les sujets répondent à partir d'une échelle de Likert cotée de 0 à 4 (jamais = 0, presque jamais = 1, parfois = 2, assez souvent = 3, souvent =4). Le résultat est donc sur 50.

L'étude de la validité de critère confirme les liens prédits entre chaque facteur et les niveaux d'anxiété et de dépression (Bellinghausen et al. 2009)

La fidélité test-retest de la PSS-10 est tout à fait satisfaisante entre un délai de 2 jours à 4 semaines (coefficient > 0.70). Après 6 semaines entre les deux passations, le coefficient tombe à 0,55 (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983) (Lee, 2012).

Concernant la sensibilité, une seule étude portant sur la PSS 4 signale une distribution normale des scores (Warttig et al., 2013). Pour toutes les autres publications, notamment celles portant sur des échantillons d'envergure, cette caractéristique n'est étonnamment pas précisée.

Une bande son avec l'enregistrement de la séance était fournie pour la seconde semaine, dite, d'autonomie partielle.

II.3. PROTOCOLE

Un schéma récapitulatif du protocole est disponible (*Annexe 5*) afin d'avoir une vue d'ensemble de la progression de ce travail.

Chaque sujet a rempli le PSS 3 fois.

Une première fois avant le début de l'étude, une seconde PSS, intermédiaire (identique à l'initiale), remplie à mi-parcours (J+11) ; Enfin une dernière fois, une PSS finale (identique à l'initiale), remplie à la fin du protocole (J+22). Chaque PSS était disponible durant 24 heures. Comme exposé précédemment, les sujets n'ayant pas répondu dans le temps imparti furent exclus.

Une frise mémo schématisant les séances et la ponctuation par les PSS ci-après (*Figure 8*)

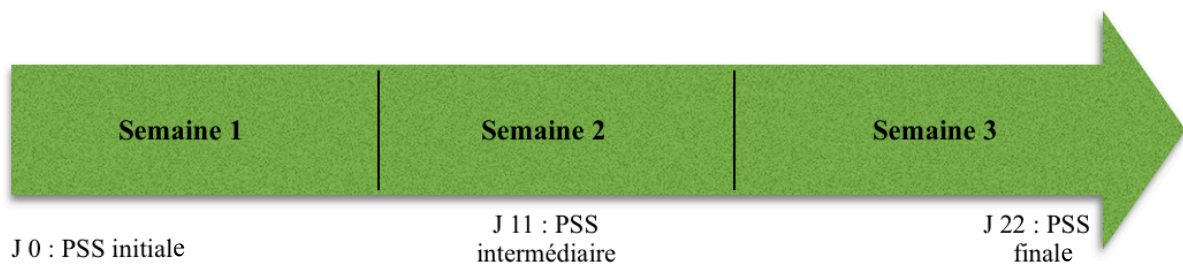


Figure 8 : Frise avec passages des PSS

II.3.1. Semaine 1, les séances de groupe

Espacées de 48 à 72h maximum, les séances se sont effectuées en groupe de 20 personnes maximum.

Leurs durées étaient d'une demi-heure, elles se sont effectuées en position allongée sur un tapis de sol avec le matériel exposé précédemment.

Lors de la première séance un rappel sur le TAS a été effectué, le tout en étant neutre et sans avis sur le fonctionnement ou non de la technique. L'objectif est ici de diminuer tout effet contextuel, pouvant faire varier les résultats. Il y avait tout de même une disponibilité de ma part en début et fin de séance afin de répondre à leurs interrogations concernant leurs sensations.

Puis comme à chaque séance le même discours leur a été apporté, extrait exclusivement de l'ouvrage de Schultz (*Annexe 6*).

II.3.2. Semaine 2, l'autonomie partielle

Lors des précédentes séances j'ai pris soin d'enregistrer une bande son. Cette bande son leur a été transmise afin qu'ils puissent l'écouter durant leur mise en place du protocole, par eux mêmes, seuls. L'objectif était qu'ils puissent toujours être guidés dans la mise en état hypnotique.

Cette semaine a été marquée par un questionnaire comprenant un PSS intermédiaire, envoyé par e-mail.

II.3.3. Semaine 3, l'autonomie totale

La bande son n'est plus utilisée, le sujet a effectué seul le TAS, 3 fois par semaine, espacé au minimum de 48H et au maximum de 72H.

II.3.4. La PSS finale

Suite aux trois semaines de protocole, un questionnaire comprenant la PSS leur a été envoyé par e-mail selon un protocole identique à ceux précédemment remplis.

II.4. ANALYSE ET STATISTIQUE

L'homogénéité des groupes est assurée par la classification de ceux-ci en fonction du score obtenu au aux PSS comme exposé en II.3.1.

La variable utilisée pour évaluer l'effet de la pratique du TAS est le score du PSS (initial, intermédiaire et final).

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel Sigmastat®.

L'objectif était de répondre à la question suivante :

Quelle est l'évolution du stress perçu du groupe expérimental le TAS par rapport au groupe témoin ?

Les test utilisés ont été les suivants :

- le t-test pour la comparaison entre groupe expérimental et groupe témoin ;
- le paired t-test pour la variation du Stress en fonction du temps pour un groupe donné (et donc ici le groupe « moyennement stressé »).

III. RESULTATS

III.1. COMPARAISON ENTRE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET GROUPE TÉMOIN

Analyse sur la passation initiale

Concernant le groupe expérimental la moyenne est de 21,37 / 50 avec un écart type de 3,48.

Concernant le groupe témoin la moyenne est de 20,53 / 50 avec un écart type de 3,26.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les scores aux PSS initiaux ($p = 0,462$).

Analyse sur la passation intermédiaire

Concernant le groupe expérimental la moyenne est de 22,32 / 50 et l'écart type est de 3,93.

Concernant le groupe témoin la moyenne est de 21,71 / 50 et l'écart type est de 4,37.

Il n'y a pas de différence significative entre les PSS intermédiaires ($p = 0,662$).

Analyse sur la passation finale

Concernant le groupe expérimental la moyenne est de 22,53 / 50 et l'écart type est de 3,81.

Concernant le groupe témoin la moyenne est de 23,18 / 50 et l'écart type est de 2,84.

Il n'y a pas de différence significative entre les PSS intermédiaires ($p = 0,57$).

L'ensemble des PSS ne présente pas de différence significative entre groupe expérimental et groupe témoin. Elles peuvent donc être exploitées.

III.2. ÉVOLUTION DE CHAQUE GROUPE

Le protocole étant rythmé par trois mesures de la PSS, deux sous-périodes forment la période totale du protocole.

La première sous-période est celle encadrée des PSS initiaux et intermédiaires.

La seconde sous-période est celle encadrée des PSS intermédiaires et finaux.

La période complète est celle encadrée par les PSS initiaux et finaux (*Figure 9*).

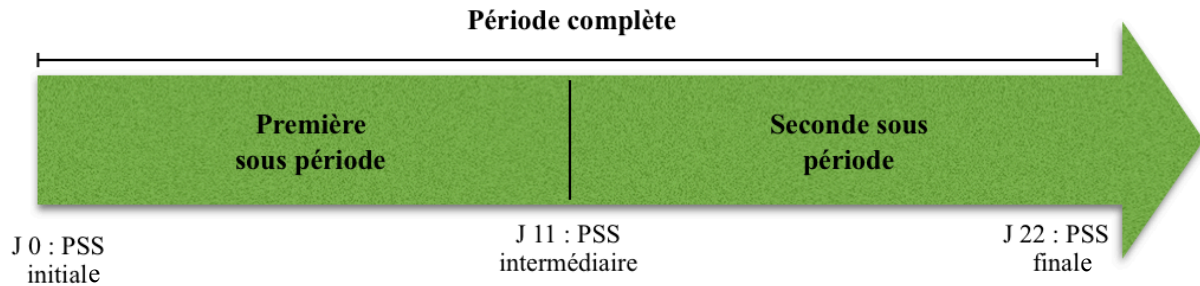


Figure 9 : Frise définissant les différentes périodes

III.2.1. Première sous période

Groupe expérimental

Une augmentation de 0,95 point à la PSS avec un écart type de 4,34 est observée.

La différence est statistiquement non significative ($p = 0,34$).

Groupe témoin

Une augmentation de 1,18 point à la PSS avec un écart type de 3,43 est observée.

La différence est statistiquement non significative ($p = 0,18$).

III.2.2. Seconde sous période

Groupe expérimental

Une augmentation de 0,21 point à la PSS avec un écart type de 2,64 est observé.

La différence est statistiquement non significative ($p = 0,73$).

Groupe témoin

Une augmentation de 1,47 point à la PSS avec un écart type de 3,02 est observée.

La différence est statistiquement non significative ($p = 0,06$).

III.2.3. Période complète

Groupe expérimental

Une augmentation de 1,16 point à la PSS avec un écart type de 4,30 est observée.

La différence est statistiquement non significative ($p = 0,26$).

Groupe témoin

Une augmentation de 2,65 points à la PSS avec un écart type de 3,16 est observée.

Ici, la différence est statistiquement significative ($p = 0,003$).

Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative sur la mesure de la PSS dans le groupe de pratiquants contrairement au groupe témoin qui a une augmentation de 2,65 points statistiquement significative ($p = 0,003$) du stress perçu durant la période complète.

Les résultats sont aussi exploités de façon graphique, avec moyenne et écart-type (*Figure 10*).

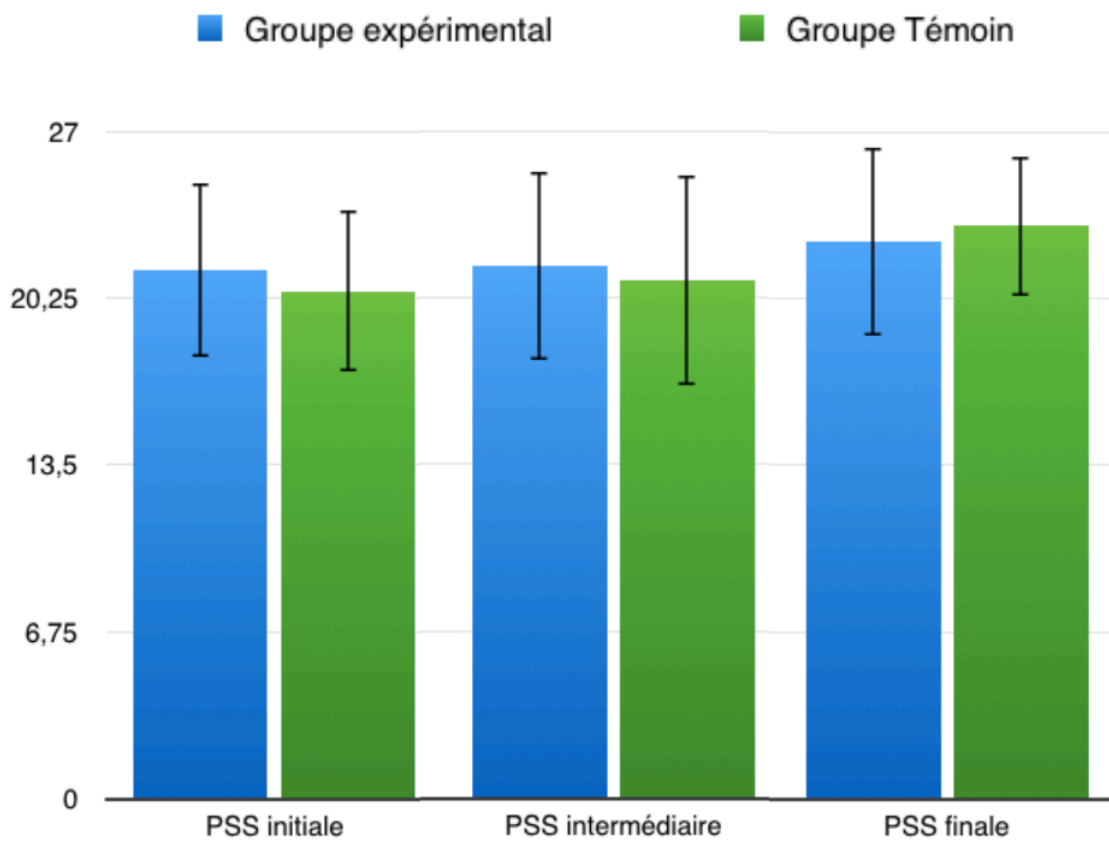


Figure 10 : Evolution des résultats de chaque groupe

IV. DISCUSSION

IV.1. Confrontation des résultats à l'hypothèse de départ

Comme développé auparavant le TAS est une technique d'auto-hypnose considérée comme un outil de prise en charge du stress. La pratique TAS entraîne une amélioration significative des symptômes concernant les migraines liées au stress. Elle peut aussi parvenir à supprimer les effets négatifs liés au stress.

L'ensemble de la littérature abordée dans la partie introductive de ce mémoire relate des effets positifs du TAS sur le stress, sans en donner de chiffres ou d'analyse statistique précise.

Au vu des résultats il n'y donc pas de différence statistique significative sur la mesure du PSS dans le groupe de pratiquants contrairement au groupe témoin qui a une augmentation de 2,65 points, statistiquement significatif ($p=0,003$), du stress perçu durant la période complète.

Statistiquement le TAS prévient donc du stress. Les résultats obtenus sont donc en adéquation avec la littérature.

D'après ces résultats, l'hypothèse est validée.

IV.2. Interprétation des résultats

Préalablement à l'analyse des résultats de l'étude, il est nécessaire de discuter du déroulement de l'étude ainsi que des outils utilisés. Ceci ayant pour objectif de comprendre au mieux les résultats et leur interprétation.

IV.2.1. Validation du plan de recherche

- **Déroulement de l'étude**

Le protocole a eu lieu du 29 mai au 19 juin. Cette période devait être propice à sa réalisation sans encombre.

Afin de faciliter l'accès aux séances de groupe la première semaine, deux séances étaient proposées le lundi (matin et midi), le mercredi (matin et midi) et le vendredi (midi et après midi). Ceci permettait aux étudiants de venir en fonction de leurs disponibilités. L'inscription s'effectuait en ligne et ne pouvait dépasser vingt personnes. Ceci a permis une certaine liberté aux étudiants afin de ne pas les contraindre à la participation au protocole. L'objectif étant de leur faciliter la participation et qu'ils ne regrettent pas leur investissement, afin de réunir des conditions optimales pour le protocole. Toutefois, ceci a amené une variable, celle du moment de réalisation des séances de groupes. Effectuer la séance le matin après le réveil ou le midi avant ou après la pause déjeuner voire le soir après une journée stressante, amène des variabilités de ressentis entre les pratiquants.

Toujours dans un souci de facilitation de la participation des étudiants au protocole mais aussi dans une volonté d'adaptation face au développement des outils du numérique, les PSS se remplissaient elles aussi en ligne. Leur accès était possible durant 24 heures, permettant ainsi de ne pas convoquer les étudiants chaque semaine à une date précise. En effet au vu de leurs contraintes organisationnelles et de mes obligations professionnelles, il était impossible de trouver une date commune à chacun. Limiter à 24h a donc permis d'avoir un environnement globalement similaire pour chacun des participants. Étant tous dans la même promotion et ayant globalement les mêmes cours et informations sur leur cursus, notes et examens, cela a permis une certaine homogénéité d'environnement. Néanmoins 17 les réponses étant réparties sur 24 heures, en cas d'événement perturbant au cours de la journée, des différences peuvent

être observables entre les étudiants ayant rempli le questionnaire dans la matinée et ceux l'ayant rempli dans la soirée.

Le plan du protocole mémoire a été élaboré en collaboration avec les différents acteurs du protocole (enseignants, responsable pédagogique, étudiants et moi-même) afin d'optimiser l'objectivité et limiter les erreurs. Néanmoins différents biais sont observables.

- **Population**

L'ensemble de la population faisait partie de la même promotion. Ils étaient tous en 2ème année d'étude de Kinésithérapie. Ceci amène à une homogénéité importante mais aussi à une spécificité des résultats. En effet, avoir une population homogène a permis d'avoir un groupe contrôle globalement semblable au groupe expérimental. De-même, la mise en place d'un groupe témoin a permis de renforcer la validité des résultats du protocole. Cependant au vu de la spécificité de la population, la validité des résultats est difficilement extrapolable à une population plus large en terme d'origine.

De plus, le fait d'avoir uniquement une population étudiante a engendré des difficultés difficilement prévisibles. Beaucoup d'entre eux m'ont fait part de leur stress, plus important qu'habituellement. Certains n'hésitaient pas à qualifier la période comme « la plus stressante jamais vécue dans leur cursus ». Ils l'expliquaient par la mise en place d'examens non programmés, des difficultés d'anticipation de leur cursus, et un avenir flou. Ceci a été pour ma part et pour leur responsable pédagogique source d'étonnement, car cette période avait été choisie précisément comme ne devant pas être plus stressante que d'autres.

- **La PSS**

La PSS a été choisie comme outil de mesure au vu de sa fiabilité et de sa spécificité (Bellinghausen et al. 2009). De plus, elle montre une fidélité tout à fait satisfaisante dans des délais de 2 jours à 4 semaines, ce qui correspondait au protocole (Lee, 2012). Malgré l'ensemble des qualités de la PSS, certains auteurs avancent qu'il est difficile de distinguer le stress perçu de la détresse psychologique, qui peuvent empiriquement être liés (Langevin et al. 2015). Néanmoins, la distinction est bien présente selon (Cohen et al.1983). La PSS ne décrit pas la détresse psychologique mais plutôt le contrôle perçu sur les événements

extérieurs. Il est donc tout à fait possible de percevoir des événements comme stressants sans pour autant que les symptômes de la détresse psychologique soient présents.

D'autres questionnaires auraient tout de même pu être mis en place. En effet, comme détaillé précédemment, la population était très spécifique, et même si la PSS a montré ses qualités pour évaluer correctement tout type de sujet, des questionnaires adaptés à une population étudiante existent aussi.

Le « Inventory of College Students' Recent Life Experiences » est un questionnaire de Stress perçu chez les étudiants. Il est spécifique à la population étudiante universitaire tout en étant basé sur la PSS. C'est un questionnaire de 85 items et 49 d'entre eux ont montré des corrélations significatives avec la PSS (Kohn, Lafreniere, et Gurevich, 1990). Il a été repris dans quelques études spécifiques du milieu universitaire (Dwyer et Cummings, 2001 ; Chen et Hong, 2010).

Malgré la connaissance de ce questionnaire sur le stress en milieu étudiant, le choix s'est porté sur la PSS. En effet, le fait d'avoir évalué par la PSS permettra peut-être par la suite la comparaison des résultats de ce travail avec des résultats d'autres travaux, sur un autre type de population, plus large.

- **Le TAS**

Le TAS est une technique d'auto-hypnose ayant fait ses preuves dans divers domaines (Abgrall, Barbry et Consoli, 2006). Celui de la prévention du stress reste tout de même très peu chiffré. L'évaluation de cette technique est donc primordiale.

En début de protocole, les participants sont venus en séance avec certaines croyances, voire des a priori concernant l'auto-hypnose. Malgré ma tentative de déconstruction de leurs croyances lors de la première séance comme préconisé (Wehbe et Safar, 2015) certains ayant vu peu, voir aucun effet sur eux, qualifient la technique de « technique de gourou ». Or un esprit réfractaire à la technique engendre des effets nuls voir contraires à ceux attendus..

Malgré ma motivation à suivre scrupuleusement le protocole de Schultz (séances de groupes comme suggéré dans son ouvrage, reprise identique des phrases), je ne possède qu'une initiation à la méthode et une faible expérience de la pratique de celle-ci.

- **La prévention**

Il est nécessaire de rappeler que le stress est un avantage évolutif, et quelque chose de positif lorsqu'il reste transitoire, aigu, afin d'alerter d'une situation dangereuse par exemple. Comme développé précédemment, c'est l'impact du stress sur le long terme, que l'on pourrait qualifier de chronique, qui est délétère.

La question de l'intérêt de la prévention primaire peut donc être posée. Il n'est pas souhaitable de supprimer le stress de nos vies, il est souhaitable de prévenir sa chronicité. Selon les définitions de l'OMS l'intérêt ne serait donc pas dans la prévention primaire, mais dans les autres formes de prévention (secondaire, tertiaire voire quaternaire).

Le TAS peut donc avoir son intérêt comme technique de coping (technique permettant de gérer son stress) pour gérer une situation stressante, et ponctuelle. Mais aussi dans une pratique quotidienne si l'on se sent stressé dans la journée.

Au vu de l'impact du stress en santé publique, il semble primordial que chacun soit capable de le gérer, à sa manière. Le TAS peut être l'une de ces techniques. La prévention a donc toute son importance dans un phénomène de cette ampleur.

IV.2.2. Conformité des résultats

Au vu des différentes applications du TAS dans la santé et plus particulièrement dans le stress, il semblait évident d'obtenir des résultats positifs. De plus, dans ma pratique professionnelle, les résultats subjectifs des patients étaient très positifs suite à quelques séances de TAS. D'autre part, suite au protocole, il y a eu certains retours négatifs de la méthode (sensation de froid désagréable) mais surtout beaucoup de retours positifs des étudiants. Certains l'utilisent en stratégie de coping, d'autres pour « recharger les batteries », certains pour s'endormir.

Subjectivement les résultats avaient de grandes chances d'être positifs.

Néanmoins les résultats positifs du TAS sur l'impact du stress n'étant pas chiffrés, il restait tout de même une interrogation sur la quantification de l'impact du TAS sur le stress.

Statistiquement l'impact, même si faible, est significatif (augmentation de 2,65 points pour le groupe témoin contre 1,16 point d'augmentation pour les pratiquants) soit une différence de 1,49 point entre témoin et pratiquant.

Cliniquement un écart de 1,49 est très faible, sachant qu'il y a 10 questions, et que chacune est notée entre 0 et 4 en fonction de la réponse du sujet. Un écart de 1,49 s'obtient donc très rapidement. Il suffit qu'une réponse passe de « parfois » à « presque jamais », pour changer 1 point de score. Or ces différences sont très subtiles et la sensibilité de chacun par rapport au vocabulaire employé dans le questionnaire peut parfois varier.

Statistiquement il y a bien un rôle positif du TAS sur le stress, cliniquement une variation de 1,49 point n'est pas suffisamment significative pour que l'on puisse vraiment parler de prévention avec un réel impact sur le stress.

Les résultats obtenus ne sont donc pas totalement conformes aux attentes qu'il était possible d'avoir.

IV.2.3. Apports de la recherche

Comme développé précédemment, malgré la littérature disponible sur le sujet, aucune statistique ni aucun chiffre n'a été trouvé concernant l'impact du TAS sur le stress.

De plus la population étudiante n'était pas abordée dans l'ensemble de la littérature exploitée jusqu'ici.

Il semble donc intéressant d'avoir pu développer des données statistiques concrètes sur cette population spécifique.

IV.3. Limites de la recherche

Malgré la volonté d'une rigueur de protocole, différentes limites sont observables.

La première concerne la distribution de base des groupes témoins et pratiquants. Il en allait initialement d'une volonté de l'étudiant d'être dans un groupe ou l'autre. La volonté de certains à participer en tant que pratiquant peut donc être basée sur une ou plusieurs attentes, comme celle d'apprendre une technique de coping et donc d'être d'ores et déjà convaincu par le bien fondé de la méthode. Une randomisation des sujets aurait donc pu faire gagner en puissance statistique les résultats du protocole.

La présence d'un groupe témoin était pertinente. Cependant il est possible de se poser la question sur la pertinence d'un groupe placebo (difficile à mettre en place dans les techniques psychocorporelles) ou d'un groupe exerçant une autre technique psychocorporelle afin de comparer les populations entre elles.

D'autre part, la population étant très spécifique, il est difficile d'extrapoler à une population plus large, que ce soit en terme de tranche d'âge, de profession, de catégorie socio-économique ou sur d'autres étudiants. Il serait donc intéressant d'effectuer cette même étude sur une population plus large.

L'ensemble des sujets se trouvait majoritairement dans la catégorie " moyennement stressé ". Les résultats sont donc uniquement représentatifs de cette catégorie. Ce travail ne propose pas de résultats sur les catégories « peu stressé » et « fortement stressé ».

De plus aucun ne présentait de pathologie psychologique et n'avaient pas de niveau de stress pathologique, ou alors de stress lié à une pathologie. Il pourrait être intéressant chez des patients lombalgiques par exemple, où le lien entre stress et douleur a pu être démontré, de quantifier les effets d'une technique comme celle du TAS.

Les séances de TAS ayant été effectuées par moi-même, et n'ayant qu'une initiation au TAS et très peu d'expérience dans la pratique, il serait tout aussi intéressant d'effectuer ce travail avec une personne ayant complètement intégré le TAS et le pratiquant depuis plusieurs années.

IV.4. Apports personnels

Concernant ma pratique professionnelle, ce travail m'a amené de nouvelles connaissances et des compétences complémentaires. Tout d'abord il convient de préciser que cette volonté d'initiation au travail de recherche est dans une logique de développement professionnel basée sur l'Evidence Based Practice (EBP). L'EBP étant une façon de penser la prise en charge kinésithérapique novatrice venant des pays Anglo-Saxons. C'est une pratique basée sur les preuves scientifiques de l'efficacité d'une technique, les attentes du patient ainsi que l'expérience professionnelle du thérapeute. Le tout étant compris dans un contexte d'organisation et dans un environnement spécifique (*Figure 11*).

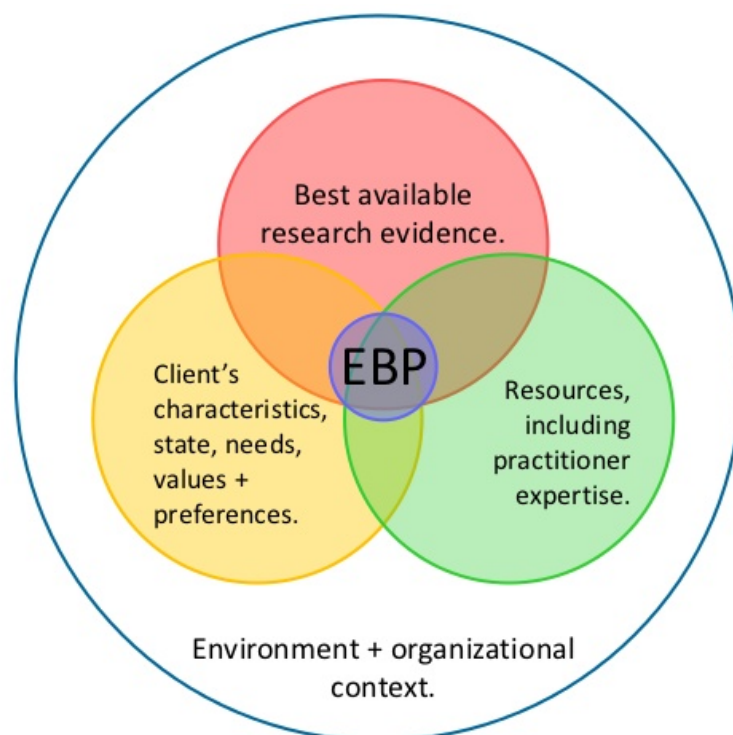


Figure 11 : l'Evidence Based Practice

Ce triptyque ne fait aujourd'hui pas consensus chez les professionnels et est souvent décrié car beaucoup ne voient que l'aspect « scientifique », c'est-à-dire celui de se baser uniquement sur de la littérature et de ne pas personnaliser le traitement au patient. Or l'un comme l'autre sont d'une importance cruciale. L'empirisme reste aujourd'hui de mise dans le monde de la Kinésithérapie Française. On peut, par exemple, citer de nombreuses méthodes éponymes de thérapeutes, s'appuyant uniquement sur leur expérience individuelle et non sur des expériences et mesures objectives (Bobath, Mackenzie, Maitland ...).

D'où l'importance cruciale de la recherche en Kinésithérapie, recherche qui aujourd'hui en France est en plein essor (moins d'une centaine de Kinésithérapeute doctorant, avec tout de même une augmentation croissante du nombre de master), et la réforme de la formation initiale allant aussi dans ce sens (initiation à la recherche et masterisation).

Alors qu'elle est déjà ancrée depuis bien longtemps outre-Atlantique. On peut citer de plus en plus de pays pratiquant l'accès direct en Kinésithérapie, c'est-à-dire sans prescription du médecin (*Figure 12*). Avec ses multiples avantages comme celui de la réduction des coûts de santé publique. Ou alors la volonté des organes de remboursement (équivalent sécurité sociale ou mutuelle) de demander aux professionnelles de santé de prouver que leur prise en charge est efficace.

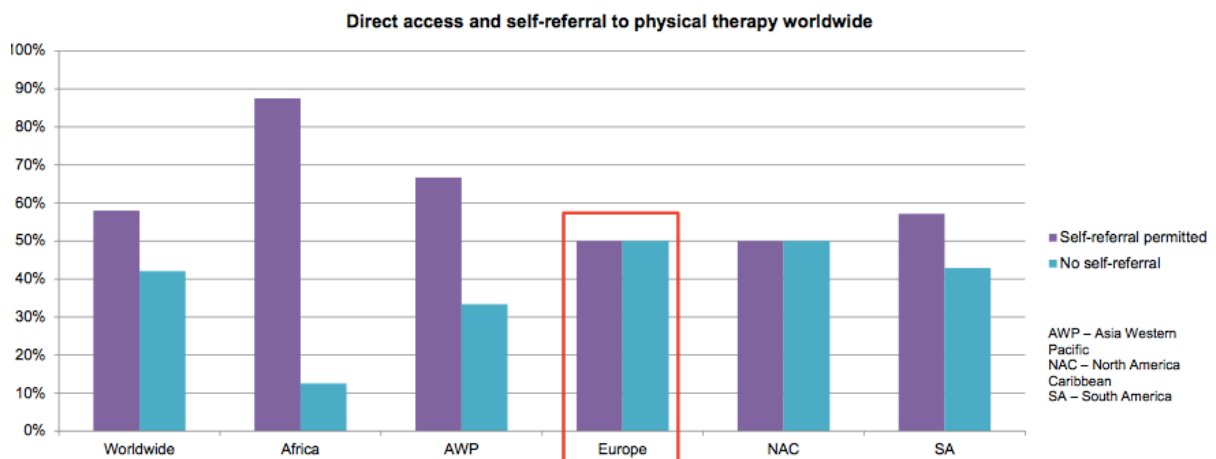


Figure 12 : Présence de l'accès direct et absence de l'accès direct dans le monde, comparaison inter et intra-continent

Cette mouvance globale de la Kinésithérapie commence timidement à se mettre en place en France. L'accès direct en cas d'urgence étant possible et légal pour le Kinésithérapeute depuis le 26 janvier 2016. La recherche est donc d'une importance primordiale et sa compréhension par le monde professionnel actuel l'est tout autant.

Outre l'aspect "recherche" j'ai aussi pu acquérir les deux autres aspects du triptyque de l'EBP, l'adaptation au patient et l'expérience professionnelle. L'apprentissage de cette nouvelle technique m'a amené à répondre plus précisément aux attentes de certains patients en leur proposant des techniques plus personnalisées. Et sans tomber dans le « traitement miracle »,

le TAS a permis à quelques patients de trouver une solution et de diminuer leur stress et douleur là où une prise en charge classique avait auparavant échoué.

Je ressors donc avec un outil thérapeutique supplémentaire suite à ce travail de mémoire, tout en m'inscrivant dans une dynamique internationale d'évolution de la Kinésithérapie.

Personnellement ce travail d'initiation à la recherche m'a aussi amené à une démystification de ce domaine. Et après un premier exercice de mémoire de fin d'étude plutôt difficile en formation initiale, j'ai pris goût au travail de recherche préalable que demandent la revue de littérature, la rigueur et la réflexion pour un protocole pertinent ainsi que l'analyse et l'exploitation des résultats. Cet intérêt pour la recherche m'amène aujourd'hui à réfléchir à des perspectives d'évolution dans ce domaine, que ce soit en poursuite d'étude ou lors d'écritures d'articles pour des revues spécialisés par la suite.

IV.5. Perspective d'avenir

L'auto-hypnose et plus généralement les médecines complémentaires sont en plein essor depuis plusieurs années. Leurs utilisations de plus en plus présentes dans le milieu hospitalier et libéral ainsi que les nombreuses dérives appellent à des justifications de ces techniques. La recherche doit donc apporter les clefs manquantes à leur utilisation parfois abusive, parfois insuffisamment exploitée.

Des compléments de recherche peuvent donc être apportés à ce travail de mémoire, notamment concernant la population participante (plus large, de différents horizons) mais aussi sur le protocole en lui-même avec une distribution randomisée des sujets, des comparaisons avec d'autres techniques similaires, des sujets avec des niveaux de stress différents, des pathologies spécifiques. De nombreuses autres combinaisons sont possibles et nécessaires avant de conclure sur la pertinence ou non de cette technique qu'est le TAS dans la prise en charge Kinésithérapique.

Pour ma part, concernant ma pratique quotidienne, le panel de patients auxquels je vais proposer ce type de séance s'est spécifié. Je ne leur propose jamais en première intention car un temps préalable est nécessaire afin de déterminer leur niveau de croyance sur le sujet et leurs attentes à ce propos. De plus les dérives arrivent très rapidement, en effet, le bouche-à-oreille étant très rapide, certaines personnes me contactent aujourd'hui pour avoir uniquement ce type de séance car « ça à marché pour ma collègue, j'ai besoin de la même chose ». Tout un travail de pédagogie et d'explication à la personne afin qu'elle comprenne que chaque traitement est spécifique. Il est parfois nécessaire de déconstruire des croyances parfois néfastes au bon déroulement de la prise en charge. L'importance de l'autonomie est elle aussi primordiale et c'est la vocation de ce protocole. En effet, certains patients ayant plus de « fragilité psychologique » s'attachent très vite au thérapeute et le voient parfois comme un sauveur. Il est nécessaire et primordial afin d'éviter toute dérive que le patient intègre la notion qu'il est le propre acteur de son rétablissement. Le thérapeute n'étant qu'un vecteur de cette amélioration.

V. CONCLUSION

Cette étude a voulu répondre à des problématiques d'actualités pour le grand public ainsi qu'à une démarche de recherche personnelle. La montée des médecines complémentaires, et plus particulièrement de l'auto-hypnose, l'importance croissante du stress dans les différentes pathologies dont la population peut être victime mais aussi que rencontre le masseur-kinésithérapeute en cabinet, sont différentes observations ayant amené à la question suivante : quelle est l'intérêt du Training Autogène de Schultz dans la prévention du stress.

Les différents résultats obtenus ont révélé une différence statistique entre le groupe expérimental et le groupe témoin avec une différence de 1,49 point sur 40 entre les deux groupes. Validant l'hypothèse de départ qui était celle que le Training Autogène de Schultz avait un intérêt dans la prévention du stress.

Cependant, cliniquement, ces résultats ne sont pas satisfaisants et ne montrent pas de différence suffisante entre le groupe expérimental et le groupe témoin.

Le choix d'une population plus variée, comme le choix de randomiser l'étude ou celui de le comparer à d'autres techniques, sont autant de possibilités et de combinaison possible afin de poursuivre les recherches dans ce sens et affiner les connaissances qui sont actuellement disponibles sur le Training Autogène de Schultz.

BIBLIOGRAPHIE

- Abgrall-Barbry, G. et Consoli, S. M. (2006). L'approche psychologique dans le traitement de l'hypertension artérielle. Presse Médicale, 35, Paris, Masson.
- APTEL, M. CNOCKAERT, JC. (2002). Liens entre les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur et le stress. BTS Newsletter, 19-20, 57-63.
- Barrett, S. et Herbert, V. (2001). Gerson Method. Questionable Cancer Therapies.
- Bellinghausen, L et al. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. Revue Santé Publique, CERN, 21, 365 - 373.
- Biswanger, H. (1929). Beobachtungen an entspannten und versenkten Versuchspersonen. Ein Beitrag zu möglichen Mechanismen bei der Konversionshysterie, Nervenarzt, 4, 193-207.
- Bontoux, D. Couturier, D. et Menkès, C.J. (2013). Thérapies complémentaires, acupuncture, hypnose, otéopathie, tai-chi. Académie Nationale de médecine Rapport du 5 mars 2013.
- Brignon, J. (2007). Petit précis de santé publique, France, Wolters Kluwer, 2007, 240 p. chap. 3, 88;
- Calderon, R. et al. (1999). Stress, stress reduction and hypercholesterolemia in African Americans : a review. Ethnicity & Disease, vol. 9, p. 451-462.
- Chen, C. et Hong, R. (2010). Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. Personality and Individual Differences, 49, 53.
- Code de la santé Publique, (2017).
- Cohen, S. Kamarck, T. Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of health and social behaviour, 24, 4, 385-396.
- Crepsy, J.(1984), Stress et psychopathologie du travail, Cahiers de notes documentaires. Paris. 116.
- Dimsdale, JE. et al. (2008). Psychological stress and cardio-vascular disease. Journal of the American College of Cardiology, 51, 1237- 46.
- Dupret, E. et Bocéréan, C. (2013). La mesure du stress en milieu professionnel avec l'échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale): pertinence des versions en dix et quatre items. Psychologie du Travail et des Organisations, 19, 4, 362-384.
- Dusseldorp, A et al.(1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. Health Psychology, 5, 506-19.

Dwyer, A. et Cummings, A. (2001). Stress, Self-Efficacy, Social Support, and Coping Strategies in University Students. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling*, 35, 3.

Epel, E. et al. (2004), Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101,49.

Fisch, S. Brinkhaus, B. et Teut, M. (2017). Hypnosis in patients with perceived stress – a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. Cochrane, cross mark.

Fisher, P. Ward, A. (1994). Complementary medicine. *Complementary medicine in Europe*. *British Medical Journal*, 309.

Flajolet, A. (2001). Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Ministère de la santé, des sports, de la jeunesse et de la vie associative.

Geissmann, P et Durand de Bousingen, R(1968). *Les méthodes de relaxation*. Bruxelles, Dessart.

Gulliksson, M. et al (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*, 171, 134-40.

Hammond, C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 263–273.

Heidinger, B. et al (2012). Telomere length in early life predicts lifespan. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109, 5.

Hoffman, BM. et al. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 127-33.

Houpe, J. P. (2013). Effets du stress psychosocial en cardiologie. *La presse médicale*, 42, 6.

Jamouille, M. (2012). Prévention quaternaire.

Jamouille, M. (2012). La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. *Revue Prescrire*, vol. 31, no 345, juillet 2012, p. 552-554.

Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Kenneth, G. Walton & Debra K. Levitsky (2003). Effects of the Transcendental Meditation Program on Neuroendocrine Abnormalities Associated with Aggression and Crime, *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 36, p. 67-87.

Khaw, KJ. et al. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med*, 5, 12.

Kimball C. A. (2003). The ongoing problem with the national center for complementary and alternative medicine. *Skeptical Inquirer Vol* 27.5.

Kohn, M., Lafreniere, K. et Gurevich, M. (1990). The Inventory of College Students' Recent Life Experiences: A Decontaminated Hassles Scale for a Special Population. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 6.

Kooreman P. (2012). Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer, t. 6, *Eur J Health Econ*, p. 769–776.

Kremp, L. (2007). *Puériculture et Pédiatrie*, France, Wolters Kluwer, 101.

Kruisdijk, FR. et al. (2012). Effect of running therapy on depression (EFFORT-D). Design of a randomised controlled trial in adult patients. *BMC Public Health* 12, 50.

Langevin, V. et al. (2015). Perceived Stress Scale (PSS) Échelle de stress perçu. *Références en santé au travail*, 143.

Lannoye, P. (1997). Rapport du 16 mars sur le statut des médecines non conventionnelles. Commission Européenne de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs.

Lazarus R. et Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, New York.

Ministère des solidarités et de la santé, (2017). Les pratiques de soins non conventionnelles.

Lee, EH. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*, 6, 4, 7.

Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MiViLuDes), (2012). Guide Santé et dérives sectaires. Paris, Direction de l'information légale et administrative, La documentation Française.

Moreni, A. et Barber, A. (2015). Origines et Histoire de l'hypnose. Dossier Hypnose. *Kinésithérapie la revue*, 15, 14-19.

Organisation Mondiale de la Santé, (2002). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005.

- Organisation Mondiale de la santé, (2014). Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2033.
- Organisation mondiale de la santé, (2017). Nouveaux principes directeurs de l'OMS visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments alternatifs .
- Oster MI. (2000). Methods in hypnotic preparation for childbirth. *Crna*, 11, 160-6.
- Passard A. et Geoffroy L. (2009). L’hypnose appliquée au bloc opératoire.
<http://staff.afisar.fr/Congres/topos%202009L%27hypnose%20en%20anesth%DAsie.pdf>
- Pelissolo, A. (2016). L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *La presse Médicale*, 45, Paris, Masson. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.12.002>
- Perk, J et al. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 33,1635-71.
- Pôle emploi, (2011). Fiche Rome K1103 - Développement personnel et bien-être de la personne.
- Radat, F. (2013). Stress et migraine. *Revue neurologique* 169, 406–412.
- Rosén G. et al, (2000). Traitement par hypnose de la douleur du membre fantôme évaluée par Pet-Scan. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, octobre.
- Sarna, S. et al. (1997). Health status of former elite athletes. The Finnish experience. *Aging Clinical and Experimental Research*, 9, 1-2, pp 35–41.
- Selye, H. (1974) *The Stress of my life*.
- Schauble PG. et al. (1998) Preparation through hypnosis: the hypnoreflexogenous protocol . *Am J Clin Hypn.*, 40, 273-83.
- Schultz, J. H. (1958) *Le Training Autogène*, Paris, PUF.
- Smallwood C. (2005). The role of complementary and alternative medicine in the NHS : An investigation into the potential contribution of mainstream complementary therapies to healthcare in the UK, *Freshminds Consultancy*, 194 p.
- Southwick, SM. et al. (1999). Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder, *Biol Psychiatry*, 46,1192-1204.
- Stora, J. B. (2010) *Le Stress*, Presses Universitaires de France, PUF, 8° édition.

Warttig, SL. et al. (2013). New, normative, English- sample data for the Short Form Perceived Stress Scale (PSS-4). *J Health Psychol*, 18

Wehbe, J. et Safar, Y (2015). Hypnose et kinésithérapie. Dossier Hypnose. *Kinesitherapie la Revue*;15 (162) : 20–30.

Wikgren et al. (2012). Short Telomeres in Depression and the General Population Are Associated with a Hypocortisolemic State. *Biological Psychiatry*, 71, 4, 294-300.

World Health Organization, (2000), *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*.

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation du Protocole aux étudiants

UE-8 Recherche

PROTOCOLE DE RECHERCHE SUR L'AUTO-HYPNOSE, LE STRESS ET L'APPLICATION EN KINÉSITHÉRAPIE

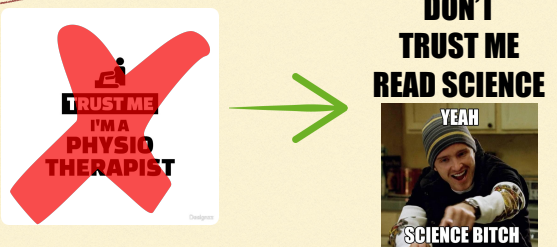
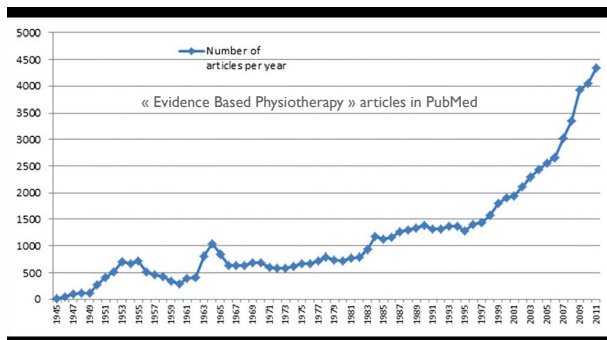
Berck 2017



Gosselin Kevin - Kinésithérapeute - Etudiant en Master 2 Prévention Rééducation & Santé

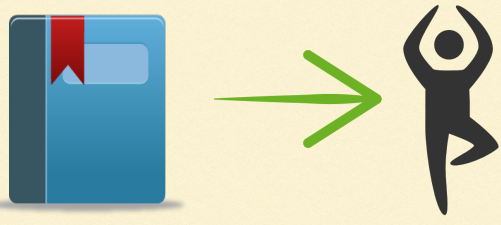
Intro

UE 8 Recherche

OBJECTIFS

UE 8 Recherche



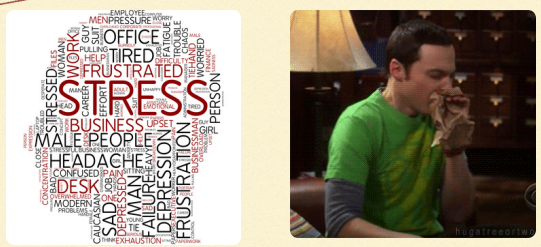
Sujet

UE 8 Recherche

INTÉRÊT DU TRAINING AUTOGÈNE DE SCHULTZ DANS LA PRÉVENTION DU STRESS

Constat

UE 8 Recherche



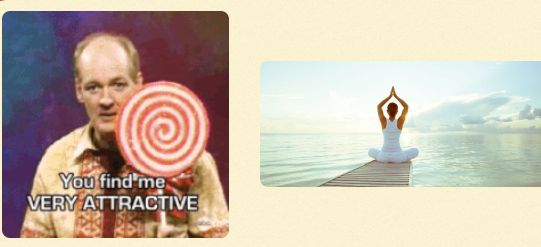
8 Popular Alternative Therapies To Treat Chronic Pain

- Acupuncture and Acupressure
- Mind-body Techniques
- Chiropractic Treatment
- Dance Movement Therapy
- Tai Chi
- Aromatherapy
- Energy Healing
- Massage



Domaine

UE 8 Recherche



Sophrologie

WIKIPÉDIA
L'encyclopédie libre

La sophrologie (du grec ancien σῶφρος / sôphros (« bien portant »), γαλήνη / galênê (« conscience ») et λογία / logía (« étude »)) est une technique de développement personnel^[1] qui s'intéresse à l'étude de la conscience individuelle, dans une approche qui se veut phénoménologique visant à tenir compte de l'histoire de chacun^[2]. Cette méthode est parfois comparée à l'hypnose^[3], qualifiée parfois de psychotérapie^[4], [7, 8, 9], de méthode de relaxation^[5, 10, 11, 12, 13], voire de médecine alternative^[4]. De multiples écoles et pratiques ont émergé depuis la fondation de la sophrologie par Alfonso Caycedo, seule l'appellation sophrologie caycedovienne est protégée par des droits, et reste liée au fondateur de cette pratique.

En France, la sophrologie a pénétré le secteur de la santé, notamment le domaine des pathologies chroniques. Ainsi, il n'est pas rare que des patients atteints de cancers se voient proposer, pendant ou après des traitements de chimio- ou radiothérapie, la pratique de la sophrologie comme « soin de support », elle est également utilisée dans le sport et le monde de l'entreprise^[6]. Toutefois, sans efficacité thérapeutique prouvée, la sophrologie n'est pas « une activité thérapeutique à promouvoir » par les autorités médicales en France et a une « quasi-absence de crédibilité auprès de la communauté médicale » en 2013, d'après le Centre d'information et de prévention sur les psychothérapies abusives et déviantes^[7].

Le TAS

UE 8 Recherche

Le Training Autogène de Schultz

Proto colisé	Gain en concentration	Diminution
Auto - hypnose	Diminution des	Pression
Rapide	Douleurs	Artérielle
Augmentation de l'attention	Stratégie de Coping	

Annexe 2 : Formulaire groupe expérimental

FICHE D'ADHESION AU PROTOCOLE

Je soussigné.e, _____, déclare avoir été présent.e lors de la présentation du protocole « Intérêt du Training Autogène de Schultz dans la prévention du Stress ». J'y ai été pleinement informé.e de la finalité de l'étude et des modalités du protocole.

Mon adresse mail est :

Je m'engage de façon volontaire, par la présente, à participer au protocole.

Ce qui signifie que :

- je m'engage à être présent.e et ponctuel.le à l'ensemble des séances (sauf cas de force majeure, ce qui entrainera l'exclusion du protocole) ;
- je m'engage à observer les consignes données pendant les séances ;
- je m'engage à pratiquer en autonomie le training autogène de Schultz à raison de trois fois par semaine, avec un espacement de deux jours minimum entre deux séances et ce durant les deux semaines suivant l'apprentissage en groupe.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions de participation à l'étude et m'engage à respecter mes engagements.

Date et Signature précédées de la mention :

« Lu et approuvé »

Annexe 3 : Formulaire groupe témoin

FICHE D'ADHESION AU PROTOCOLE

POPULATION TÉMOIN

Je soussigné.e, _____, déclare avoir été présent lors de la présentation du protocole « Intérêt du Training Autogène de Schultz dans la prévention du Stress ». J'y ai été pleinement informé.e de la finalité de l'étude et des modalités du protocole.

Mon adresse mail est :

Je m'engage de façon volontaire, par la présente, à participer au protocole en tant que population TEMOIN.

Ce qui signifie que :

- je m'engage à remplir les deux « Perceived stress scale » en date du 29 mai 2017 puis en date du 18 juin 2017 via le document en ligne.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions de participation à l'étude et m'engage à respecter mes engagements.

Date et Signature précédées de la mention :

« Lu et approuvé »

Annexe 4 : Questionnaire en ligne

Protocole de recherche "Intérêt du Training Autogène de Schultz dans la prévention du stress

Population participant à l'apprentissage du Training Autogène

***Obligatoire**

1. **Adresse e-mail ***

Questionnaire administratif

Toutes les informations recueillies dans ce questionnaire ont pour unique but de servir au protocole et à l'exploitation des données.
L'anonymat sera préservé dans l'ensemble du traitement des données, et ce par le biais du logiciel SIGMASTAT.

2. **Nom ***

3. **Prénom ***

4. **Genre ***

Plusieurs réponses possibles.

Homme

Femme

Transgenre

Autre : _____

5. **Date de naissance ***

Exemple : 15 décembre 2012

6. **Profession ***

La majeure partie de l'année

Cocher la case correspondant à votre choix.

7. **Avez vous récemment eu des événements vous ayant fortement impacté, négativement ou positivement cette dernière semaine ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. **Présentez vous des troubles psychiques (psychose, épilepsie, etc) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

9. **Pratiquez vous régulièrement une technique psychocorporelle ou activité apparentée (méditation, relaxation, hypnose, sophrologie, yoga, etc) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

10. **Si oui, pourquoi et à quelle fréquence ?**

11. **Si non, y a t il une raison particulière ?**

Questionnaire

Il faut répondre le plus spontanément possible, cocher une seule réponse par question en indiquant la réponse qui paraît la plus proche de la réalité dans le choix proposé. Certaines questions sont proches mais il existe des différences entre elles

12. Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé.e par un évènement inattendu ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

13. Au cours du dernier mois combien de fois vous a t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

14. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti.e nerveux. se ou stressé.e ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

15. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti.e confiant.e à prendre en main vos problèmes personnels ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

16. **Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

17. **Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

18. **Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

19. **Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

20. **Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti.e irrité.e parce que évènements échappaient à votre contrôle ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

21. **Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ? ***

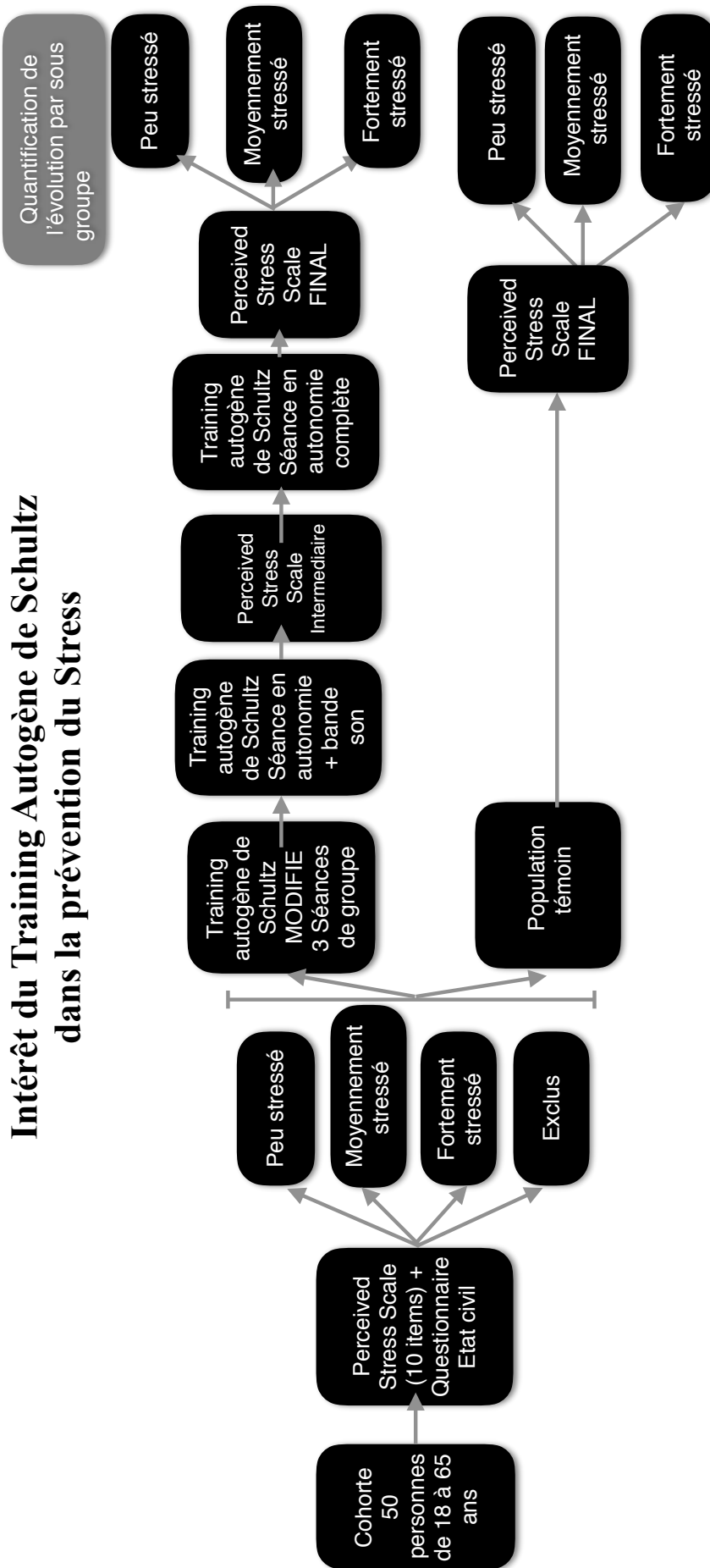
Une seule réponse possible.

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Souvent

Fourni par



Annexe 5 : Schéma récapitulatif du protocole



Annexe 6 : Discours utilisé pour l'apprentissage du Training Autogène de Schultz

« Je vous invite à vous installer confortablement sur le dos.

Si vous le souhaitez vous pouvez fermer les yeux

Votre bras dominant est tout lourd
Votre bras dominant est complètement lourd
Votre bras dominant est tout à fait lourd

Vous êtes tout à fait calme

Votre bras dominant est complètement lourd
tout à fait lourd

Peut-être que cette lourdeur se propage dans votre autre bras
Vos deux bras sont lourds
Tout à fait lourds

Vous êtes complètement calme

Il se peut que cette lourdeur se propage jusque dans vos jambes
Vos jambes sont lourdes
Complètement lourdes

Bras et jambes sont lourds
Tout à fait lourds

Bras et jambes sont complètement lourds

Vous êtes tout à fait calme et tout votre corps est lourd
Tout votre corps est lourd

Votre bras dominant est tout chaud
Votre bras dominant est complètement chaud

Peut-être que cette chaleur se diffuse vers votre autre bras, et vos deux bras sont tout chauds
complètement chauds

Et vous êtes complètement calme,
Vos deux bras sont chauds

Peut-être que cette chaleur se diffuse vers jambes qui sont toutes chaudes
complètement chaudes
Vos deux jambes sont chaudes

Bras et jambes sont chauds
Complètement chauds
Tout votre corps est chaud, tout à fait chaud

Vous êtes complètement calme et tout votre corps est lourd et chaud

Votre coeur, bat, calme et fort
Votre coeur bat, calme et fort.

Vous êtes complètement calme,
tout votre corps est lourd et chaud
Et votre coeur bat calme et fort.

Vous respirez calmement
Vous respirez calmement
Votre respiration traverse l'ensemble de votre corps
Votre respiration traverse l'ensemble de votre corps

Vous êtes tout à fait calme, tout votre corps est lourd et chaud
Votre coeur, bat, calme et fort,
Et vous respirez calmement, votre respiration traverse l'ensemble de votre corps

Votre plexus solaire est inondé de chaleur,
Votre plexus solaire est inondé de chaleur

Vous êtes complètement calme
Tout votre corps est lourd et chaud,
Votre coeur bat calme et fort
Votre respiration traverse l'ensemble de votre corps
Votre plexus solaire est inondé de chaleur

Votre front est frais,
Votre front est frais

Vous êtes complètement calme
Tout votre corps est lourd et chaud,
Votre coeur bat calme et fort
Votre respiration traverse l'ensemble de votre corps
Votre plexus solaire est inondé de chaleur
Votre front est frais.

Progressivement bouger les extrémités des membres, prendre connaissance de la pièce, de l'environnement qui vous entoure,
Prendre des respirations profondes et énergiques
Et lorsque vous le souhaitez vous pouvez ouvrir les yeux et prendre conscience de la pièce et de votre environnement. »

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude est de connaître les effets d'une technique d'auto-hypnose, le Training Autogène de Schultz, sur la prévention du stress.

Une littérature abondante sur les apports de l'hypnose dans divers domaines dont celui du stress existe actuellement. Même si il existe aussi de la littérature concernant les apports du Training Autogène de Schultz sur le stress, elle reste faiblement exploitable. En effet aucune de ces études ne donne d'exploitation statistique. Le scepticisme est donc de mise concernant les résultats et une exploitation statistique rigoureuse est donc nécessaire. C'est dans cette optique que s'inscrit ce mémoire. C'est donc par le biais d'un protocole standardisé, une échelle d'évaluation du stress validé internationalement (Perceived Stress Scale) et un groupe témoin, qu'est effectuée cette étude.

Les résultats obtenus montrent une différence statistique significative entre les deux groupes, en faveur du groupe expérimental. Le Training Autogène de Schultz prévient donc du stress d'un point de vue statistique. Néanmoins, cliniquement cette différence n'est pas satisfaisante car trop faible (1,49 point de différence sur une échelle de 40 points).

Cette étude soulève donc d'autres questions et mérite des recherches complémentaires, avec une rigueur plus importante, comme une population plus large ainsi qu'une randomisation.

ABSTRACT

The aim of this work is to study the effects of a self-hypnosis tecnic, the Schultz' Autogenic Training, on stress prevention. An abundant literature on the contributions of hypnosis in various domains including stress, exists at the moment. There is also some literature on the contributions of Schultz' Autogenic Training on stress, it remains weakly exploitable. Indeed none of these studies gives statistical exploitation. Skepticism is therefore needed on the results and a rigorous statistical evaluation is necessary. It is with this in mind that this study belongs. It is therefore by means of a standardized protocol, an internationally validated stress scale (Perceived Stress Scale) and a control group, that this study is carried out. The results obtained show a significant statistical difference between the two groups in favor of the experimental group. Schultz Autogenic Training prevents stress from a statistical point of view. Nevertheless, clinically this difference is not satisfactory because too low (1.49 points difference on a scale of 40 points). This study therefore raises other questions and deserves further research, with greater rigor, such as a wider population as well as randomization.

Mots clés : Médecine complémentaire, Auto-hypnose, Training Autogène de Schultz, stress, prévention.

Key words : Complementary medicine, Self-hypnosis, Schultz' Autogenic training, stress, prevention.