

# INNOVATION

---

L'HYPNOSE : UNE NOUVELLE AVENUE À CONSIDÉRER  
POUR LES PROFESSIONNELS DE LA RÉADAPTATION

---

SEPTEMBRE 2017

---



CLAUDIA TALBOT-COULOMBE, erg.; JOSÉ POULIOT, pht;  
SARAH YADDADEN, pht; SYLVIE LAFRENAYE, MD PhD;  
GUILLAUME LÉONARD, pht PhD

*NOTRE ÉQUIPE, COMPOSÉE DE TROIS ANCIENS ÉTUDIANTS, D'UN PROFESSEUR DE L'ÉCOLE DE RÉADAPTATION ET D'UNE PÉDIATRE DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, A TENTÉ DE VOIR SI L'HYPNOSE POUVAIT ÊTRE UNE AVENUE INTÉRESSANTE POUR LES ÂÎNÉS SOUFFRANT DE DOULEURS CHRONIQUES.*

## INTRODUCTION

La douleur est un phénomène présent pour un grand nombre de personnes vues en ergothérapie (Hesselstrand, Samuelsson et Liedberg, 2015). Malgré les outils présentement à notre disposition, la gestion de la douleur chronique reste un défi majeur pour les ergothérapeutes et autres professionnels de la santé.

Dans d'autres domaines, les professionnels utilisent une modalité de traitement qui est encore peu connue de notre profession. Saviez-vous qu'une méta-analyse a permis de conclure que l'utilisation de l'hypnose est une technique de gestion de la douleur efficace (Montgomery, DuHamel et Redd, 2000)? Que certains dentistes utilisent l'hypnose au lieu de l'anesthésie locale lors des soins dentaires (Gout, 2016)? Vous avez peut-être déjà entendu dire que des psychologues utilisent couramment l'hypnose dans leur pratique (Bioy, 2005)?

L'hypnose demeure un concept abstrait et méconnu pour plusieurs. Toutefois, pour de nombreux chercheurs et cliniciens, l'hypnose est à la fois captivante et source de plusieurs écrits scientifiques dans les dernières années (Häuser, Hagl, Schmierer et Hansen, 2016; Jiang, White, Greicius, Waelde et Spiegel, 2017; Terhune, Cleeremans, Raz et Lynn, 2017). Les paragraphes suivants vous permettront de vous familiariser avec ce domaine.

## QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE?

L'hypnose est une modalité thérapeutique dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement de la douleur (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014). Cette méthode consiste à modifier ou même bloquer le

signal et la perception de douleur par la mise en place d'un état de conscience modifié ou de dissociation, appelé transe hypnotique, accompagné d'un état de relaxation profonde (Benhaïem, 2006). Cet état peut être induit par un intervenant formé pour exercer l'hypnose ou par le patient lui-même via l'autohypnose (Bioy et Célestin-Lhopiteau). Contrairement aux croyances populaires, il est important de noter que durant une séance d'hypnose thérapeutique, la personne demeure éveillée et consciente de ce qu'elle fait, de ce qui se produit ou de ce qui est dit. Ainsi, il est essentiel, préalablement à l'intervention, de démystifier les préjugés que pourrait avoir le patient en lien avec cette modalité. Pour ce faire, une discussion avec la personne afin de connaître ses croyances et ses craintes en lien avec l'hypnose peut permettre de clarifier les perceptions ainsi que d'établir une relation de confiance. L'établissement de cette relation de confiance entre la personne et le thérapeute est un élément clé du succès de l'hypnose (Tanner, 2017; Woods, 1989).

Une fois la relation thérapeutique établie, la première étape d'une séance d'hypnose est la phase d'induction à la transe hypnotique. Celle-ci a pour but de préparer la personne à la prochaine étape par des techniques diverses, telles que la relaxation et la respiration (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014). La transe hypnotique est un état de conscience utilisant tout l'imaginaire de la personne dans son contexte particulier. Les mots prennent alors une signification unique pour le patient selon sa propre réalité. On parle d'un effet « top-down » (mécanismes cérébraux qui influencent la périphérie) au lieu d'un effet « down-up » (mécanismes périphériques qui

influencent l'activité des structures cérébrales), observé lors des séances de relaxation plus standards (Terhune, Cleeremans, Raz et Lynn, 2017). Durant la deuxième étape, les cliniciens utilisent des métaphores ou des suggestions hypnotiques qui ont pour but d'amener la personne à utiliser et à intégrer les mots proposés de manière personnelle (Vanhaudenhuyse et Faymonville, 2015). Différentes techniques de suggestions existent pour diminuer ou contrôler la douleur. Notons, par exemple, la technique du déplacement, qui consiste à évoquer un transfert de la douleur vers une partie du corps non atteinte. Il est également possible, durant la transe hypnotique, de redéfinir les possibilités fonctionnelles (comme se laver ou courir) que le patient ne peut concevoir à son état habituel de réalité douloureuse. L'imaginaire du patient fait le travail, libérant ainsi le thérapeute de devoir trouver la solution pour mettre le patient en action. Ainsi, durant l'hypnose, le patient réalise mentalement des tâches sans ressentir la douleur normalement perçue lors de la vie quotidienne. L'imaginaire hypnotique est un lieu privilégié de transformation perceptuelle. Finalement, les séances se terminent par la fin de la transe hypnotique, la personne revient à sa pleine conscience pendant la phase dite de réveil, bien que la personne ne fût pas endormie. C'est avec différentes techniques que le thérapeute y parvient, par exemple, en suggérant le réveil après un compte à rebours à partir de cinq ou bien avec un simple claquement de doigts (Roustant, 1994).

L'utilisation de l'hypnose ne nécessite en soi aucun matériel, la communication étant l'outil principal et essentiel de cette intervention. Une formation adéquate est requise, afin de bien comprendre les fondements et de pouvoir l'utiliser dans sa pratique. Il existe plusieurs écoles de pensée sur l'hypnose; l'hypnose ericksonienne en est un exemple (Erickson, Hershman et Secter, 2014; Lynn et Kirsch, 2015). Pour plus de renseignement au sujet des formations, vous pouvez vous informer auprès de la Société québécoise d'hypnose (<http://sqh.info>) ou auprès de l'International Society of Hypnosis (<https://www.ish-hypnosis.org/>).

## UTILISER L'HYPNOSE POUR GÉRER LA DOULEUR

Dans un contexte de soins pour lequel les coûts sont

importants, l'hypnose se veut une option à moindre coût dans certains contextes médicaux (Berger et coll., 2010; Lang et Rosen, 2002; VandeVusse, Irland, Berner, Fuller et Adams, 2007) et peut favoriser une diminution de prise de médicaments (Lang et coll., 2008). On peut envisager qu'une diminution de la quantité d'analgésiques pharmacologiques est susceptible d'avoir un impact favorable sur les effets indésirables associés à la médication. Ainsi, l'hypnose s'avère un outil fort intéressant pour bonifier et compléter ceux déjà utilisés dans le soulagement de la douleur.

Plusieurs recherches ont été réalisées auprès de différentes clientèles pour évaluer l'efficacité de l'hypnose. Les personnes souffrant du syndrome douloureux régional complexe, les soins palliatifs, le traitement des grands brûlés, les personnes souffrant de douleurs reliées au cancer et les douleurs reliées à l'accouchement sont des exemples de contextes dans lesquels l'utilisation de l'hypnose donne des résultats intéressants (Baber et Moreni, 2015; Cramer, Lauche, Langhorst, Kummel et Dobos, 2015; Facco, Casiglia, Zanette et Testoni, 2017; Mejuto, Laversenne et Souto, 2014).

Contrairement à certaines croyances, l'hypnose n'est pas liée à un effet placebo et ses effets sur le corps vont bien au-delà de la relaxation (Facco, 2017; Frischholz, 2007; Parris, 2016; Rainville et Price, 2003). Par ailleurs, des recherches ont démontré que la transe hypnotique peut agir directement sur l'aspect motivo-affectif de la douleur via le cortex cingulé antérieur et l'insula (McGeown, Mazzoni, Vannucci et Venneri, 2014; Rainville et Price). Autrement dit, la réduction de la douleur n'est pas seulement imaginée ou simulée par la personne, mais repose sur des changements neurophysiologiques observables au niveau du cerveau (Rainville, Carrier, Hofbauer, Bushnell et Duncan, 1999). L'hypnose agirait aussi indirectement sur la douleur par le biais d'autres effets tels que la dissociation et la restructuration cognitive, effet provenant du travail de l'imaginaire du patient en transe hypnotique (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014).

Des études démontrent que l'utilisation de l'hypnose [suite page 04]

L'HYPNOSE : UNE NOUVELLE AVENUE À CONSIDÉRER POUR LES PROFESSIONNELLS DE LA RÉADAPTATION

lors des soins dentaires permet de limiter l'anxiété (Jugé et Tubert-Jeannin, 2013), la salivation ainsi que la douleur (Abdeshahi, Hashemipour, Mesgarzadeh, Payman et Monfared, 2013). Dans d'autres études, des médecins ont utilisé l'hypnose lors de chirurgies (Defechereux et coll., 2000; Virot et Bernard, 2010). Par exemple, dans une étude récente, les chercheurs ont utilisé l'hypnose comme méthode de sédation lors de cervicotomie (intervention chirurgicale au niveau du cou) (Labarriere et coll., 2015). Les résultats montrent que l'utilisation de l'hypnose n'a pas augmenté les complications potentielles et que les participants (n=41) étaient satisfaits. En effet, tous les participants sauf un se disaient prêts à revivre l'expérience d'une chirurgie sous hypnose ou à recommander cette méthode à un proche (Labarriere). Dans une autre étude, les auteurs se sont intéressés à l'utilisation de l'hypnose comme alternative à l'anesthésie générale, lors de diverses chirurgies mineures, auprès d'enfants âgés entre 5 et 18 ans. La satisfaction globale des parents et des enfants face à cette méthode d'intervention s'est avérée excellente (Philippe et coll., 2015). Selon une recension des écrits portant sur l'utilisation de l'hypnose chez les grands brûlés, cette modalité antalgique permet d'adopter une prise en charge holistique de la personne et permet de renforcer la relation thérapeutique entre le patient et le professionnel de la santé (Mejuto, Laversenne et Souto, 2014). Ces deux derniers éléments, rappelons-le, sont au cœur de la pratique de l'ergothérapie (Polatajko, Townsend et Craik, 2007).

Par ailleurs, la kinésiophobie est une crainte excessive et irrationnelle de l'activité physique et du mouvement. Elle est associée au modèle de peur-évitement (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, et Van Eek, 1995). Selon ce modèle, lors d'une blessure physique, les traits de personnalité d'un individu associés avec des croyances défavorables entraînent l'évitement des activités qui peuvent, selon celui-ci, aggraver la blessure ou augmenter la douleur. Lors de comportements d'évitements, la performance fonctionnelle des individus reste sous-maximale s'ils perçoivent l'activité comme menaçante pour leur bien-être. De plus, cette peur de bouger les met en situation d'incapacité entre autres dans des sphères propres aux champs d'expertise de l'ergothérapeute;

les activités significatives, les loisirs, le travail, ainsi que les activités de la vie quotidienne et domestique (Leeuw et coll., 2007). Les ergothérapeutes ont donc un rôle important à jouer par rapport à la kinésiophobie, afin que les personnes qui en souffrent puissent maintenir une qualité de vie satisfaisante. Également, la kinésiophobie est connue comme étant un facteur limitant l'évolution de la réadaptation (drapeaux jaunes). Ainsi, il est essentiel que les ergothérapeutes soient en mesure d'intervenir sur cette condition (Nicholas, Linton, Watson, Main, et "Decade of the Flags" Working Group, 2011; Picavet, Vlaeyen et Schouten, 2002). Serait-il envisageable pour les ergothérapeutes d'utiliser l'hypnose comme modalité d'intervention, afin de diminuer la kinésiophobie ?

**UTILISER L'HYPNOSE POUR DIMINUER LA KINÉSIOPHOBIE**

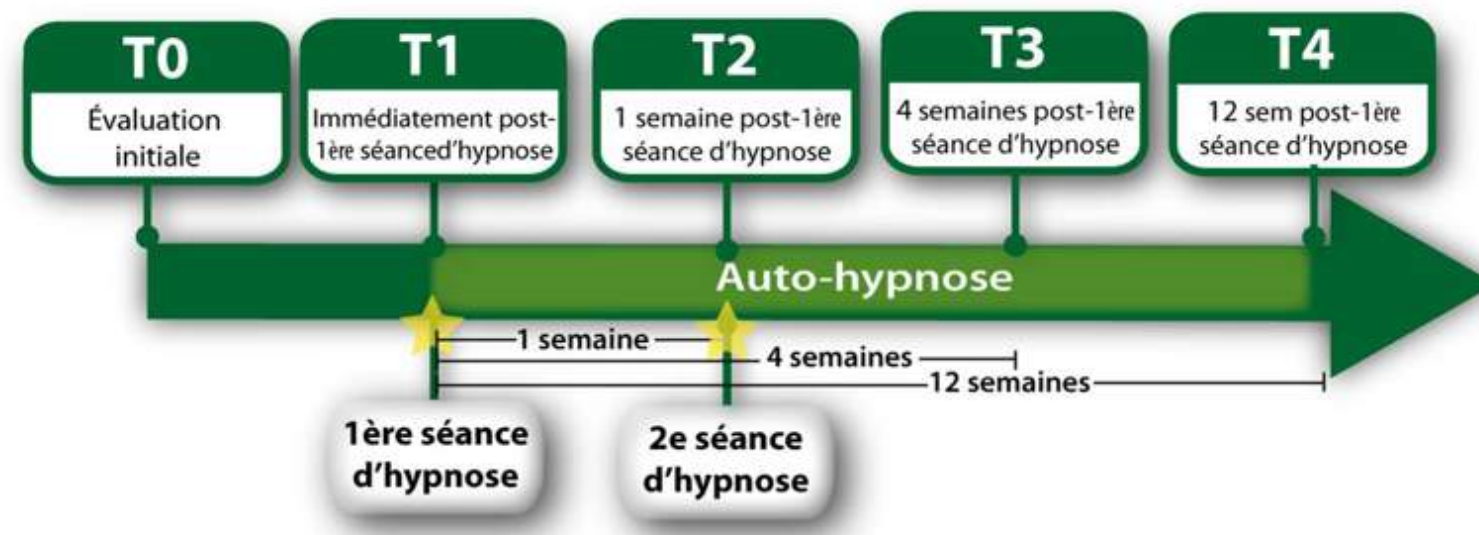
Dans le cadre de notre projet de maîtrise professionnelle, nous nous sommes intéressés à l'hypnose. L'objectif principal de cette étude exploratoire était de déterminer si l'hypnose combinée à l'autohypnose pouvait réduire la kinésiophobie (la peur du mouvement) chez des aînés souffrant d'affections douloureuses de l'appareil locomoteur. En deuxième lieu, nous désirions évaluer si ce type de programme pouvait réduire l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur.

Trois participants ont été recrutés et ont complété l'étude. Il s'agissait de trois femmes âgées entre 61 ans et 74 ans qui souffraient de douleur chronique depuis plus de cinq ans. Leurs douleurs avaient différentes origines : une dame souffrait d'arthrose qui entraînait des douleurs au niveau des genoux, une autre souffrait de douleur au niveau du cou depuis un accident de motocyclette survenu il y a 30 ans, et la dernière souffrait de douleur généralisée à différentes articulations et avait un diagnostic de fibromyalgie.

Le programme complété par les participantes consistait en deux séances individuelles d'hypnose d'environ une heure à intervalle d'une semaine, chevauées par douze semaines d'autohypnose (Figure 1)

L'HYPNOSE : UNE NOUVELLE AVENUE À CONSIDÉRER POUR LES PROFESSIONNELLS DE LA RÉADAPTATION

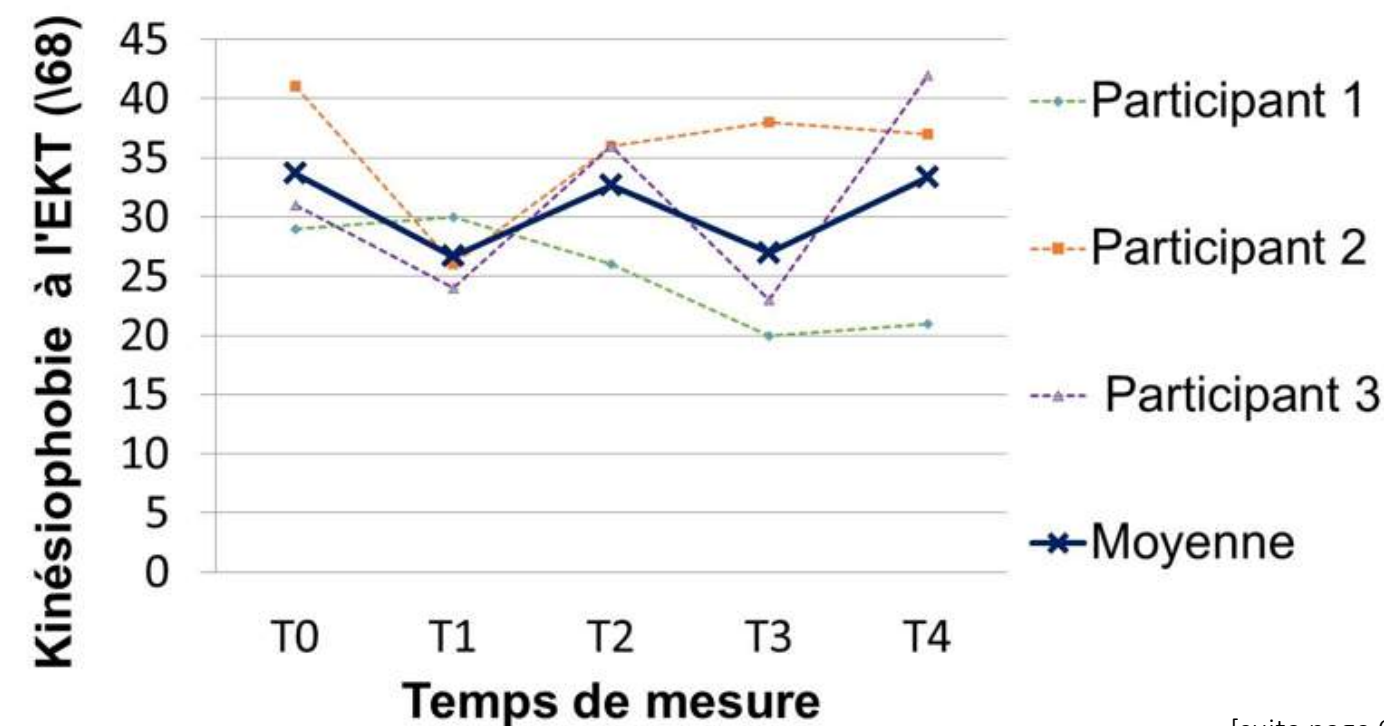
**Figure 1**  
Déroulement de l'étude et collecte de données



Nos résultats démontrent qu'immédiatement après la première séance d'hypnose, une diminution cliniquement significative de la kinésiophobie à l'Échelle de kinésiophobie de TAMPA (French, Roach et Mayes, 2002) a été observée chez deux des trois participantes. Toutefois, les effets n'ont pas perduré

dans le temps, puisque, au final, le score moyen était revenu au niveau initial (Figure 2). Étant donné qu'aucune autre étude n'a été menée sur les effets de l'hypnose sur la kinésiophobie, il est difficile d'évaluer et comparer les résultats obtenus.

**Figure 2**  
Évolution de la kinésiophobie en fonction du temps de mesure

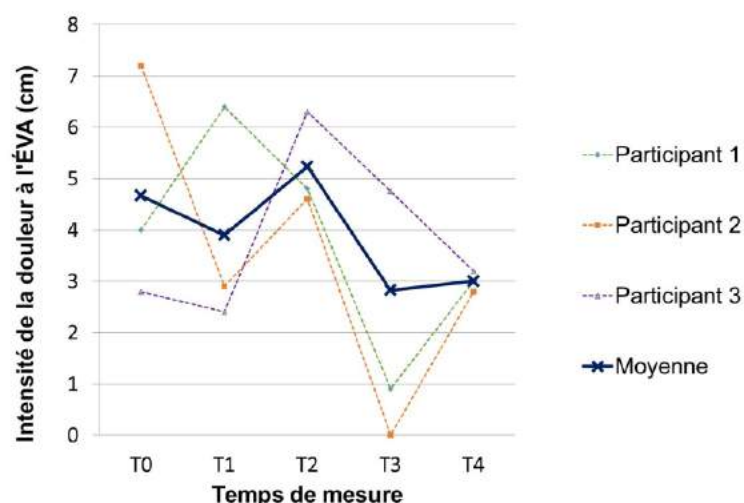


[suite page 06]

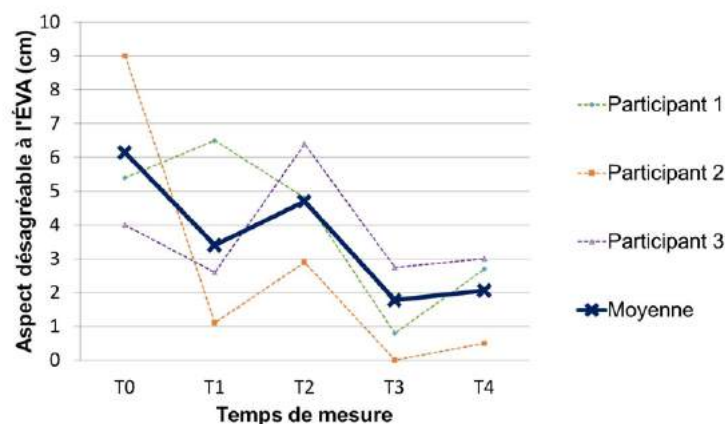
Nos résultats concernant la douleur, évaluée sur une échelle visuelle analogue, montrent pour leur part une diminution cliniquement significative qui se maintient dans le temps autant pour l'intensité (Figure 3) que pour l'aspect désagréable (Figure 4) de la douleur. Ces observations concordent avec les écrits scientifiques qui ont démontré l'effet positif de l'hypnose et de l'autohypnose sur la douleur.

Nos résultats nous amènent à croire que l'utilisation de l'hypnose en contexte de réadaptation pourrait être un outil intéressant pour certaines affections, telles que la kinésiophobie. En effet, les indices de kinésiophobie sont souvent évalués par les professionnels de la réadaptation pour identifier les personnes à risque de ne pas évoluer favorablement. Par contre, une fois identifiée, ce problème est généralement peu ou pas abordé dans les milieux cliniques, probablement en raison du manque d'outils pour la renverser ou la diminuer. Il est connu que la kinésiophobie peut avoir des répercussions néfastes pour la personne. Elle peut contribuer à la chronicisation de la douleur et pousse l'individu à éviter l'activité physique, ce qui peut entraîner un déconditionnement physique et des incapacités prolongées dans plusieurs sphères de la vie telles que des arrêts de travail, de l'isolement social et une diminution des loisirs (Leeuw et coll., 2007).

**Figure 3**  
Intensité de la douleur en fonction des temps de mesure



**Figure 4**  
Aspect désagréable de la douleur en fonction des temps de mesure



De nouvelles approches, telles que l'hypnose, sont donc souhaitables afin de réduire l'incidence négative de la kinésiophobie pour les patients vus en réadaptation. Il serait intéressant de poursuivre les recherches pour voir, par exemple, si des séances d'hypnose supplémentaires pourraient apporter des effets plus durables sur la kinésiophobie ou sur d'autres éléments compromettant la réadaptation, comme la dramatisation de la douleur (Sullivan et coll., 2001).

Actuellement, l'utilisation de l'hypnose et de l'autohypnose est totalement absente de la formation des ergothérapeutes et physiothérapeutes du Québec. Il est souhaitable que d'autres recherches se réalisent, afin de stimuler le milieu de la réadaptation à envisager l'utilisation de l'hypnose et de l'autohypnose comme outils supplémentaires dans la prise en charge des personnes souffrant de douleur aiguë ou chronique.

Remerciements : les auteurs tiennent à remercier Mme Carole Mainville (psychologue et hypnothérapeute) pour son aide lors de la collecte de données.

Pour joindre l'équipe :  
guillaume.leonard@usherbrooke.ca

**RÉFÉRENCES**

Abdeshahi, S. K., Hashemipour, M. A., Mesgarzadeh, V., Payam, A. S. et Monfared, A. H. (2013). Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 41(4), 310-315.

Barber, A. et Moreni, A. (2015). Place de l'hypnose dans le traitement des syndromes douloureux régionaux complexes. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(162), 45-49.

Benhaiem, J. M. (2006). *L'hypnose qui soigne*. Paris, France : Josette Lyon.

Berger, M. M., Davadant, M., Marin, C., Wasserfallen, J. B., Pinget, C., Maravic, P., ... et Chiolerio, R. L. (2010). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*, 36(5), 639-646.

Bioy, A. (2005). Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique. *Perspectives Psy*, 44(5), 346-354.

Bioy, A. et Célestin-Lhopiteau I. (2014). *Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions*. Paris, France : Éditions Dunod.

Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., Langhorst, J., Kümmel, S. et Dobos, G. J. (2015). Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled trials. *Integrative cancer therapies*, 14(1), 5-15.

Defechereux, T., Degauque, C., Fumal, I., Faymonville, M. E., Joris, J., Hamoir, E. et Meurisse, M. (2000). L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. *Annales de chirurgie*, 125(6), 539-546.

Erickson, M. H., Hershman, S. et Senter, I. I. (2014). *The practical application of medical and dental hypnosis*. New York, NY : Routledge.

Facco, E. (2017). Meditation and Hypnosis: Two Sides of the Same Coin?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 65(2), 169-188.

Facco, E., Casiglia, E., Zanette, G. et Testoni, I. (2017). On the way of liberation from suffering and pain: role of hypnosis in palliative care. *Annals of Palliative Medicine*. Prépédition. doi:10.21037/apm.2017.04.07

French, D. J., Roach, P. J. et Mayes, S. (2002). Peur du mouvement chez des accidentés du travail: L'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(1), 28.

Frischholz, E. J. (2007). Hypnosis, hypnotizability, and placebo. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(1), 49-58.

Gout, J. C. (2016). *Apport de l'hypnose dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste* (Thèse de doctorat inédite). Université de Toulouse III. Repéré à <https://theses.ups-tlse.fr/1233/1/2016TOU33026.pdf>

Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A. et Hansen, E. (2016). The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: a systematic review of meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(17), 289.

Hesselstrand, M., Samuelsson, K. et Liedberg, G. (2015). Occupational therapy interventions in chronic pain—a systematic review. *Occupational therapy international*, 22(4), 183-194.

Jiang, H., White, M. P., Greicius, M. D., Waelde, L. C., et Spiegel, D. (2017). Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cerebral cortex*, 27(8), 4083-4093.

[suite page 08]

Jugé, C. et Tubert-Jeannin, S. (2013). Effets de l'hypnose lors des soins dentaires. *La Presse Médicale*, 42(4), e114-e124.

Labarriere, C., Buchberger, M., Durand, M., Chafanjon, P., Albaladejo, P., et Payen, J. F. (2015). Chirurgie endocrinienne cervicale sous hypnosédation, expérience d'un centre hospitalo-universitaire. *Anesthésie et Réanimation*, 1, A155-A156.

Lang, E. V., Berbaum, K. S., Pauker, S. G., Faintuch, S., Salazar, G. M., Lutgendorf, S., ... et Spiegel, D. (2008). Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 19(6), 897-905.

Lang, E. V., et Rosen, M. P. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. *Radiology*, 222(2), 375-382.

Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., et Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, 30(1), 77-94.

Lynn, S. J., et Kirsch, I. (2015). Clinical hypnosis. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*.

Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur* (2e éd.). Montréal, Québec : Chenelière education inc.

McGeown, W.J., Mazzoni, G., Vannucci, M. et Venneri, A. (2014). Structural and functional correlates of hypnotic depth and suggestibility. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231(2), 151-159.

Mejuto, K., Laversenne, L. et Souto, M. (2014). *L'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur du grand brûlé* (Travail de bachelier). Haute école de santé à Genève). Repéré à [http://doc.ro.ch/record/232363/files/Travail\\_de\\_Bachelor.pdf](http://doc.ro.ch/record/232363/files/Travail_de_Bachelor.pdf)

Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., et Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 138-153.

Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., Main, C. J., et "Decade of the Flags" Working Group. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Physical therapy*, 91(5), 737-753.

Parris, B. A. (2016). The prefrontal cortex and suggestion: Hypnosis vs. placebo effects. *Frontiers in psychology*, 7, 415.

Picavet, H. S. J., Vlaeyen, J. W. et Schouten, J. S. (2002). Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *American journal of epidemiology*, 156(11), 1028-1034.

Philippe, C., Redoules, B., Sola, C., Bringuier, S., Chica, L., Capdevila, X., ... et Dadure, C. (2015). L'hypnoanalgésie comme alternative à l'anesthésie générale en chirurgie pédiatrique... c'est possible!. *Anesthésie et Réanimation*, 1, A321-A322.

Polatajko, H. J., Townsend, E. A. et Craik, J. (2007). Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E). Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being et justice through occupation* (p.23). Ottawa, ON : Publications ACE.

Rainville, P. et Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(2), 105-129.

Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C. et Duncan, G. H. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82(2), 159-171.

Roustang, F. (1994). *Qu'est-ce que l'hypnose*. Paris, France: Les Éditions de Minuit.

Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A. et Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.

Tanner, E. (2017). Hypnosis and Clinical Social Work Practice. *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches*, 276.

Terhune, D. B., Cleeremans, A., Raz, A. et Lynn, S. J. (2017). Hypnosis and top-down regulation of consciousness. *Neuroscience et Biobehavioral Reviews*.

Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., et Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.

VandeVusse, L., Irland, J., Berner, M. A., Fuller, S. et Adams, D. (2007). Hypnosis for childbirth: A retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(2), 109-119.

Vanhaudenhuyse, A., et Faymonville, M. É. (2015). The use of hypnosis in healthcare. *Revue du Praticien (La)*, 65(4), 457-459.

Virost, C. et Bernard, F. (2010). Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Reuil-Malmaison, France : ARNETTE

Woods, M. (1988). Pain control and hypnosis. *Nursing times*, 85(7), 38-40