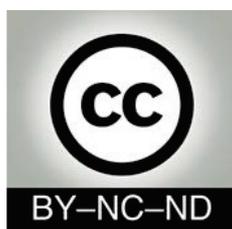




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD  
CHARLES MERIEUX**

---

Année 2019 - N°391

**Vécu de la pratique de l'hypnose par les  
soignants en milieu hospitalier**

**Une étude qualitative menée auprès de 17 soignants de professions et spécialités  
différentes, formés et exerçant au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse**

Thèse

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1

et soutenue publiquement le 12 décembre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

M. MAAGD Clément

Né le 30 mars 1989

A Neuilly-Sur-Seine

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

2018-2019

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

Damien VERHAEGUE

## **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE  
LYON SUD - CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES  
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERI

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE  
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE  
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES  
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES  
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT  
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain MOUGNIOTTE

**U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES**  
**MERIEUX**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)**

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale	
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition - Endocrinologie
LAVILLE Maurice	Thérapeutique - Néphrologie
LINA Gérard	Bactériologie
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MION François	Physiologie
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato –Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire

JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PAPAREL Philippe	Urologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RUFFION Alain	Urologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BELOT Alexandre	Pédiatrie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHO Tae-hee	Neurologie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FRANCO Patricia	Physiologie - Pédiatrie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie -
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence

THAI-VAN Hung  
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra  
TRINGALI Stéphane  
VOLA Marco  
WALLON Martine  
WALTER Thomas  
YOU Benoît

Physiologies - ORL  
Anatomie et cytologie pathologiques  
O.R.L.  
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire  
Parasitologie mycologie  
Gastroentérologie – Hépatologie  
Cancérologie

**PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National**

PIERRE Bernard

Cardiologie

**PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2<sup>ème</sup> Classe)**

BOUSSAGEON Rémy  
ERPELDINGER Sylvie

**PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE**

DUPRAZ Christian  
PERDRIX Corinne

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie - Neurologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey  
SUJOBERT Pierre  
VALOUR Florent  
VUILLEROT Carole

Immunologie  
Hématologie - Transfusion  
Mal infect.  
Médecine Physique Réadaptation

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

BOLZE Pierre-Adrien  
DEMILY Caroline  
HALFON DOMENECH Carine  
JAMILLOUX Yvan  
KOPPE Laetitia  
PETER DEREK  
PUTOUX DETRE Audrey  
RAMIERE Christophe  
SKANJETI Andréa  
SUBTIL Fabien  
VISTE Anthony

Gynécologie Obstétrique  
Psy-Adultes  
Pédiatrie  
Médecine Interne - Gériatrie  
Néphrologie  
Physiologie - Neurologie  
Génétique  
Bactériologie-virologie  
Biophysique. Médecine nucléaire.  
Bio statistiques  
Anatomie

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

SUPPER Irène

**PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy  
BERLAND Michel  
CAILLOT Jean Louis  
CARRET Jean-Paul  
ECOCHARD René  
FLANDROIS Jean-Pierre  
DUBOIS Jean-Pierre  
LLORCA Guy  
MATILLON Yves  
PACHECO Yves  
PEIX Jean-Louis  
SAMARUT Jacques  
TEBIB Jacques

Physiologie  
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale  
Chirurgie générale  
Chirurgie Orthopédique  
Bio-statistiques  
Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière  
Médecine générale  
Thérapeutique  
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention  
Pneumologie  
Chirurgie Générale  
Biochimie et Biologie moléculaire  
Rhumatologie

# COMPOSITION DU JURY

## **Président du jury :**

Monsieur le Professeur François-Noël GILLY

## **Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ

Madame le Professeur Elise PERCEAU-CHAMBARD

Monsieur le Docteur Patrick CHALAYE

## **Invité :**

Monsieur le Docteur Vianney PERRIN

# Le Serment d'Hippocrate

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.*

# Remerciements

## Aux membres du jury :

*Monsieur le Professeur François-Noël GILLY,*

Je n'ai pas eu l'honneur et le plaisir de faire votre connaissance. J'ai été très touché que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse. Vos mots d'encouragement ont été importants pour moi dans la phase finale de la rédaction de cette thèse. Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude.

*Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ,*

Je n'ai pas pu faire votre connaissance auparavant non plus. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ma thèse.

*Madame le Professeur Elise PERCEAU-CHAMBARD,*

Vous avez bien voulu juger ma thèse sans me connaître au préalable. Je vous en suis très reconnaissant, et vous demande de bien vouloir accepter mes sincères remerciements.

*Monsieur le Docteur Patrick CHALAYE,*

Ton esprit critique, et ta capacité de synthèse ont été indispensables pour mener à bien cette thèse. Je te remercie pour ta gentillesse et ta disponibilité, dans une période où je t'ai su particulièrement occupé. Pour tout cela je t'exprime mon respect le plus sincère.

## A ma famille et mes amis :

A **mes parents**, merci de m'avoir accompagné et soutenu pendant ces longues études. Vous avez tout fait pour que je ne manque de rien. Merci de m'avoir encouragé et conseillé au cours de ce parcours semé d'embûches. Sans vous je n'aurais jamais pu y arriver. J'espère vous avoir rendu fier. Je vous aime.

A mon frère **Kevin**, merci d'avoir toujours été là pour me soutenir. Je valorise beaucoup notre complicité. Tu es un petit frère en or.

A **Léonard**, mon premier pote en arrivant à Lyon, mon binôme de P1, tu as été déterminant dans la réussite de ce concours, je n'y serais pas arrivé sans toi. Merci !

A **Jules**, quand je pense à toutes ces soirées mémorables, toutes ces heures passées à étudier à la BU et Médiplus. Je suis impatient de m'associer avec toi et de travailler ensemble dans notre futur cabinet.

A **Xavier**, ensemble nous aurons bien géré cet internat. Je garderais toujours un excellent souvenir de ce semestre d'été à Bourg-en-Bresse. Et que dire du semestre d'hiver à Saint Jean de Dieu !

A **Valentin**, merci d'avoir été là pour me faire rire aux éclats quand ça n'allait pas. On s'en souviendra de cette semaine magique en Corse.

A **David**, merci pour ton amitié et ta présence. Je me souviendrais toujours de toutes ces soirées passées ensemble avec toi, Jules, Xavier et Valou. Surtout à Brindas !

A mes relecteurs, en particulier **Carole**. Votre aide a été déterminante pour parfaire cette thèse tout au long de sa rédaction, ainsi que dans la dernière ligne droite. Je vous remercie sincèrement.

A **Vianney**, mon formateur aux TAC. Merci de ton soutien et de ton aide pour la réalisation de cette étude.

A **Stéphane**, merci d'avoir organisé et participé à la réalisation de tous les entretiens sur l'hôpital de Bourg-en-Bresse.

Merci aux participants de l'étude sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

# Table des matières

Abréviations .....	13
Introduction.....	14
I. Histoire de l’hypnose .....	14
II. Définitions et choix des termes.....	15
III. Bases théoriques des Thérapies par activation de conscience .....	18
IV. Indications thérapeutiques .....	19
V. Recherche fondamentale et recherche clinique.....	19
A. Sur la physiologie de l’hypnose.....	19
B. Recherche clinique sur l’efficacité de l’hypnose.....	20
VI. Statut règlementaire de l’hypnose.....	20
VII. Formations .....	21
A. Formation universitaire .....	21
B. Formation privée ou associative .....	21
VIII. Les TAC au Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse .....	21
IX. Objectif de notre étude .....	24
Matériel et méthode.....	25
I. Type d’étude.....	25
II. Participants et procédure.....	25
III. Procédure d’entretien.....	26
IV. Analyse du discours.....	26
V. Présentation des résultats.....	27
Résultats.....	28
I. Recueil des données.....	28
A. Entretiens.....	28
B. Description de l’échantillon de population .....	28

II.	Principaux résultats .....	29
A.	Type de pratique et indications.....	29
B.	Bénéfices des TAC .....	31
C.	Inconvénients et limites des TAC.....	40
D.	Facteurs favorisants et freins à la pratique des TAC .....	43
E.	Avis sur la formation initiale et continue.....	48
F.	Pistes d'amélioration.....	52
G.	Idées fortes sur les TAC.....	55
	Discussion.....	58
I.	Sur les résultats.....	58
A.	Type de pratique et indications.....	58
B.	Bénéfices et inconvénients des TAC .....	58
C.	Freins, facteurs favorisants à la pratique, et pistes d'amélioration.....	62
II.	Sur la méthode .....	69
A.	Forces de l'étude.....	69
B.	Limites de l'étude .....	70
III.	Pistes de recherche complémentaire.....	71
A.	Evaluer les effets indésirables .....	71
B.	Etude médico-économique.....	71
C.	Etude quantitative des freins et facteurs favorisants.....	72
	Conclusion .....	73
	Bibliographie.....	74
	Annexes .....	79

# Abréviations

Par ordre d'apparition dans l'étude

- APA : Association américaine de psychologie
- CITAC : Collège International de Thérapies par Activation de la Conscience
- TAC : Thérapies par Activation de la Conscience
- IFH : L'Institut Français d'Hypnose
- CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves
- TEP : Tomographie par Emission de Positons
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- DU : Diplôme Universitaire
- DIU : Diplôme interuniversitaire
- AFEHM : L'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale
- CHB : Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
- SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
- APICIL : Association de Prévoyance Interprofessionnelle des Cadres et ingénieurs de la région Lyonnaise
- CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
- HAD : Hospitalisation à domicile
- EMASP : Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
- EEG : Électroencéphalogramme
- FGSU : Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

# Introduction

## I. Histoire de l'hypnose

L'hypnose a pour but d'induire chez le patient un état de conscience modifié à des fins thérapeutiques. Les premiers signes d'utilisation de pratiques similaires remontent à la préhistoire avec les pratiques chamaniques (1). Au cours de l'histoire ces pratiques seront retrouvées dans la médecine romaine, arabe et égyptienne, et de façon plus contemporaine dans la médecine chinoise et ayurvédique (2).

Les débuts de l'hypnose à visée thérapeutique dans la médecine occidentale remontent au XVIIIème siècle. A cette époque le médecin Franz Anton Mesmer (1734-1815) développe la théorie du magnétisme animal : un fluide emplirait l'univers entier, et c'est sa mauvaise répartition au sein d'un individu qui provoquerait les maladies. Il théorise que le magnétiseur (le thérapeute) serait capable de redistribuer ce fluide chez le magnétisé (le patient), déclenchant une crise convulsive suivie d'une guérison (1).

Lors de ses séances, par l'usage de passes, d'impositions de mains et de suggestions, il induisait une transe chez son patient. Il amena cette pratique à Paris en 1778, et fut rapidement accusé de charlatanisme par ses pairs. La pratique du magnétisme fut découragée et même interdite par les autorités médicales.

Sa théorie fut reprise et améliorée par un de ses élèves, le marquis Armand de Puységur, qui théorisa que c'est le patient lui-même qui œuvre à sa propre guérison, le magnétiseur n'étant qu'un intermédiaire qui induit un état de conscience modifié chez ce dernier (3).

Par la suite, ce fut le chirurgien James Braid (1795-1860) qui popularisa le terme hypnose inventé par le baron Etienne Félix d'Hénin de Cuvillers (2). Il rejeta la théorie des fluides magnétiques, au profit de l'idée que l'état hypnotique serait obtenu par des suggestions, et une fixation de l'attention sur un objet.

Au cours du XIXème siècle, plusieurs chirurgiens eurent recours à l'hypnose en anesthésie pour opérer.

On peut citer le chirurgien James Esdaille, qui à partir de 1845, et sur une période de 7 ans, réalisa plus de 200 interventions sous anesthésie hypnotique. Mais la découverte du protoxyde

d'azote, de l'éther et du chloroforme au milieu du XIXème siècle firent oublier l'usage de l'hypnose en anesthésie.

A la fin du XIXème siècle l'hypnose médicale vit deux courants s'affronter en France. L'école Parisienne de la Salpêtrière fondée par Charcot, célèbre neurologue, pensait que la transe était un état pathologique retrouvé chez les sujets hystériques. Ainsi l'hypnose ne pouvait être proposée qu'à ces derniers.

A l'opposé, l'école de Nancy, fondée par les médecins Hyppolyte Bernheim et Ambroise Liebault, prônait l'hypnose comme un état physiologique qui pourrait être appliquée à tous les sujets, sauf hystériques (1).

Enfin, au milieu du XXème siècle, l'hypnose moderne prend son essor grâce au psychiatre américain Milton Erickson. Celui-ci prône l'usage, dans ses séances, de suggestions non directives et de métaphores, afin de résoudre les problèmes du patient. Les métaphores permettent au patient d'évoluer sans avoir à aborder le problème de manière directe (1).

Ces techniques sont devenues le socle de l'hypnose moderne.

## **II. Définitions et choix des termes**

Une définition unanime de l'hypnose est encore loin d'être acquise entre les différents groupes d'experts (4).

Nous avons relevé en particulier les quatre définitions suivantes :

Le dictionnaire français du Larousse définit ainsi l'hypnose : « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion. » (5)

Milton Erickson définissait l'hypnose comme « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages ». (6)

La British Medical Association proposait cette définition en 1955 : « Un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre 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 ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés » (6)

L'association américaine de psychologie (APA) donne la définition suivante, « A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion. » (7) qui peut être traduite par « un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion. »(8)

Mais l'utilisation du terme « hypnose » a parfois une connotation péjorative dans l'imaginaire populaire. Aussi, le CITAC (Collège International de Thérapies par Activation de la Conscience), l'un des organismes référents en France dans le domaine de l'hypnose médicale, préfère s'éloigner du terme « hypnose ». Il propose plutôt de nommer ces techniques sous la dénomination « Thérapies par Activation de Conscience » ou « TAC » (9).

Le choix de ces termes est fondé sur le développement des neurosciences qui se sont intéressées à l'étude de la conscience et de l'attention. Parmi les inspirations principales, on notera en particulier le modèle de l'espace de travail neuronal global, développé par Stanislas Dehaene et Jean-Pierre Changeux (10).

Ce travail a été réalisé auprès de professionnels formés par des enseignants du CITAC qui préconisent l'abandon du terme « hypnose » au profit de « Thérapies par Activation de Conscience » ou « TAC ».

Toutefois, comme nous le verrons plus loin, le terme « hypnose » reste extrêmement utilisé par les soignants dans leurs pratiques quotidiennes. Ce terme reste aussi beaucoup utilisé par d'autres organismes et thérapeutes de différentes écoles.

Aussi, nous distinguerons 2 cas de figure :

- Lorsque nous parlerons des pratiques sur le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, et des professionnels interrogés dans cette étude, nous parlerons de « Thérapies par Activation de Conscience » ou de « TAC ». Exception sera faite lorsque nous citerons un professionnel usant d'un autre terme.
- Lorsque nous évoquerons l'utilisation de techniques relevant de l'hypnose, à visée médicale, incluant les TAC, mais dans leur globalité, ou alors pour comparer notre étude à la littérature, nous préférerons le terme plus usité « hypnose ».

Au cours de cette étude nous allons régulièrement utiliser plusieurs termes que nous allons définir :

#### Déroulement d'une séance formelle :

Nous n'avons pas trouvé de bibliographie en provenance du CITAC décrivant le déroulement d'une séance formelle. Nous livrons ci-dessous un résumé synthétique des notes prises par l'auteur de cette thèse au cours de sa formation initiale aux TAC par le CITAC :

Avant la séance, le thérapeute définit le motif de prise en charge avec le patient. Il vérifie que le patient et son motif de prise en charge ne présentent pas de contre-indications à la pratique des TAC.

Ensuite le thérapeute va questionner le patient sur ses ressources, qui serviront pour le déroulement de la séance. Avant de la débiter, le thérapeute demande au patient de se fixer un objectif.

Le thérapeute initie l'activation de conscience (induction) par exemple, en demandant au patient de se remémorer un souvenir d'apprentissage. Pendant cette étape l'état de transe s'installe chez le patient, permettant de débiter le travail thérapeutique. Tout au long de la séance le thérapeute va utiliser un langage positif, éviter ou mettre à profit la négation et ratifier le patient quand il perçoit des signes de transe. Tout cela a pour objectif d'induire un changement chez le patient. Pendant la phase thérapeutique, le praticien, en utilisant des métaphores du changement et des suggestions, va orienter le patient vers son but fixé en début de séance. Le thérapeute utilise les ressources du patient pour développer ses métaphores.

A la fin de la séance le thérapeute continue à utiliser des suggestions et des métaphores pour renforcer le travail effectué par le patient pendant la séance. Il va notamment encourager le patient à pratiquer l'auto-hypnose en lui demandant de reproduire l'exercice par lui-même s'il en ressent le besoin.

### Hypnose conversationnelle :

L'induction se confond avec le dialogue entre le praticien et le patient, pour atteindre l'état de conscience modifié. L'atteinte de l'état de conscience modifié s'installe progressivement au fil de la conversation et est moins ritualisé qu'en séance formelle (11).

### Auto-hypnose :

C'est le patient qui induit lui-même l'état de conscience modifié, elle est enseignée par le thérapeute pour que le patient puisse prolonger les bénéfices d'une séance ou travailler d'autres objectifs.

## **III. Bases théoriques des Thérapies par activation de conscience**

L'hypnose n'est plus considérée comme un état proche du sommeil, mais plutôt comme une activation particulière de la conscience, associée à une réorientation de l'attention chez le patient.

A partir du modèle de l'espace de travail neuronal global (10), la conscience n'est plus considérée comme cloisonnée selon les schémas historiques (conscient, inconscient, subconscient). Au contraire, elle est un espace unique toujours actif à intensité variable.

Avec ce nouveau modèle de la conscience les membres du CITAC élaborent un nouveau modèle technique et thérapeutique complémentaire du modèle hypnotique d'Erickson (9).

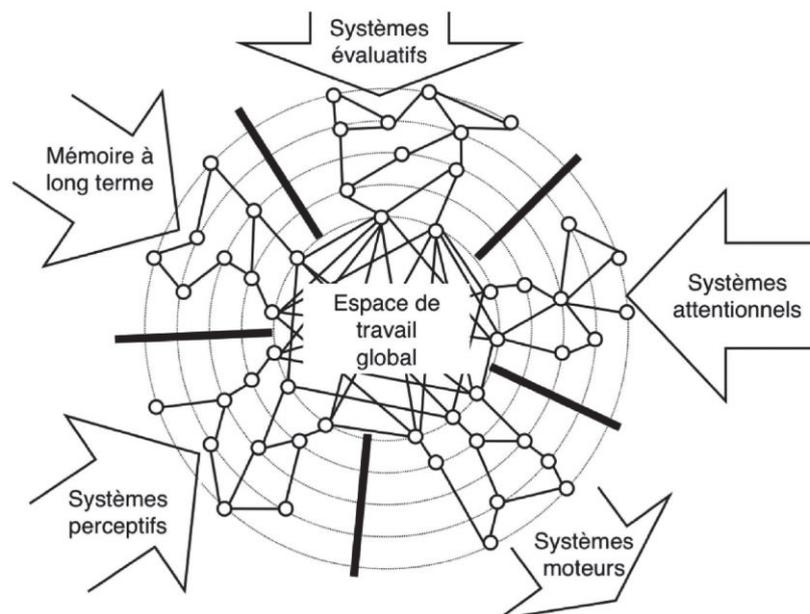


Figure 2 - L'espace de travail neuronal global

## **IV. Indications thérapeutiques**

L'institut français d'hypnose (IFH), le CITAC et la confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves (CFHTB) retiennent les indications suivantes (12,13) :

- Douleurs aiguës et chroniques
- Troubles psychiques, anxiété, dépression, addictions, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, énurésie, phobies
- Troubles fonctionnels digestifs
- Acouphènes
- Préparation mentale des sportifs
- Anesthésie

## **V. Recherche fondamentale et recherche clinique**

### **A. Sur la physiologie de l'hypnose**

Les mécanismes physiologiques de l'hypnose font encore l'objet de recherches.

Bien que l'on ne comprenne pas encore complètement le phénomène, l'avènement de l'imagerie fonctionnelle a permis de montrer qu'il existe des modifications du fonctionnement cérébral sous hypnose par rapport à l'état de veille normal.

A l'aide d'un TEP scanner il a été montré que comparé à l'état de veille, l'hypnose provoque une augmentation de l'activité de certaines régions corticales, associée à une diminution de l'activité d'autres régions corticales (14).

Les mécanismes antinociceptifs de l'hypnose ont été étudiés par Faymonville. A l'aide d'un TEP scanner, cette étude comparait l'activité cérébrale entre un groupe sous hypnose et un groupe à l'état de veille. Les deux groupes étaient exposés à un stimulus nociceptif.

Les auteurs ont constaté une diminution de l'intensité et de la perception affective de la douleur dans le groupe sous hypnose. Ils ont aussi montré que l'état hypnotique modifiait la perception de la douleur en modulant l'activité du cortex cingulaire antérieur (15).

## **B. Recherche clinique sur l'efficacité de l'hypnose**

L'évaluation de l'efficacité de l'hypnose est un sujet complexe (16,17).

En effet le gold standard pour évaluer un traitement reste l'essai randomisé, en double aveugle. Or, dans l'évaluation de l'hypnose il est impossible d'imposer une approche en double aveugle. Par ailleurs, la standardisation est mise à mal à cause de l'hétérogénéité des techniques d'hypnose.

Enfin, à la constance de « composition » d'un médicament standard, on peut opposer que la qualité d'une séance d'hypnose peut fortement varier selon l'expérience du praticien.

En 2015, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) a réalisé un rapport contenant une revue de la littérature concernant l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose (16) :

Six études montrent une diminution de l'utilisation des antalgiques ou anxiolytiques dans le cadre d'une opération chirurgicale, acte de médecine et radiologie interventionnelle (18–23).

Deux études et une revue Cochrane montrent un effet bénéfique dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable (24–26).

Les études évaluant l'hypnose en soins dentaires, santé des femmes, psychiatrie et addictologie ne permettent pas de conclure du fait de méthodologies insuffisantes (16).

## **VI. Statut réglementaire de l'hypnose**

Il n'existe pas d'encadrement légal de la pratique de l'hypnose en France.

Le conseil national de l'ordre des médecins ne reconnaît pas les diplômes d'hypnose (Diplômes Universitaires inclus). Aussi il est interdit d'en faire mention sur sa plaque et ses ordonnances (16).

L'assurance maladie ne prend pas en charge les séances d'hypnose. A noter toutefois qu'il existe un code « acte » dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) sous le libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001) qui est non remboursable (16).

## **VII. Formations**

### **A. Formation universitaire**

En 2015, on recense 12 diplômes universitaires (1 DIU et 11 DU) en France (16).

Ceux-ci sont réservés aux professionnels de santé.

### **B. Formation privée ou associative**

Les formations à l'hypnose sont très nombreuses. Certaines sont réservées uniquement aux professionnels de santé suivant le positionnement de la Société Européenne d'Hypnose et la Société Internationale d'Hypnose. On peut citer en exemple la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB) qui regroupe des organismes ayant adhéré à une charte éthique commune (27). D'autres organismes non adhérents de la CFHTB appliquent un code éthique similaire tel que l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (AFEHM).

Des instituts n'ont pas adhéré à cette charte, et proposent des formations ouvertes au grand public. Certaines sont même labellisées « hypnose thérapeutique », ce qui n'est pas interdit puisqu'il n'y a pour le moment pas d'encadrement légal de la pratique de l'hypnose en France (16).

## **VIII. Les TAC au Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse**

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB) est un vaste établissement, réparti sur 3 sites : l'Hôpital de Fleyriat, la Résidence Emile Pélicand, et l'Hôtel-Dieu.

C'est l'établissement principal du service public de santé sur un large bassin de près de 300 000 habitants.

Son champ d'activité est très large : Urgences, SMUR, spécialités médicales, spécialités chirurgicales, réanimations, soins « mère-enfant », gériatrie, soins palliatifs, hospitalisation à domicile (28).

Le CHB forme ses professionnels de santé aux TAC depuis le mois de mars 2013, notamment grâce au concours de la fondation APICIL.

Une formation de 6 jours, dispensée par des formateurs du CITAC dont le Dr Vianney Perrin, médecin à l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs de l'hôpital (EMASP), a été proposée à un très grand nombre de professionnels, sous forme d'un vaste projet d'établissement. L'objectif était de toucher un maximum de professionnels de différents métiers et spécialités au sein du CHB.

Ainsi, à la fin du mois d'octobre 2019, on comptait 282 professionnels formés aux TAC sur le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

Le Tableau 1 décrit leur répartition dans les différentes professions.

<b>Répartition des 282 professionnels formés aux TAC parmi les différentes professions.</b>	
<b>Profession :</b>	<b>Nombre :</b>
<b>- Médecins</b>	73
Dont :	
• Médecins en soins palliatifs	7
• Hépatogastro-entérologues	3
• Addictologues	2
• Rhumatologues	2
• Dermatologues	1
• Pneumologues	1
• Angiologues	1
• Endocrinologues	1
• Médecins de consultation de Santé publique	1
• Anesthésistes	6
• Réanimateurs	3
• Urgentistes/SMUR	13
• Gériatres	6
• Onco-gériatres	1
• Médecin en unité pénitentiaire	2

• Chirugiens	6
• Médecins en hospitalisation à domicile	1
• Pédiatres	3
• Radiologues	1
<b>- Pharmaciens</b>	1
<b>- Dentistes</b>	2
<b>- Infirmiers</b>	132
Dont :	
• Infirmiers anesthésistes	14
• Infirmiers de bloc opératoire	7
• Infirmière puéricultrice	2
<b>- Cadres de santé</b>	5
<b>- Aides-soignants</b>	27
<b>- Auxiliaires-puéricultrices</b>	5
<b>- Manipulateurs en électroradiologie</b>	5
<b>- Manipulateurs en radiothérapie</b>	4
<b>- Kinésithérapeutes</b>	6
<b>- Ergothérapeutes</b>	4
<b>- Sages-femmes</b>	6
<b>- Diététiciens</b>	2
<b>- Secrétaires</b>	4

## **IX. Objectif de notre étude**

Si l'hypnose a fait l'objet de nombreuses publications, l'analyse de la bibliographie de ce sujet est complexe : l'absence de définition consensuelle, les pratiques très hétérogènes de cet outil et le niveau de preuve le plus souvent faible des méthodologies n'autorisent guère à poser des conclusions fiables ou comparer des résultats.

En ce qui nous concerne, si une majorité de la bibliographie s'intéresse à la physiologie du phénomène hypnotique ou aux bénéfices/risques pour les patients, nous avons été interpellés par le manque d'études s'intéressant à l'expérience et au vécu des professionnels de santé formés à l'hypnose, notamment au sein d'un centre hospitalier.

Or, dans cette dynamique particulière choisie par le CHB de former très largement et très diversement les professionnels de santé aux TAC, il nous semblait intéressant de faire ressortir les apports et les limites de cet outil, lorsqu'il est utilisé à grande échelle sur un établissement.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer l'expérience, le vécu, les bénéfices et limites perçus dans la pratique de l'hypnose, pour des professionnels de différents métiers et spécialités au sein du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

# **Matériel et méthode**

## **I. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative à visée phénoménologique par entretiens semi-dirigés (29).

La méthode qualitative a été choisie car elle permet d'explorer les points de vue et les comportements d'une population sélectionnée.

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés car cela permettait des échanges plus libres avec la possibilité de poser des questions ouvertes, tout en orientant l'entretien autour de grands thèmes définis.

## **II. Participants et procédure**

Les entretiens ont été menés auprès de salariés de différentes professions et de différents services du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

Nous avons ainsi cherché à interroger : médecins, chirurgiens, infirmiers (dont ceux spécialisés en anesthésie et bloc opératoire), aides-soignants, psychologues, secrétaires, manipulateurs radios, kinésithérapeutes, manipulateurs de radiothérapie, diététiciens.

Nous avons aussi cherché à couvrir différents types de services : soins palliatifs, hospitalisation à domicile, oncologie, médecine, anesthésie, chirurgie, bloc opératoire, pédiatrie, accueil des urgences.

Pour recruter les sujets, nous avons utilisé le listing des praticiens formés à l'hypnose tenu par le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) de l'hôpital.

Les critères d'éligibilité pour participer à cette étude étaient les suivants : être salarié du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, et avoir participé au minimum à la formation de 6 jours proposée par l'établissement et validée par le CITAC.

Toutes les personnes interrogées ont donné leur consentement éclairé avant l'inclusion à l'étude.

### **III. Procédure d'entretien**

Les renseignements socio-administratifs nécessaires ont été collectés : âge du sujet, sexe, profession, service d'appartenance et temps écoulé entre la première formation à l'outil hypnotique et l'inclusion dans l'étude.

Après proposition d'inclusion du professionnel par l'investigateur, un rendez-vous était pris pour la réalisation d'un entretien semi-directif. Celui-ci était réalisé soit dans le service d'appartenance du sujet, soit dans les locaux de l'Unité de Soins Palliatifs (USP), soit dans ceux de l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.

Les questions étaient articulées de manière à connaître le vécu des professionnels quant à leur utilisation de l'outil hypnotique au sein de leur pratique et d'explorer les bénéfices et limites qu'ils en perçoivent. Ces questions étaient inspirées d'un guide d'entretien qui a été testé sur 3 sujets, avant d'être corrigé et validé par une équipe de professionnels pratiquant l'hypnose. (Guide en Annexe 1)

Un enregistrement audio, puis une retranscription de verbatim de ces entretiens avec le logiciel f4transkript ont été réalisés.

Les deux investigateurs qui ont conduit ces entretiens étaient un médecin et un interne formés à l'outil hypnotique dans le même cadre que les professionnels interrogés. L'investigateur principal (l'interne) connaissait peu ou pas les professionnels interrogés.

Le nombre minimum de professionnels inclus était fonction des différentes professions et services que nous avons cherché à représenter. Cet effectif a été adapté en utilisant le principe de saturation des données. La saturation des données apparaissait au moment où le chercheur faisait le constat rigoureux que les données déjà inventoriées continuaient à se répéter de manière systématique et qu'aucune nouvelle information pertinente pour l'étude n'émergeait.

### **IV. Analyse du discours**

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse lexicale et qualitative avec le logiciel Nvivo Pro 12 afin de trouver des concordances et des différences de propos, permettant d'approcher une connaissance des vécus, bénéfices et limites les plus fréquents dans la pratique de l'hypnose, ainsi que de leur variabilité.

Nous avons analysé manuellement les verbatims selon une méthode socio-anthropologique à

travers une procédure inductive. Une première étape a consisté à interpréter chaque entretien de manière indépendante, verticale, afin d'en saisir le sens général. Cette première étape a nécessité en général plusieurs lectures attentives du sens que la personne interrogée attribuait à son vécu. Une seconde étape procédait à l'identification plus fine « d'unités de significations » permettant de saisir les processus interprétatifs à l'œuvre. Il s'agissait alors de diviser l'entretien en « unités de significations » afin de mettre en lumière, lors d'une troisième étape, le sens sous-jacent de ce que le participant voulait exprimer. Enfin, la dernière étape de l'approche verticale résidait dans le regroupement de ces « unités de significations » en des thèmes centraux permettant d'obtenir une description organisée des items de sens.

Cette étape a été réalisée par 2 chercheurs de façon indépendante : l'un était l'un des 2 investigateurs des entretiens semi-dirigés, l'autre était un médecin de l'Unité de Soins Palliatifs formé aux TAC.

Ils ont ensuite comparé leurs résultats lors de plusieurs réunions et discuté tous les points de divergence concernant les thématiques rencontrées dans chaque entretien.

Cette analyse verticale a été ensuite complétée par une analyse plus horizontale qui a permis de mettre en relation l'ensemble des entretiens réalisés. Lors de cette dernière étape, l'ensemble des éléments analysés ont été regroupés en fonction de leurs similitudes ou divergences afin d'en dégager les logiques sémantiques structurantes.

## **V. Présentation des résultats**

Les citations extraites du discours des participants sont présentées en italique pour appuyer nos conclusions. Un minimum d'édition a été réalisé pour préserver l'authenticité. Nous avons utilisé des parenthèses (...) pour indiquer qu'une partie de la citation avait été tronquée en cas d'information non pertinente. Lorsqu'il était nécessaire de clarifier le contexte, nous avons ajouté des informations entre crochets [...].

# **Résultats**

## **I. Recueil des données**

### **A. Entretiens**

Toutes les personnes sollicitées ont accepté de participer.

Les trois premiers entretiens ont été réalisés au cours de l'été 2017 et ont servi à affiner le canevas d'entretien. Puis les entretiens 4 à 17 ont été réalisés sur la période de novembre 2017 à janvier 2018.

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes, le plus court était de 13 minutes et le plus long était de 42 minutes.

### **B. Description de l'échantillon de population**

Les 17 personnes travaillaient au sein du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse et avaient toutes reçu la formation de 6 jours proposée par le CHB.

Dans l'échantillon on recense 15 femmes et 2 hommes.

Dans les professions exercées il y avait 6 infirmiers, 2 médecins, 2 manipulateurs radio, 1 chirurgien, 1 aide-soignant, 1 kinésithérapeute, 1 psychologue, 1 secrétaire, 1 diététicien et 1 secrétaire médical.

Les spécialités ou services d'appartenance étaient les suivants : soins palliatifs et équipe mobile de soins palliatifs, hospitalisation à domicile, chirurgie digestive, radiologie, bloc chirurgical, consultation douleur, consultations externes, pôle mère enfant, et addictologie.

L'âge des participants allait de 34 à 52 ans, avec un âge moyen de 44 ans.

L'ancienneté d'exercice de leur profession allait de 4 à 27 ans, avec une moyenne de 17 ans.

## **II. Principaux résultats**

### **A. Type de pratique et indications**

#### **1) Type de pratique**

Dix participants utilisent quotidiennement l'hypnose conversationnelle (participants n°1-2-3-4-8-11-12-13-14-17).

Deux sujets utilisent régulièrement l'hypnose en séances formelles (participants n°11 et 15).

Sept participants n'utilisent pas régulièrement les séances formelles (participants n°1-4-5-8-9-13-14), souvent à cause de freins que nous aborderons plus loin.

Trois participants ne pratiquent pas du tout l'hypnose en séance formelle (participants n°2-7-16).

Quatre participants expliquent enseigner l'auto-hypnose aux patients pour leur permettre d'être autonomes (participants n°1-5-11-17).

#### **2) Indications**

##### **a. Prise en charge de la douleur**

La douleur est un motif de prise en charge régulièrement rapporté par les participants de l'étude.

Dans la douleur induite par les soins, il nous a été donné comme exemples d'application :

- Lors des fibroscopies (participant n°4).
- Lors de la reprise de la marche, en période post-opératoire (participant n°10).
- Lors d'une réduction de luxation d'épaule (participant n°11).
- Lors des mobilisations pour les examens en radiologie (participant n°13).
- Lors des biopsies sous imagerie (participant n°13).
- Dans le cadre de l'anesthésie locorégionale (participant n°15).

Dans la douleur d'origine pathologique telle que :

- Céphalées (participants n°6-10)
- Traumatismes, lors de la prise en charge aux urgences (participants n°13-16)
- Neuropathies (participant n°17)

## b. Prise en charge de l'anxiété

L'anxiété est aussi un motif de prise en charge mentionné par une majorité des participants, notamment pendant l'accueil des patients (participants n°12-13-15), avant de faire un soin douloureux (participants n°4-9-15), avant de réaliser un EEG (participant 4), avant une cure de chimiothérapie (participant n°6), dans l'attente d'un résultat d'imagerie (participant n°13), ou pour favoriser la prise des repas (participant n°17).

## c. Qualité relationnelle

### (a) *Pour améliorer l'accueil du patient*

Les participants n°4 et 14 utilisent l'hypnose conversationnelle pour accueillir les patients, afin d'installer confortablement le patient et expliquer la démarche des soins.

Le participant n°14 explique que l'hypnose conversationnelle lui permet de mieux obtenir la confiance des patients et un certain « lâcher-prise » de leur part, en le poussant à s'intéresser plus à leur personne et à leur vécu.

*P14 – « J'ai changé ma façon d'accueillir les gens, donc je suis plus dans le, je m'intéresse à ce qu'ils ont fait, ce qu'ils font, plutôt que pourquoi ils sont là. Voilà et du coup ça les met en confiance pendant la pose de voie veineuse, ou juste à l'accueil, ça les met en confiance, et du coup il y a déjà un certain lâcher prise. »*

La pratique des TAC permet au participant n°1 de choisir les bons mots lors des entrevues avec les patients, et d'être plus attentif à la personne.

Un autre participant explique que l'hypnose conversationnelle lui permet d'éliminer la barrière et la distance qu'induit l'évocation des soins palliatifs.

Le participant n°14 pense qu'un bon accueil du patient en hypnose conversationnelle permet de diminuer le stress chez les patients, et en conséquence de diminuer la nécessité de faire une séance formelle.

### (b) *Au sein de son équipe*

L'usage des TAC et l'attitude qu'elle induit chez le praticien permettent au quotidien d'apaiser des situations avec les collègues d'après le participant n°2.

Le participant n°6 constate avoir beaucoup modifié son approche dans la gestion d'équipe grâce aux TAC.

#### d. Autres motifs de prise en charge

Le participant n°9 utilise les TAC lors des toilettes pour apporter du bien-être aux patients, afin de leur « permettre de s'évader ».

Le participant n°10 qui pratique des séances de relaxation a intégré les TAC dans ses séances.

Les participants n°3-5-17 s'en servent dans les troubles du sommeil, le participant n°17 donne des exercices d'auto-hypnose pour ce motif.

Les participants n°10 et 17 l'utilisent dans la prise en charge de troubles du comportement alimentaire, par exemple dans le cadre de chimiothérapie et radiothérapie.

Enfin un participant pratique les TAC lors de l'induction de l'anesthésie au bloc opératoire.

## B. Bénéfices des TAC

### 1) Pour le praticien

#### a. Sur le plan personnel

##### (a) Une pratique apaisante

Certains trouvent la pratique apaisante (participants n°1-8-11-16), comme nous l'explique un des participants : « *Je me suis aperçue que quand je faisais des séances d'hypnose pendant mes gardes aux urgences, ça roulait, j'étais super bien, il y avait quelque chose pour moi de plus léger, je me sentais bien dans mon job, à ma place.* »

##### (b) Pour prendre soin de soi

Cela permet à l'un des participants de gérer ses propres douleurs.

Le participant n°7 constate que la pratique de l'auto-hypnose a un effet stimulant chez lui, et les TAC l'ont aidé dans une période difficile.

##### (c) Qui permet de prendre du recul

« *Et ce qui est rigolo c'est qu'en permanence je suis dans cet état de sérénité, et en permanence régulièrement, il y a un type qui va me renvoyer à ce que je ne suis plus, et l'hypnose m'aide finalement, comment dirais-je? A relativiser ces moments-là, qui sont parfois difficiles.* »

(d) *Gestion des émotions*

Elle permet de contenir ses émotions, et d'avoir une meilleure maîtrise de soi (participants n°5-12).

(e) *Ouverture d'esprit*

Pour le participant n°2, les TAC lui ont ouvert l'esprit ce qui lui a permis de se découvrir d'autres centres d'intérêts.

(f) *Une pratique qui apporte de la sérénité*

Elle apporte de la sérénité au praticien pour gérer les difficultés du quotidien dans sa vie personnelle et professionnelle (participants n°2-3-14-17). Par exemple le participant n°14 explique : « *Ah mais moi ça m'a beaucoup aidé. A la façon de me gérer moi, dans ma vie personnelle, et puis le fait d'apporter quelque chose au patient aussi, moi c'est très important. De pouvoir lui apporter ça, du coup c'est une grande satisfaction pour moi, et c'est un mieux être aussi, c'est un truc qui, voilà. Et je trouve que depuis que je pratique ça, je suis plus sereine encore, encore plus sereine qu'avant, voilà. Et ça m'aide beaucoup.* »

(g) *Qui peut même changer la vie*

Un participant considère que sa vie a changé après sa formation aux TAC, il se trouve changé sur le plan humain, ce qui lui apporte de la sérénité dans son travail, il considère n'avoir jamais aussi bien travaillé depuis qu'il a suivi cette formation.

(h) *Un outil plaisant à utiliser*

Plusieurs participants ont plaisir à utiliser l'outil (participants n° 4-11-15) :

« *Ben quand on pratique en général ça fait du bien.* »

b. Elle modifie la manière de s'exprimer

La formation aux TAC modifie la manière de s'exprimer (participants n° 6-8-11-15), ce qui facilite la communication avec l'autre. Par exemple le participant n°6 nous dit : « *Dans ma gestion d'équipe, dans ma famille (rire) j'ai modifié énormément mon vocabulaire, ça, alors là, heureusement d'ailleurs, je ratifie mes équipes ce que je ne faisais jamais avant, quand les*

*choses sont bien faites, je les vois, je leur dis. Ça a été un grand changement pour moi, de la même façon je ratifie à la maison, je ne dis plus maintenant quand la note revient et que c'est un 14 : "que c'est pas mal" je dis "c'est bien" (rires). J'ai beaucoup modifié dans mon ... approche je dirais, la gestion d'équipe, même tous les jours au niveau professionnel et familial très clairement. »*

Elle permet de s'harmoniser avec l'autre (participants n°3-11), le participant n°11 explique : « *C'est juste un processus qui me permet d'être plus en liens avec les humains que je rencontre, que ce soit dans le cadre professionnel, ou que ce soit dans le cadre personnel. »*

### c. Sur le plan professionnel

#### (a) *Qui facilite le travail*

La pratique des TAC facilite le travail du soignant, (participants n°4-9-13) comme l'explique le participant n°4 : « *Quand l'accueil est bien fait, qu'on a la confiance du patient, qu'on l'a entendu, qu'il se sent entendu, euh, les soins se déroulent de façon euh, beaucoup plus simple, et apporte du confort à tout le monde. »*

Lors de la prise en charge de patients atteints de pathologies lourdes : « *En tout cas moi en tant que professionnel, le fait de pouvoir accompagner ce monsieur comme ça, ça m'avait aidé aussi. J'avais pas l'impression juste d'être à côté de lui à lui tenir la main en lui disant "monsieur ça va bien se passer", enfin j'avais l'impression qu'il y avait eu vraiment, ma collègue qui faisait le pansement, moi qui faisais autre chose avec ce patient dans un autre univers, enfin ça avait été quelque chose de très complet en fait. Sur les deux ou trois personnes présentes qui étaient là, plus le patient, qui avait une prise en charge très globale au fond. »*

#### (b) *Des gains en efficacité et concentration*

Les participants n°3 et 12 constatent qu'ils sont plus efficaces dans leur travail, notamment le participant n°12 qui trouve sa concentration améliorée.

#### (c) *Une pratique qui est gratifiante*

Les participants ont une sensation de satisfaction quand ils proposent cet outil aux patients.

P13 – « *Quand on peut travailler sans blesser physiquement les gens, c'est formidable là. Ça peut ... ça ouvre d'autres perspectives et d'autres contacts, d'autres échanges avec les gens. »*

(d) *Un moment de répit*

Pour un participant la pratique des TAC apporte un moment de répit dans une journée de travail : « *Ça me permet en fait dans ma journée, j'arrête le compteur "cling cling" et quand je fais une séance, voilà c'est comme si la terre, et bien d'un coup elle tournait plus doucement pour moi, le temps n'a pas la même valeur, et quand je fais une séance d'hypnose, le temps il a une valeur ou j'ai l'impression illusoirement ou je ne sais pas, "pouf" il ralentit juste pour moi l'espace d'une séance. »*

d. Apports dans la relation avec le patient

La pratique des TAC améliore la relation avec les patients (participants n°2-7-8-13-15) :

- Les praticiens sont plus à l'écoute et plus attentifs (participants n°2-7) « *Mais par contre je l'utilise beaucoup, ça m'a beaucoup appris à être plus attentive aux gens, à les observer, à ressentir, ben c'est vrai que je vais voir un signe de transe, donc je sens que la personne est plus à l'écoute. »*
- Cela apporte de la bienveillance dans les échanges (participant n°7).
- Pour le participant n°7 le choix des bons mots a un effet thérapeutique : « *Et quand, alors sur l'hypnose conversationnelle par exemple, quand on, ne serait-ce que quand on nous dit, parler aux gens d'une certaine façon ça produit des effets, et par exemple si on fait attention à ne plus utiliser tel terme là, moi je trouve que c'est déjà soignant, et c'est déjà bienveillant, et ça nous amène à être attentif, à la façon dont on s'adresse autrement, et moi je trouve que ça vient, il me semble que ça vient aider à être soignant, d'une façon générale, peut-être un peu plus, un peu plus précisément. »*
- Il le pousse à s'intéresser au patient qui n'est plus simplement défini par sa pathologie, il remarque que les patients apprécient l'intérêt qu'on leur porte comme l'explique le participant n°15 : « *Ça fait un support aussi pour nous, pour ... discuter avec eux parce que du coup comme on cherche un petit peu leurs intérêts pour après partir sur une idée qui leur plaît. Bah pour eux c'est agréable, on s'occupe d'eux, on s'intéresse vraiment à eux, autrement que par la pathologie en fait, »*

**Pour le praticien c'est un outil qui permet de s'épanouir sur le plan personnel (apaisement, gestion des émotions, sérénité). Il engendre des grands changements dans la façon de communiquer et d'interagir avec les autres et modifie le relationnel avec le patient.**

## 2) Pour le patient

### a. Un effet apaisant

Plusieurs participants remarquent le côté apaisant pour le patient (participants n°1-3-12-14-16), elle permet de diminuer l'anxiété et le stress.

### b. Une offre de soins non médicamenteux

La démocratisation des TAC sur l'hôpital répond à une demande des patients de soins non médicamenteux / d'approches complémentaires :

*« Ben on est quand même dans une situation maintenant où les gens souhaitent avoir des approches autre que médicamenteuses, et je pense que ce côté-là il tend à se développer, en plus. »*

Le participant n°4 pense que l'arrivée des TAC et du toucher empathique donne des outils alternatifs au traitement conventionnel ce qui permet une prise en charge plus globale du patient.

### c. Diminution des prescriptions médicamenteuses

Elle est une alternative aux traitements conventionnels et permet de diminuer les prescriptions médicamenteuses (participants n°1-4-5-6-8-11-12-14).

### d. Plus de confort

Plusieurs participants pensent que cela amène du confort au patient durant les soins (participants n°2-8-9-10-13), c'est un moyen pour le patient de s'évader :

*« Après, pas forcément dans, quand je m'en sers par exemple pour les toilettes, je trouve ça, juste pour rendre le moment agréable, c'est-à-dire sur des gens qui appréhendent par exemple certains retournements ou des choses comme ça. Au fur et à mesure, qu'on fait la toilette, juste les accompagner à s'évader en fait, à être ailleurs, quitter la chambre, et ça je dirais que c'est assez, ça me semble assez facile en tout cas les gens se laissent volontiers porter par ça. »*

### e. Autonomisation

Les patients deviennent acteur de leur prise en charge (participants n°10-11-17), comme nous l'explique le participant n°11 : *« Mais je le trouve profondément naturel et que du coup j'ai*

*cette idée en tête qu'il est chez chacun, et que pour mes patients, leur permettre de sentir qu'ils ont cette ressource en eux, c'est super pour moi parce que c'est souvent des patients qui manquent beaucoup d'estime d'eux-mêmes, qui ont perdu foi dans leurs ressources, donc leur dire "si si vous savez juste pas qu'en fait vous avez un trésor en vous qui fonctionne super bien, et je vais juste vous montrer ou appuyer sur le bouton". »*

Pour le participant n°7, la pratique des TAC pour le patient est un objet qu'il peut intérioriser, il peut en faire une ressource qu'il peut solliciter quand il en a besoin, cela lui offre une compétence supplémentaire.

#### f. Sentiment d'être pris en charge globalement

La séance n'a pas besoin d'être efficace techniquement pour avoir des effets bénéfiques :

*« Euh, bah après il y a eu, il y avait un monsieur où, je pense que la séance a pas spécialement fonctionnée, par contre il a été sensible au fait qu'on s'intéresse à lui, qu'on lui pose des questions, qu'il y ait de l'attention, quelque part c'était bénéfique même si la séance a pas fonctionné. »*

Ou comme l'explique un autre participant :

*« Bah pour eux c'est agréable, on s'occupe d'eux, on s'intéresse vraiment à eux, autrement que par la pathologie en fait, donc je trouve que ça c'est pas mal. »*

<p><b>Pour les patients, les TAC apportent apaisement et confort lors des soins médicaux. Elles permettent une alternative aux traitements médicamenteux. C'est aussi un moyen de rendre le patient acteur de sa prise en charge, d'avoir une prise en charge globale. Le patient acquiert une compétence supplémentaire.</b></p>
---

### 3) Pour l'équipe

#### a. Sérénité

Pour le participant n°1, cela contribue à une atmosphère de sérénité et d'apaisement dans la vie d'équipe : *« C'est beaucoup utilisé quand même [service anonymisé] non il y a une autre atmosphère qui règne je trouve quand c'est utilisé au sein de l'équipe aussi. Souvent une atmosphère plus détendue ... cette notion, enfin oui le côté agréable (...) Oui ça amène une sérénité je trouve. »*

#### b. Satisfaction

Pour le participant n°11, la pratique des TAC est gratifiante pour les équipes qui ont le sentiment de pouvoir apporter au patient quelque chose de plus que les soins habituels :

*« Bah trop génial, trop génial dans la vie de mon équipe, c'est-à-dire que, à plusieurs niveaux, dans la vie de mon équipe avec les patients, il y a quelque chose qui leur permet d'être bien plus confortable ou en tout cas elles ont le sentiment de pouvoir apporter quelque chose au patient »*

#### c. En cas de conflits

Pour certains participants cela permet de désamorcer des situations conflictuelles (participants n°2-9-17).

*« Ouais, avoir moins de conflit dans les équipes, de mieux aborder les choses en fait : d'être plus calme, plus posé. »*

#### d. Prendre soins de ses collègues

Elle permet de prendre soins des membres de son équipe comme nous le raconte le participant n°6 : un collègue *« qui souffre de migraines affreuses, et qui un jour j'ai dit "je vous propose de vous soulager". »*

#### e. Communication

Elle améliore la communication entre les membres de l'équipe (participants n°2-5-10-11-15). Pour le participant n°2 elle génère de la fluidité dans les échanges ; pour le participant n°11 l'usage de métaphores lui permet de mieux diffuser ses messages aux équipes : *« Dans toutes mes consultations, que ce soit pour recevoir des patients en ambulatoire, que ce soit dans le service, ou pour expliquer les choses à l'équipe, aux relèves, quand j'ai besoin de transmettre des messages aux soignants lors des relèves, le fait de pouvoir imaginer les choses, ou de leur donner une métaphore pour qu'ils puissent un peu mieux connaître le patient, c'est un des outils qui m'aide énormément, à ce qu'il y ait une cohésion d'équipe autour d'un soin qui se passe dans le service. »*

#### f. Pour encourager ses collègues à évoluer positivement

Le participant n°11 nous dit que la pratique de l'hypnose conversationnelle permet aussi de corriger les membres de l'équipe non formés aux TAC : *« Je m'aperçois que quand j'entends*

*quelqu'un qui utilise pas forcément des mots d'hypnose conversationnelle, je vais lui donner une petite touche, ou je vais reformuler sa phrase d'une autre façon avec l'hypnose conversationnelle, et petit à petit en fait ça se gomme et les internes me disent qu'ils parlent un petit peu différemment au fur et à mesure du stage. »*

#### g. Management

Le participant n°6 voit des effets bénéfiques dans sa gestion des équipes, il constate qu'il félicite ses équipes quand le travail est bien fait. Cela lui a apporté des compétences managériales qui font défaut dans les formations des professionnels de santé.

#### h. Coopération

Elle favorise la coopération dans l'équipe (participants n°4-10-11-16) : *« Mais les infirmiers oui, il y en a plein qui le font régulièrement, et on s'en rend compte, plus ils le font, plus c'est facile pour eux de le faire. Et l'équipe fait appel à eux, notamment en pédiatrie, plus en pédiatrie qu'en adulte, sur les prises de sang, sur les gestes de suture. »*

**Grâce à l'amélioration des compétences en communication les TAC amènent de l'apaisement, de la sérénité et permettent de réduire les situations de conflits, inhérents à la pratique en équipe.**

**Les TAC améliorent les capacités managériales et favorisent la coopération entre les équipes.**

### 4) Pour l'hôpital

#### a. Image d'ouverture

Le participant n°11 pense que les TAC apportent une plus-value dans les soins, donc une image positive de l'hôpital à l'extérieur, un signe d'ouverture au-delà de l'« Evidence Based Medicine ».

#### b. Baisse des coûts

Du point de vue du participant n°5, les TAC permettraient de diminuer les coûts pour l'hôpital avec la diminution des antalgiques administrés en post-opératoire.

c. Ouverture à d'autres thérapies complémentaires

Pour le participant n°1, l'arrivée de la formation sur l'hôpital a favorisé le développement d'autres outils tels que : le toucher empathique et l'haptonomie.

d. Communication améliorée

Le participant n°4 constate des progrès au niveau du langage employé dans l'enceinte de l'hôpital.

Le participant n°11 pense que les TAC ont pu faciliter les échanges entre l'administration et le personnel de santé.

e. Changement d'atmosphère

Cela apporte de la sérénité dans l'hôpital (participants n°6-11), le participant n°11 explique :  
*« A l'échelle très locale, ça a permis de mettre plus un peu, j'ai envie de dire de douceur tu vois, c'est le mot qui me vient, dans les relations, avec les patients et les soignants, entre les soignants eux-mêmes. »*

Le participant n°11 pense que les TAC ont pu faire exister des projets au sein de l'hôpital.

f. Facilite la coopération

Le participant n°8 pense que cela amène les services à coopérer entre eux : *« C'est quelque chose que, j'ai l'impression que dans les services ça s'intègre. Enfin même si nous on est un petit peu à part, on voit moins, avec les gynécos nous qu'on avait à côté, je trouvais que les filles elles venaient nous chercher. »*

**Pour l'hôpital, les TAC apportent une image d'ouverture et de positivité sur l'extérieur. Elles engendreraient une baisse des dépenses de santé, favorisent le développement d'autres thérapies complémentaires, améliorent la communication entre l'administration et les équipes soignantes, facilitent la coopération entre les services.**

## C. Inconvénients et limites des TAC

### 1) Pour le praticien

#### a. Le côté « manipulateur »

Un participant est gêné par son sentiment d'un aspect « manipulateur » des TAC, il précise cependant qu'il s'agit d'une manipulation bienveillante malgré tout.

#### b. Un outil difficile à maîtriser

Par ailleurs le participant n°5 trouve que la pratique des TAC n'est pas aisée, « *C'est pas aussi simple je trouve à le mettre en place* ».

#### c. Un outil pas toujours adapté

Le participant n°7 nous explique que l'effet stimulant de l'autohypnose l'empêche de la pratiquer le soir. Il était aussi gêné par le manque de créativité quand il pratiquait l'autohypnose, en effet il explique revenir quasi systématiquement sur le même souvenir [certains exercices d'auto-hypnose demandent d'utiliser un souvenir d'apprentissage pour activer les sens].

#### d. Une pratique qui peut être fatigante

Pour le participant n°14 la pratique des TAC est fatigante, elle peut être une distraction pendant un geste interventionnel. Il explique avoir du mal à gérer les demandes du médecin au niveau du matériel et en même temps faire une séance de TAC au patient.

#### e. Cela reste un simple outil

Pour un participant les TAC doivent rester un outil parmi les autres dont dispose le soignant :

*P11 - « Voilà trop d'importance à cet outil, pour la personne, et de vouloir que tous les patients en aient. Et que tous les patients soient réceptifs, et que tous les patients soient améliorés par ça. Comme l'unique solution, et je crois que ce serait ça le danger en fait, quelque part ce serait qu'on passe à côté des personnes pour absolument faire l'outil (...) on ôte l'étape de la rencontre en se disant « de toute façon je vais régler ça ». »*

**Les TAC peuvent être perçues comme ayant un aspect « manipulateur », mais toujours dans une approche bienveillante. C'est un outil difficile à maîtriser, dont la pratique peut fatiguer. Cela reste un outil de plus pour le soignant dont il ne faut pas abuser.**

## 2) Pour le patient

### a. Un outil pas adapté à certains profils de patients

Pour deux participants les TAC ne peuvent pas être proposées à tous les profils de patients. Par exemple un participant explique ne pas l'utiliser chez les patients obèses ayant des troubles du schéma corporel. Ils ont plutôt besoin de techniques les ramenant dans l'ici et maintenant.

### b. L'outil peut provoquer des effets indésirables

Les TAC peuvent induire des effets indésirables chez le patient. Ainsi, un participant nous explique avoir provoqué une crise d'angoisse chez un patient lors d'une séance.

Un autre nous explique : *« Ou alors des patients qui très clairement étaient dans des, enfin il y a eu des pratiques qui ont été rapporté ou les patients étaient vraiment en effondrement, avec des surgissements d'angoisse très forte, des représentations trou-noir, de trucs très déstabilisants. »*

### c. Un outil à ne pas proposer systématiquement

Le participant n°11 nous met en garde sur le fait de vouloir proposer l'outil à tous les patients : *« Voilà trop d'importance à cet outil, pour la personne, et de vouloir que tous les patients en aient. Et que tous les patients soient réceptifs, et que tous les patients soient améliorés par ça. Comme l'unique solution, et je crois que ce serait ça le danger en fait, quelque part ce serait que on passe à côté des personnes pour absolument faire l'outil. »*

### d. Absence de bénéfices pour le patient

Le participant n°5 pense que le bénéfice chez le patient n'est que de courte durée.

Le participant n°16 n'est pas convaincu de l'effet bénéfique chez les patients en situation de douleurs chroniques.

**Les TAC ne sont pas adaptées à certains profils de patients. Elles peuvent provoquer des effets secondaires si elles sont proposées à des patients ayant un profil psychologique fragile. L'outil n'est pas adapté à toutes les situations et il ne faut pas chercher à le proposer systématiquement.**

### 3) Pour l'équipe

#### a. Le côté « manipulateur »

Un des participants est gêné par le côté « manipulateur » que peuvent avoir les TAC dans les relations entre collègues :

*« Alors moi j'avais un a priori quand j'ai fait la formation sur l'hypnose, pour moi je voyais beaucoup le côté manipulation dans l'hypnose. Et des fois j'ai toujours un petit peu ce côté-là qui revient un petit peu, je me dis "mais", maintenant que je sais comment ça fonctionne je le pense peut-être moins, mais je me dis qu'il y a toujours ce côté-là, à amener les gens vers ce qu'on tend en fait. (...) Donc pour moi ça a un petit côté manipulatoire quand même. »*

#### b. Un outil à l'origine de clivages

Le participant n°4 pense que cela peut engendrer une absence de cohésion d'équipe avec les professionnels hermétiques aux TAC.

Le participant n°7 constate que cela peut créer des barrières dans les équipes, entre personnels formés et non formés aux TAC. Il trouve que cela peut compliquer la communication.

Le participant n°12 pense aussi que cela peut dresser une barrière entre les gens formés, il trouve que cela peut filtrer les échanges.

Le participant n°8 pense que le fait d'avoir eu la formation aux TAC peut engendrer une jalousie chez ceux qui ne l'ont pas reçue.

Les participants n°4 et 14 expliquent que leurs séances peuvent être parasitées par des membres du personnel qui ne sont pas sensibilisés aux TAC ; un exemple rapporté par le participant n°4 :  
*« On traite pas toujours en collaboration, c'est-à-dire que vous, voilà, moi je fais une préparation et puis il arrive et c'est juste ce qu'on dit "je vais vous faire une petite piqûre qui*

*va pas vous faire mal” juste la phrase célèbre, elle est petite parce que voilà les piqûres c’est pas agréable, et puis il va pas vous faire mal, c’est un mot qu’on utilise pas quoi. »*

c. Absence d’effets bénéfiques

Un participant n’avait pas noté d’effets bénéfiques au sein de son équipe après la formation.

**Les TAC nécessitent une bonne coopération de l’équipe pour ne pas être parasitées. C’est un outil qui peut provoquer des clivages au sein d’une équipe.**

**4) Pour l’hôpital**

Aucun des participants n’évoque d’inconvénients aux TAC à l’échelle de l’hôpital.

**D. Facteurs favorisant et freins à la pratique des TAC**

**1) Facteurs favorisant la pratique des TAC**

a. Travailler à l’EMASP et l’HAD

Le fait de travailler à l’EMASP permet d’avoir du temps pour pratiquer les TAC (participants n°1-12).

Il semble plus facile de pratiquer les TAC au domicile du patient dans le cadre de l’HAD, car l’environnement y est plus favorable (plus de calme).

b. Un outil facile à utiliser

Quelques participants notent la facilité d’usage de l’outil (participants n°4-9-11), comme nous explique le participant n°11 : *« Bon ce que je pense de cet outil c’est que, c’est un outil juste génial, ce que j’aime de cet outil c’est que pour moi c’est naturel, c’est vraiment, c’est un outil qui est pour moi très simple et extrêmement naturel. »*

c. Un grand effectif de professionnels formés

Le grand nombre de personnes formées aux TAC permet de trouver facilement un praticien quand il y a une demande :

*« Parce qu’il faut être disponible aussi, nous quand on est dans une consultation, bon euh alors on arrive à s’arranger des fois c’est-à-dire que voilà j’ai une collègue qui vient me remplacer et puis je peux faire la séance. Ou le médecin demande en amont. Euh voilà euh je*

*pense que maintenant qu'il y a beaucoup de monde de formé dans les services, c'est quand même pas mal de monde actif donc on trouve à peu près partout euh quand même des gens qui peuvent proposer. »*

d. Les situations d'urgence et les douleurs aiguës

Le participant n°8 a constaté que les situations d'urgence le poussaient à faire des séances car cela mettait de côté ses doutes sur ses capacités à ce moment-là.

D'après le participant n°16 la douleur aiguë rend le patient très réceptif aux TAC.

e. Avoir un temps dédié

Un des participants a un temps dédié pour faire de la relaxation dans le cadre de son travail, ce qui en fait un facteur favorisant à la pratique des TAC.

f. Respect interprofessionnel

Le participant n°13 constate que l'équipe non formée est respectueuse, et de ce fait ne vient pas trop interférer les séances.

g. Valorisation de l'outil par les médecins

Les participants n°4 et 15 expliquent que les médecins demandent des gens formés aux TAC pour des consultations :

- Le participant n°4 constate que des médecins demandent à avoir des infirmières formées aux TAC pour leurs consultations.
- Idem pour le participant n°15 qui explique que si le patient en fait la demande en consultation d'anesthésie une infirmière formée à l'hypnose sera mise à disposition lors de l'intervention chirurgicale.

**Les TAC sont faciles à mettre en place. Travailler à l'EMASP et l'HAD sont des facteurs favorisants à la pratique, tout comme le fait d'avoir un temps dédié, et de travailler dans un service où elles sont valorisées.**

## 2) Freins à la pratique des TAC

### a. Liés au praticien

#### (a) Manque de confiance

Le manque de confiance est fréquemment évoqué comme frein à la pratique par les participants (participants n°1-2-5-7-8-11-14-16).

*« Je la pratique, régulièrement pas forcément, ça va dépendre des demandes, et ce n'est pas forcément un exercice ou je me sens très à l'aise sur l'hypnose. »*

*« Et c'est vrai que je trouvais que c'était pas, je me sentais pas suffisamment ni solide, ni légitime pour pouvoir proposer cet outil là au patient. »*

*« La chose qui pour moi freine le plus l'utilisation de cet outil, c'est le manque de confiance en soit, je crois que tous les soignants qui sont formés et qui n'utilisent pas, c'est qu'ils ont pas osé se lancer, ce qui n'est pas simple. »*

*« Voilà, parce qu'au début c'est difficile pour moi de mettre en pratique, parce que j'avais peur que ça ne marche pas, enfin je me posais trop de questions je crois. »*

#### (b) Les échecs passés

Le participant n°5 a été gêné dans sa progression après un échec de séance :

*« Je me suis occupée d'une dame de nuit, on a fait une séance, et elle est partie en crise d'angoisse, et du coup euh ça m'a bien calmé aussi pour euh (rires) pouvoir continuer, »*

#### (c) Manque d'expérience et de pratique

Certains participants évoquent le manque de pratique et d'expérience (participants n°9-13) :

*« C'est un outil que j'ai l'impression de pas forcément bien maîtriser (...). Dans le sens où je pense qu'il faut pratiquer beaucoup quand même, enfin il faut se l'approprier vraiment, moi j'ai pas encore l'impression d'arriver à l'utiliser vraiment avec tout ce qu'il est possible de faire en tout cas. Je m'en sers ponctuellement dans ce avec quoi je me sens le plus à l'aise. »*

#### (d) Manque de disponibilité mentale

Le manque de disponibilité mentale est un frein pour plusieurs participants (participants n° 2-3-4-5-6-7-8-10-11-14-16) :

- Le participant n°3 évoque son épuisement professionnel, la fatigue est une limite à sa pratique.

- Le participant n°5 évoque le manque de disponibilité psychologique et le manque de concentration, la charge de travail : « *Garder en tête chacune des tâches, les perfusions, les rinçages* ».
- Le participant n°6 évoque la douleur qui peut encombrer l'esprit.
- Le stress est un facteur limitant pour le participant n°10.
- Pour le participant n°14 la pratique des TAC est fatigante, elle peut être une distraction lors des gestes interventionnels : « *Il fallait gérer ce que me demandait le médecin, au niveau matériel, et en même temps faire la séance. Comme ça fait longtemps que je pratique, je suis capable de donner ce qu'il faut au médecin, mais après est-ce que j'ai vraiment fait comme il faut ? Je ne m'en souviens plus. (...) Et après j'étais fatiguée et j'avais du mal à me remettre dans mon truc.* »

(e) *Manque de calme*

Plusieurs participants évoquent le manque d'une atmosphère calme comme étant un frein (participants n° 2-5-10-14-16-17). Ils donnent comme exemples les sonneries de téléphone (participants n° 2-5), le manque d'intimité dans les chambres doubles (participants n°2-10), le manque d'un espace dédié (participant n°17), et l'ambiance du service des urgences (participant n°16).

(f) *Besoin d'un support*

Le participant n°9 a besoin du support d'un soin pour pratiquer les TAC, par exemple une réfection de pansement.

b. *Le temps*

Le manque de temps est un facteur limitant fréquemment évoqué (participants n°1-4-6-10-11-13-14-15-16), essentiellement à cause de la charge de travail et du manque de personnel.

c. *Liés au patient*

Les participants n°7-10-15 et 17 donnent plusieurs exemples :

- Des contre-indications psychiatriques.
- Le refus du patient.
- Chez les patientes anorexiques qui sont dans un état sidération mentale au début de leur prise en charge.

#### d. La profession exercée

Etre secrétaire médicale, pharmacien, psychologue, manipulateur radio, coordinateur de flux aux urgences, était considéré comme un facteur limitant :

- Sentiment de ne pas être légitime pour proposer des séances formelles.
- Manque de contacts avec les patients.
- Manque de temps pour connaître les patients, et ainsi pouvoir utiliser leur vécu dans les séances.

#### e. Idées reçues

L'image à laquelle les TAC peuvent renvoyer est un frein (participants n°1-4-8-10-14) :

- A cause de l'image que peut évoquer la pratique des TAC (participants n°2-8), comme l'explique le participant n°8 : « *Parce que j'ai eu le cas mais on m'a regardé comme une délurée en me disant "mais qu'est-ce qu'elle me dit, elle, qu'est-ce qu'elle fait" »* »
- Parce que certains professionnels peuvent être hermétiques aux TAC comme nous l'explique un participant : « *Mais il faut que les gens, les chirurgiens aussi parce que il y en a qui sont pas du tout réceptifs et ,euh, on traite pas toujours en collaboration. »* »
- Ou comme un des participants qui explique que certains médecins étaient opposés à la pratique des TAC et avaient demandé l'arrêt de leur utilisation.
- Un participant n'utilise pas le terme « hypnose » quand il propose l'outil à un patient, il le présente comme un exercice de détente.

#### f. La formation initiale et la formation continue

##### (a) La formation initiale

Des participants ont évoqué des freins liés à la formation initiale (participants n°2-7-16) :

- Un participant trouvait qu'il lui manquait des petits exercices courts et simples.
- Un participant trouve la formation insuffisante pour pouvoir proposer de l'hypnose thérapeutique. Il juge la formation trop courte et le contenu théorique insuffisant, notamment sur la prise en charge de patients fragiles psychologiquement. Il met en avant le manque de préparation des praticiens en cas de crise psychologique induite par la séance d'hypnose.
- Pour un participant la formation ne répondait pas aux demandes liées à son travail aux urgences, il lui manquait des exercices courts pour prendre en charge les douleurs aiguës.

(b) *La formation continue*

Pour plusieurs participants du fait d'une formation continue insuffisante les connaissances s'étiolent au cours du temps (participants n°8-9-10-17).

## **E. Avis sur la formation initiale et continue**

### **1) La formation initiale**

#### a. Aspects positifs

(a) *Une formation centrée sur la pratique*

Plusieurs participants ont apprécié que la formation soit très orientée sur la pratique (participants n°1-7-9-10-11-12), comme nous l'explique le participant n°11 : « *Donc je la trouve bien, suffisante, très bien animée, qui pose des bonnes questions, et qui nous embarque pas trop, c'est-à-dire que ça reste vraiment pratique-pratique, on fait beaucoup beaucoup d'exercices, voilà.* »

(b) *Une formation progressive*

Pour le participant n°2 la difficulté croissante de la formation est adaptée.

(c) *Une formation complète*

Pour les participants n° 9 et 11 le contenu de la formation était suffisant : « *Non moi j'ai été satisfaite de la formation initiale, tant dans la manière dont elle a été faite que (...) non moi j'ai été satisfaite, en tout cas ça m'a donné le bagage et l'outil nécessaire pour pouvoir après en faire.* »

(d) *L'organisation*

Le fait de scinder la formation en deux sessions de trois jours (participants n°2-10-11-17), permet aux participants de s'approprier progressivement son contenu.

(e) *L'évaluation par la vidéo*

Les participants n°1 et 15 ont apprécié que certains exercices soient filmés pendant la formation. Pour le participant n°1, c'était un moyen efficace pour corriger les erreurs, et un bon moyen pour évaluer sa progression.

(f) *L'hétérogénéité des groupes*

La constitution de groupes hétérogènes, notamment dans les métiers et spécialités, a été appréciée (participants n°9-12) : « Ça j'ai trouvé que c'était bien, parce que on avait vraiment plein de gens différents, avec donc du coup des expériences différentes, des gens qui avaient déjà pratiqués, d'autres pas du tout. »

(g) *Une formation accessible*

Deux participants (participants n°9-10) trouvent appréciable le fait que la formation soit proposée à tous les professionnels de l'hôpital : « Tout le monde a eu accès en tout cas assez facilement à la formation, donc il y a eu une espèce de gros truc l'hypnose tout le monde en parlait, tout le monde était formé ou presque, et puis les gens qui étaient pas formés, hop ils y avaient accès facilement. »

b. Aspects négatifs

(a) *Une formation trop dense*

Un participant trouve que la formation était trop dense pour 6 jours : « C'est une formation qui est lourde quand même je trouve, j'étais épuisée moi après chaque journée. Vraiment, c'est très condensé, on a beaucoup d'informations en même temps. »

(b) *Une formation qui peut déstabiliser*

La formation était déroutante : « Bah moi je trouve que tout au début, ne connaissant pas du tout, c'est déroutant, c'est déroutant de, voilà on se demande un peu où on va et tout, »

Pour deux participants, la formation peut déstabiliser et bousculer l'élève : « Ça m'a beaucoup chamboulée ... Voilà, j'ai eu très mal à la tête, pendant 2 mois après j'étais pas bien, (...) je sais pas il y a des choses qui se sont passées je pense. »

(c) *Une montée en difficulté trop rapide*

Un participant a trouvé la courbe de progression trop rapide, il n'avait pas le temps d'intégrer toutes les notions enseignées.

*(d) Une formation insuffisante*

Pour un participant la formation permet une bonne maîtrise de l'hypnose conversationnelle, mais la juge trop courte pour pouvoir pratiquer des séances formelles. Par ailleurs il trouve que la formation n'est pas assez fournie en contenu théorique : « *Je pense que c'est un outil très intéressant (...) qui peut être intéressant mais à condition quand même d'avoir une formation solide. C'est-à-dire que se lancer, se lancer comme ça avec quelques heures de formation je trouve ça un petit peu périlleux.* »

*(e) Une formation trop générale*

La formation était trop générale pour un des participants. Pour un autre participant elle n'était pas adaptée à sa pratique professionnelle, il manquait des exercices courts et ciblés pour prendre en charge les douleurs aiguës.

*(f) Une formation trop complexe*

Deux participants ont éprouvé des difficultés au début de la formation, en raison de la difficulté à s'approprier les concepts de base nécessaires à la pratique des TAC.

## **2) La formation continue**

Pour information, nous avons défini la « formation continue » comme l'une, l'autre ou les deux des propositions suivantes :

- Des hypno-visions/intervisions qui permettent à un groupe de pairs d'échanger sur leurs pratiques et leurs expériences.
- Un stage de perfectionnement encadré par des formateurs du CITAC.

a. Aspects positifs

*(a) Hypno-visions*

Les participants ont apprécié ces sessions permettant d'échanger sur leur pratique (participants n°2-6-3-7-16).

*(b) Stage de perfectionnement*

La possibilité de faire un stage de perfectionnement était aussi appréciée (participants n°11-13); pour le participant n°13 : « *Ce qui m'a beaucoup apporté moi en perfectionnement, c'est*

*de rencontrer d'autres professionnels qui l'utilisent dans d'autres cadres, d'autres séances, et qui nous ouvrent d'autres choses qu'on a peut-être oublié parce qu'on ne pratique pas. »*

b. Aspects négatifs

*(a) Un stage trop dense*

Le stage de perfectionnement était trop dense en contenu pour un des participants.

*(b) Des horaires inadaptés*

Les horaires des hypno-visions n'étaient pas adaptés à l'emploi du temps de certains participants (participants n°2-10-16-17). De plus, un des participants explique que l'information n'était pas relayée correctement.

*(c) Un manque de suivi*

Plusieurs participants déplorent le manque de suivi une fois la formation initiale terminée. Ils notent une dégradation dans le temps de la formation continue avec un espacement, puis une disparition des hypno-visions (participants n°4-6-9-13-14) :

Un participant nous dit : *« Je pense que c'est important d'avoir des temps pour échanger, et c'est comme toute chose, quand on fournit un matériel, un bon matériel, il faut qu'il y ait un SAV derrière, c'est une métaphore et le SAV euh et ben il a pas toujours été là »*

Un participant regrette le départ d'un des deux formateurs, en conséquence le projet n'est porté que par une seule personne. Il déplore le fait qu'il n'y ait pas eu de remplacement permettant d'assurer la pérennité du projet.

*(d) Des compétences qui s'étiolent*

Devant le manque de formation continue, plusieurs participants constatent un oubli progressif des acquis initiaux (participants n°8-9-10).

*(e) Manque de rigueur*

Un participant pense que les hypno-visions manquaient de rigueur dans l'accompagnement des soignants. Il pense que les professionnels étaient parfois encouragés à une pratique des TAC qui, de son point de vue, était trop large, et pas assez sélective dans les indications et les patients : *« Parfois il y a des situations qui m'ont vraiment posé question, qui étaient pour moi*

*limite, et malgré tout dans cet espace là les soignants étaient très encouragés à continuer leurs pratiques alors que pour moi cela aurait mérité d'être questionné. De s'arrêter beaucoup plus longtemps, et je me dis que sous prétexte d'encouragement, parfois à mon avis on passe sur des trucs qui sur le plan déontologique sont limites. »*

*« Enfin il y a eu des pratiques qui ont été rapportées ou les patients étaient vraiment en effondrement, avec des surgissements d'angoisse très forte, des représentations trou-noir, de trucs très déstabilisants. »*

*(f) Des annulations*

Un des participants pense que l'annulation d'une formation et de plusieurs hypno-vision au dernier moment a pu décourager une partie du personnel.

*(g) Manque de places*

Un participant regrette que le stage de perfectionnement soit limité en nombre de places.

## **F. Pistes d'amélioration**

a. Formation initiale

*(a) Ajouter des exercices*

Les participants n°2 et 15 aimeraient plus de petits exercices pour faire des séances courtes.

*« Après c'est vrai que moi ce qui me manque souvent c'est les petits exercices, les petits outils, les petits trucs tout simples. »*

*(b) Une sélection avant de faire la formation*

Le participant n°3 pense qu'il faut mieux sélectionner les candidats à la formation, il constate qu'un certain nombre de personnes formées n'utilisent pas l'outil. La sélection à l'entrée de la formation permettrait de former les gens réellement motivés.

*(c) Proposer la formation au personnel administratif*

Les participants n°6 et 11 suggèrent de proposer la formation au personnel administratif, ce qui pourrait permettre une meilleure communication entre le personnel soignant et administratif.

Le participant n°11 explique : *« Je pense que d'avoir une formation commune avec les administratifs, je pense qu'il se passerait des choses, et qu'on verrait qu'en fait on est juste une bande d'humains avec des préoccupations différentes, mais avec le souci de faire tourner une*

*boutique quoi. Et ça décroisonnerait les mondes d'un côté comme de l'autre, parce que je crois qu'il y a une méfiance qui est mutuelle, et qu'il y a des à priori mutuellement et je trouve que c'est un super outil ou cela pourrait être mis à plat. »*

*(d) Plus de formateurs*

Le participant n°6 suggère aussi d'avoir plus de formateurs, afin de pouvoir à nouveau proposer des formations courtes (3 fois 3 heures) qui n'existent plus sur l'hôpital depuis le départ d'un des deux formateurs.

*(e) Un projet de service*

Les participants n°6, 10 et 14 émettent l'idée de former tout le personnel d'un service à l'hypnose, l'idée étant d'en faire un « projet de service ».

- Le participant n°10 pense que cela serait bénéfique dans des services en difficulté. Il y voit un avantage pour les patients et les équipes.
- Pour le participant n°6, les médecins amélioreraient leurs compétences en gestion d'équipe.
- Pour le participant n°14, homogénéiser cette pratique apporterait une meilleure coordination dans les services.

*(f) Proposer des protocoles*

Le participant n°16 aimerait des protocoles, c'est-à-dire proposer des conduites à tenir pour une situation donnée (douleur aiguë par exemple).

b. Formation continue

*(a) Des exemples de nouveaux exercices*

Les participants n°2, 3 et 15 proposent que soit donné un exemple de séance à chaque session d'hypno-vision. Les participants n°3 et 15 souhaitent qu'à chaque séance un des participants fasse une séance de TAC au reste du groupe, car c'est pour eux plus facile d'intégrer un nouveau scénario en vivant la séance.

*(b) Reprendre les hypno-visions*

Les participants n°4, 13 et 14 aimeraient un retour des hypno-visions, car selon le participant n°14 : « Je pense qu'on a besoin d'entretenir ça avec d'autres personnes qui le font, et qu'il y

*a plein de nouveautés tout le temps. Et c'est bien de pouvoir ... avoir accès à ces nouveautés, et puis discuter avec d'autres personnes qui en pratiquent, aussi qui pratiquent. Parce qu'on a beaucoup de doutes en fait quand on pratique. »*

*(c) Formation d'un comité*

Le participant n°4 propose la formation d'un comité constitué de plusieurs personnes pour organiser les formations continues.

*(d) Des journées de rappel*

Les participants n°9, 10 et 12 proposent de faire des sessions de rappel sur quelques jours de façon systématique à distance de la formation initiale, en prenant exemple sur les journées FGSU (Formation aux Gestes et Soins d'Urgence).

*(e) Ateliers pratiques*

Le participant n°9 trouvait qu'il manquait des ateliers pour pouvoir retravailler l'outil.

c. Pistes d'amélioration au niveau institutionnel pour favoriser la pratique

*(a) Mise en place d'une signalétique*

Le participant n°2 propose l'usage d'une signalétique quand une séance formelle est en cours dans la chambre d'un patient.

*(b) Une équipe mobile*

Le participant n°4 émet l'idée d'avoir une équipe « volante » de professionnels formés aux TAC se déplaçant dans les services selon les demandes.

*(c) Avoir un temps dédié*

Les participants n°5 et 15 aimeraient avoir un temps dédié pour pratiquer les séances formelles.

*(d) Un espace dédié*

Le participant n°17 voudrait avoir un espace dédié pour pouvoir pratiquer des séances sans le risque d'être dérangé.

(e) *Soutien de la hiérarchie*

« Et bien déjà que le médecin soit d'accord pour qu'on fasse ça. Parce qu'il est pas forcément d'accord, il faut aller vite, et je pense qu'il faut prendre un minimum de temps pour le faire, »

(f) *Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)*

Le participant n°7 propose des RCP pour discuter entre soignants avant de proposer des séances à des patients à risque sur le plan psychique.

## **G. Idées fortes sur les TAC**

Nous avons voulu partager quelques verbatims qui véhiculent quelques idées fortes au sujet des TAC.

### **1) L'influence sur la communication**

*P02 – « Ben moi je pense que ça serait bien que tout le monde soit formé à cet outil, pour les gens personnellement, pour, peut être apprendre à ne pas dire n'importe quoi (...) on débloque quelque chose en soit au niveau du langage, un niveau qui est porteur. Et je pense qu'après les gens l'utilisent ou ne l'utilisent pas, mais quand on en a connaissance, ça interpelle quand même, ça interpelle et je pense que cela peut permettre de réfléchir à deux fois avant de dire des choses. Ça permet de se positionner un peu plus dans la relation avec l'autre, être conscient que certaines fois on peut y aller, et que certaines fois non ce n'est pas le moment pour moi. Voilà, savoir s'écouter, savoir être en contact avec l'autre, voilà, pour moi ça m'a vraiment permis de développer tout ça. »*

*P11 – « Ce que j'ai appris en hypnose, qui est de pouvoir vraiment m'harmoniser avec le patient, cette harmonisation physique et psychologique me permet de vraiment sentir qu'elle est la mélodie du patient. Si on prend une comparaison musicale, je, si tu veux j'attrape un peu plus la mélodie du patient, et du coup ça me permet de lui proposer une partition ou de lui proposer de jouer sur certaines notes pour accéder au changement qu'il souhaite, et donc il y a vraiment ces deux choses, il y a l'harmonisation et le ... l'hypnose conversationnelle qui sont un peu les deux, des choses qui vont de pair, imbriquées. »*

*P11 – « Un peu comme quand j'étais interne (...) j'avais l'impression d'être un transistor, et je disais (...), c'est bizarre dans les consultations j'ai l'impression que je suis un poste transistor, je vois une dame ou un monsieur en face de moi, je cherche sa fréquence quelques*

*secondes et dès que je suis sur la bonne fréquence, “boum” j’ai des messages, j’ai l’impression qu’on se parle super, et que ça y est on s’est capté, on est sur la même longueur d’onde comme on dit, et vraiment cette notion de transistor je l’ai comprise avec l’hypnose après. Et ça me permet d’être un transistor maintenant, je sais comment je fonctionne (rire) et de pouvoir choisir la fréquence plus facilement et plus rapidement, voilà. »*

## **2) L’hypnose thérapeutique n’a rien à voir avec l’hypnose de spectacle**

*P04 – « Je dirais que c’est un bel outil à connaître. Euh que on a une idée préconçue, quand on dit hypnose on a toujours une idée préconçue des choses. Que euh, **en tant que professionnel de santé on l’utilise dans un sens éthique et c’est un outil médical. Euh quand on pense hypnose la première à laquelle on pense effectivement Messmer qui est très populaire en ce moment à la télé. Que c’est pas du tout ce qu’on fait. On fait pas faire n’importe quoi aux gens. Que c’est un outil qui a sa place dans les soins. Qui permet de diminuer les médicaments, qui permet d’apporter un certain confort, et qui a tout à fait sa place à l’hôpital euh dans certains milieux, peut-être plus que d’autres, mais globalement partout et que rien que le langage, l’hypnose conversationnelle est intéressante. En tant que professionnel de santé, pouvoir accueillir, quand... quand l’accueil est bien fait, que on a la confiance du patient, qu’on l’a entendu, qu’il se sent entendu, euh, les soins se déroulent de façon euh, beaucoup plus simple, et apporte du confort à tout le monde. »***

## **3) L’hypnose n’est pas une solution à tous les problèmes**

*« Je pense que c’est, ça reste un outil intéressant, tant que c’est pas prôné avec dogmatisme. **Tant qu’on ne le présente pas comme quelque chose de magique qui convient à tous les soignants et qui convient à tous les patients. Parce que ça peut aussi ne pas convenir à tous les patients. Et pour ma part (...) peut-être ce que je peux préciser, c’est qu’avant d’attraper les patients sur des/ avec un outil c’est souvent des gens qui ont pas eu l’habitude de parler, et parfois la parole c’est quelque chose qui se suffit à soi même pour commencer, sans avoir besoin de rajouter des médiations. Ça ne veut pas dire qu’on ne peut pas y venir, en tout cas, si si moi je trouve ça intéressant, à condition que ce soit proposé avec certaines précautions au préalable. »***

#### **4) C'est un outil qui est complexe à intégrer, et cela peut vite décourager**

*P09 – « Moi ça m'a demandé un effort, d'essayer de posséder l'outil, qui était pas évident comme ça pour le posséder en fait cet outil. Et je pense qu'il y a un moment après ou j'ai lâché en fait. »*

#### **5) On fait déjà de l'hypnose sans s'en rendre compte**

*P09 – « Je l'appelais pas comme ça avant mais je faisais déjà un peu ça avant d'avoir la formation. D'essayer à un moment ponctuellement, pendant une toilette ou autre. De me servir de ça, mais je savais pas que c'était de l'hypnose ou auto-hypnose. »*

#### **6) C'est un outil qui demande peu de moyens**

*P09 – « Je dirais que c'est pas, ça demande rien en terme de mise en place, enfin je veux dire c'est une manière d'être, de parler, enfin c'est quelque chose qui est, qu'on a avec nous tout le temps. Donc il n'y a besoin de rien. Il y a besoin juste de l'envie d'être motivé de le faire, de se l'approprier pour être à l'aise et que ça devienne de plus en plus naturel et simple. »*

*P11 – « Un souci, une solution, il y a quelque chose ou on est des machines à apporter la solution, et quand on a pas la solution ou quand le patient ne veut pas notre solution, plutôt que de lutter avec lui, on lutte contre (...). **Et je crois qu'en fait cet outil permet de danser avec le patient, vers des objectifs qu'on a décidé en commun.** »*

*P17 – « Après on peut le faire n'importe où normalement, avec peu de moyens. »*

#### **7) Un outil « naturel »**

*P11 – « **C'est devenu, c'est plus qu'un outil parce que c'est devenu une façon de pratiquer en fait. Donc je peux pas dire que j'utilise cet outil consciemment, je le fais naturellement, et ... quand j'ai des patients ... autour de moi qui sont réceptifs, je m'aperçois aussi que j'utilise beaucoup, beaucoup, beaucoup de métaphores pour expliquer les choses, qui est aussi un des outils qu'on utilise lors d'une séance dite classique d'hypnose, et je me sers énormément de métaphores en hypnose conversationnelle.** »*

#### **8) Certains pensent que c'est un outil qui devrait être enseigné à l'école**

*P13 – « Je pense que ça fait partie des formations qui sont indispensables. »*

*P14 – « Et bien je pense qu'il devrait être enseigné à la base à l'école. »*

# **Discussion**

## **I. Sur les résultats**

### **A. Type de pratique et indications**

#### **1) Type de pratique**

Dans cette étude nous avons appris que les 17 participants utilisaient les TAC quotidiennement sous forme conversationnelle.

Nous sommes surpris de constater que seulement 2 des participants utilisent régulièrement les TAC sous forme de séance formelle. Les autres participants ne l'utilisent que rarement, et 3 participants n'utilisent pas du tout les TAC en séance formelle.

Alors que tous les participants ont émis un avis favorable sur les TAC, il est donc étonnant que seulement 2 d'entre eux les pratiquent régulièrement en séance. Nous pensons que cela est dû à des freins que nous aborderons secondairement dans la discussion.

Des résultats similaires quant à l'assiduité de la pratique de l'hypnose, se retrouvent dans la thèse de Le Cozanet L. (30).

#### **2) Indications à la pratique**

Les résultats donnés par nos participants sur les indications à la pratique sont des plus classiques. Tous ces motifs de prise en charge sont également ceux de la CFHTB, du CITAC et l'IFH (12,13).

### **B. Bénéfices et inconvénients des TAC**

Un des objectifs de cette étude était d'explorer ce que pouvait apporter l'enseignement et la pratique généralisés des TAC au sein d'un centre hospitalier. Elle nous a permis d'apprendre que les bénéfices étaient observés à plusieurs niveaux : celui du praticien, de l'équipe, du patient et de l'hôpital.

#### **1) Pour le praticien**

Pour le praticien des bénéfices sont observés sur le plan professionnel, mais aussi sur le plan personnel.

Sur le plan professionnel, l'outil lui apporte du confort dans son travail, un gain d'efficacité et de concentration, ainsi qu'une pratique satisfaisante et gratifiante. Cela lui permet de se sentir mieux dans son travail.

Sur le plan personnel, l'outil lui permet de s'épanouir (apaisement, sérénité, gestion des émotions).

Enfin les TAC enrichissent les capacités de communication du praticien. Elles changent sa façon de s'exprimer et améliorent les relations avec ses patients, les membres de son équipe et son entourage personnel.

Ces bénéfices des TAC sont aussi retrouvés dans d'autres études explorant les effets de l'hypnose chez les médecins (30,31), ainsi que dans une étude explorant les apports de l'hypnose médicale chez onze praticiens de métiers différents (médecin, infirmier, aide puériculteur, ostéopathe, kinésithérapeute, dentiste, psychothérapeute) (32).

Nous pensons que cet outil permet au praticien de mieux prendre soin de sa santé et de lui apporter du bien-être. Potentiellement cela pourrait prévenir le surmenage au travail.

Dans la thèse de Terrat J. évaluant la pratique de l'hypnose chez des médecins généralistes, 19% des praticiens évoquaient une prévention du burn-out grâce à la pratique de l'hypnose (33).

Concernant les inconvénients, quelques participants étaient gênés par le côté 'manipulateur' des TAC. Il faut préciser que c'est une manipulation bienveillante. Le Dr Bioy explique que peu importe le degré de pratique du praticien, une induction hypnotique ne peut se faire sans l'accord du patient, celui-ci en état de transe conserve son libre arbitre. Durant cette phase il se passe une diminution du jugement et de la censure, que le praticien utilise pour proposer des suggestions. Le patient peut les refuser ou les réaliser (2).

Certains praticiens trouvaient la pratique des TAC fatigante. Pour d'autres, elle avait un effet stimulant. Ces divergences d'avis se retrouvaient dans la thèse de Le Roch C. (31).

## **2) Pour le patient**

Les participants ont perçu que les TAC permettaient aux patients d'être plus détendus et confortables lors de l'accueil et des soins médicaux.

La pratique changeait la relation patient-soignant. La communication était plus centrée sur l'histoire et le vécu du patient qui n'était plus défini seulement par sa pathologie. Pour le patient c'était un moyen de pouvoir se sortir de l'atmosphère parfois pesante de l'hôpital.

Une étude qualitative explorant l'apport de l'hypnose chez des patients dans un service d'oncologie allait aussi dans ce sens (34). Les patients interrogés appréciaient son effet apaisant et anxiolytique, et notaient une diminution dans la prise de traitements anxiolytiques. Ils étaient aussi sensibles au fait que cette approche était centrée non pas sur la maladie mais sur la personne. Ils avaient le sentiment d'acquérir une ressource, une compétence supplémentaire, qu'ils pouvaient utiliser quand bon leur semblait.

L'impression d'une diminution des prescriptions médicamenteuses était aussi constatée avec l'usage des TAC, et d'autres études abondent dans ce sens (21,30,31).

Grâce aux TAC la manière d'accompagner le patient dans les soins rend celui-ci acteur de sa prise en charge, il devient ainsi plus autonome. Ce bénéfice est aussi retrouvé dans plusieurs études (31,32,34).

Un des participants de l'étude évoquait avoir provoqué une crise d'angoisse chez un patient au cours d'une séance de TAC. Cet effet indésirable peut faire douter sur l'innocuité de la pratique des TAC. Le rapport de l'INSERM sur l'efficacité de l'hypnose concluait que les données concernant la sécurité de l'hypnose étaient rassurantes. Il ne rapportait pas d'effets indésirables graves attribuables à l'hypnose (16).

### **3) Pour l'équipe**

Un participant notait que l'usage des TAC au sein du service apportait un grand niveau de satisfaction aux soignants de son équipe. Un autre remarquait une meilleure coopération dans l'équipe. Ces effets sont retrouvés dans une étude de cas américaine au sein d'un service d'oncologie (35).

Les TAC apportent de la sérénité dans la vie d'équipe. Elles permettent de prévenir et de régler les situations conflictuelles. Ceci est obtenu par les nouvelles capacités relationnelles et de communication acquises par la formation.

Un participant travaillant aux soins palliatifs n'avait pas constaté d'effets bénéfiques aux TAC dans la vie d'équipe. Pourtant une grande proportion des soignants sont formés aux TAC dans ce service. Nous pensons que le constat de ce participant est dû au fait que ces capacités de relation et de communications étaient déjà bien établies dans le service avant sa formation.

Cette sérénité qu'apporte les TAC dans un service contribue aussi à une réduction du stress et de l'anxiété dans la prise en charge de patients avec des pathologies lourdes. Une étude dans un centre des brûlés d'un hôpital Suisse avait aussi montré une diminution du stress dans son équipe soignante (36).

Un participant constatait dans son service qu'il était limité dans sa pratique des TAC. Il était confronté à l'opposition de certains membres de son équipe. Ils étaient hostiles à la pratique des TAC. Il était aussi confronté au manque de coordination avec les membres de son équipe non formés qui parasitaient inconsciemment le bon déroulement des séances.

Nous pensons qu'il est important d'obtenir une « masse critique » de gens formés dans une équipe pour favoriser l'acceptation et la pratique des TAC. Ce besoin d'une masse critique était aussi rapporté dans la thèse de Vial I. (32).

#### **4) Pour l'hôpital**

L'apport des capacités relationnelles observé à l'échelle du praticien et des équipes participe à diffuser une atmosphère différente dans l'enceinte de l'hôpital. Selon un des participants, les TAC ont engendré de la « douceur » à l'hôpital. L'hôpital affiche ainsi une image plus accueillante pour les patients.

Nous avons évoqué que les TAC étaient un moyen pour le praticien de mieux prendre soin de sa santé. Par conséquent, un impact positif sur l'absentéisme pourrait en résulter.

Selon nous, les TAC permettent au centre hospitalier de faire des économies. La pratique limite les prescriptions médicamenteuses et la durée des hospitalisations. Des études ont démontré que l'hypnose génère une diminution des coûts (37) ainsi que de la durée d'hospitalisation (38). Il serait intéressant d'étudier les économies que peuvent apporter les TAC au sein du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

Le développement des TAC au CHB répond également à une demande croissante des patients pour les médecines complémentaires. Selon le CNOM, 40% des français ont déjà eu recours aux médecines alternatives et complémentaires, et ce pourcentage augmente chez les personnes atteintes d'une maladie grave chronique (39). Dans un rapport de l'OMS sur les médecines traditionnelles, le pourcentage de la population ayant eu recours au moins une fois aux médecines traditionnelles s'élève à 75% en France (40).

### **C. Freins, facteurs favorisant à la pratique, et pistes d'amélioration**

Tous les participants de l'étude avaient des avis très positifs sur les TAC. Pourtant la plupart n'utilisaient pas l'outil régulièrement en séances. Nous pensons que c'est en partie à cause des freins à la pratique.

#### **1) Freins à la pratique**

Les freins à la pratique perçus étaient de plusieurs ordres : ceux liés au praticien lui-même, au manque de temps, aux idées reçues, aux limites du patient et la profession exercée. Ces freins sont retrouvés dans d'autres études (30–32).

Certains participants trouvaient la formation initiale trop dense. D'autres pensaient que la progression en difficulté était trop rapide. Il a aussi été rapporté que le contenu de la formation n'était pas suffisant pour pratiquer des séances formelles. En conséquence il est possible que des participants n'aient pas obtenu les acquis nécessaires pour pratiquer régulièrement les TAC en séances formelles.

Ces acquis auraient pu être consolidés avec la formation continue, ce qui n'a pas été le cas. En effet des participants ont constaté que les sessions d'hypno-vision devenaient rares. Le départ d'un des deux formateurs a eu un impact négatif sur l'organisation de la formation continue. De ce fait plusieurs participants pensent que les acquis de la formation initiale se sont progressivement perdus.

Ainsi, il serait possible, par une optimisation de la formation initiale et continue aux TAC, de résoudre, au moins en partie, certains de ces freins à la pratique :

#### Le manque de confiance

En parlant du manque de confiance, un des freins majeurs, les participants expliquaient ne pas se sentir capables ou assez légitimes pour proposer l'outil en séance. La peur de l'échec empêchait les participants de se lancer. Peut-être ce souci de donner confiance aux praticiens dans leurs compétences et leur légitimité n'est-il pas encore assez une préoccupation centrale de la formation initiale et continue des TAC ?

#### Le manque de temps

Le terme manque de temps renvoie plus à une notion de disponibilité qu'une réelle notion de durée. Le manque de disponibilité du praticien est provoqué par le manque de personnel, la charge de travail importante et la surcharge mentale. Le Cozanet L. en fait aussi le constat dans sa thèse (30).

Le temps nécessaire pour faire une séance peut être relativement court. Dans une étude de cas sur la pratique de l'hypnose, l'auteur explique qu'une transe hypnotique peut être obtenue en moins de 10 minutes (41), voire même en 5 minutes dans une autre étude (42).

Ce message n'a manifestement pas été compris par tous les praticiens. Serait-il nécessaire d'insister plus sur le temps dévolu pendant la formation initiale, voire de réaliser des mises en pratique en simulant un contexte de manque de temps ?

#### Le manque de calme

Plusieurs praticiens sont gênés par le manque de calme quand ils sont dans une chambre double ou à cause de l'activité dans le service (téléphone, bip d'alarmes etc).

Pourtant les bruits parasites liés à l'activité d'un service peuvent servir à la construction de la séance d'après le Dr Garden-Brèche dans *Hypnose Médicale en Situation Difficile* (43).

Ce message n'a manifestement pas été compris non plus par tous les praticiens. Serait-il nécessaire d'insister plus sur l'environnement pendant la formation initiale, voire de réaliser des mises en pratique en simulant une ambiance de bruits et d'agitation ?

## Le patient

Un des participants expliquait ne pas pouvoir pratiquer les TAC chez les patients hospitalisés pour anorexie. Il expliquait qu'en phase aigüe les patients étaient dans un état de sidération mentale qui empêchait l'utilisation des TAC en séances.

L'épuisement et l'indisponibilité mentale étaient tels que tout exercice était impossible.

Mais l'hypnose et les TAC ne se limitent pas à la seule réalisation d'exercices, et des approches plus « passives » sont possibles. En effet l'hypnose peut être pratiquée sur des enfants avant l'âge de 2 ans en utilisant les caresses, les bercements et le chant (44). Elle peut aussi être réalisée chez des personnes âgées atteintes de pathologies neuro-dégénératives (45).

Il serait sans doute intéressant que ces approches soient incluses dans la formation initiale ou continue des praticiens.

D'autres freins ne peuvent trouver de réponse dans la seule optimisation de la formation :

## Les idées reçues

Un des participants expliquait ne pas utiliser le terme hypnose quand il proposait une séance aux patients, il présentait l'outil comme un exercice de détente. Cette réticence à utiliser le terme hypnose est due à la connotation péjorative que l'hypnose de spectacle apporte à ce terme. Nous avons constaté que l'appellation « TAC » n'était pas du tout utilisée par les participants de l'étude. L'usage du mot « hypnose » est encore trop généralisée au sein du centre hospitalier. Est-ce parce que le terme « hypnose » était encore toléré par le CITAC lors des formations ? En tout cas pour favoriser l'adoption de la dénomination TAC, les professionnels doivent être sensibilisés à l'intérêt de son usage pendant la formation.

Cette connotation péjorative de l'hypnose peut être à l'origine des résistances que certains participants ont perçues de la part de leur équipe. Des médecins ont par exemple refusé l'application des TAC sous forme de séances. Des personnes de l'équipe parasitaient les séances parce qu'ils n'étaient pas familiers avec la pratique de cet outil.

Ainsi, s'il semble important que la formation initiale et continue s'emploie à détricoter les idées reçues des praticiens, il paraît tout aussi essentiel de réaliser un travail à plus vaste échelle sur la communication avec les professionnels non-formés de l'hôpital.

D'autres pistes pourraient être d'élargir la proportion de professionnels formés au sein des équipes soignantes, ou encore de faire systématiquement des TAC un projet de service.

## La profession exercée

Un des participants était secrétaire médicale. Elle ne se sentait pas assez légitime pour pratiquer des séances formelles. Selon le code éthique de la CFHTB (27) « L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession. » La réaction de ce participant nous apparaît donc légitime.

Peut-être cette formation très dense de 6 jours est-elle trop complète pour être proposée aussi largement à de nombreux corps de métiers ? Faudrait-il organiser des formations plus courtes pour certains métiers ? On pourrait ainsi imaginer qu'il soit largement proposé aux secrétaires médicales et aux administratifs une formation basée uniquement sur l'hypnose conversationnelle.

### 2) Facteurs favorisants

Notre étude montre que travailler dans le service des soins palliatifs est un facteur favorisant. Ce service possède déjà une grande proportion de professionnels formés aux TAC. La pratique y est vivement encouragée.

Dans d'autres services, nous avons vu précédemment que certains participants étaient limités dans leur pratique des TAC parce qu'ils étaient confrontés à une opposition de certains membres de leur équipe.

Selon nous, cela conforte l'idée qu'il est nécessaire de mieux communiquer sur l'hôpital autour des TAC, et d'augmenter la proportion de gens formés dans tous les services pour favoriser la pratique et la rendre la plus efficace possible.

Le fait de travailler à l'HAD a été identifié comme un facteur favorisant car il y avait plus de calme au domicile des patients pour pouvoir proposer des séances formelles.

Un autre facteur favorisant était la possibilité d'avoir un temps dédié pour la pratique des TAC. Ces deux facteurs favorisants identifiés par les participants sont liés à des freins à la pratique.

Le nombre de personnes formées sur le centre hospitalier était considéré comme un facteur favorisant, car il permet de toujours avoir quelqu'un pour proposer l'outil dans un service. Nous pensons aussi que cela participe à l'adhésion et l'acceptation des TAC dans un service.

Des participants expliquaient que des médecins demandaient spécifiquement à avoir un praticien formé aux TAC dans leurs consultations. Il y avait aussi des demandes des patients lors de consultations de pré-anesthésie réclamant une prise en charge par les TAC. Nous

pensons que c'est parce que l'outil commence à s'ancrer dans le fonctionnement du centre hospitalier.

Nous n'avons pas trouvé de bibliographie permettant de critiquer ces résultats touchant aux facteurs favorisant la pratique des TAC ou de l'hypnose. A notre connaissance, notre étude est la première à questionner ce sujet.

### **3) Autres pistes d'amélioration**

Nous avons pu voir que l'utilisation des TAC apportait beaucoup de bénéfices au sein du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Pourtant un grand nombre des participants ne l'utilisait pas régulièrement en séance, mais une optimisation de la formation initiale et continue serait en mesure de pallier cette réticence. Nous avons aussi constaté que les idées reçues empêchaient la bonne pratique des TAC.

Nous pensons que des adaptations dans la formation aux TAC pourraient permettre une meilleure diffusion des TAC sur l'hôpital, et faciliter la pratique régulière des séances formelles.

La formation est ouverte à tous les professionnels du CHB sans restriction et sans sélection. Des participants ont évoqué que la formation aux TAC n'était peut-être pas adaptée à toutes les personnes. D'après eux, certains n'avaient pas utilisé l'outil après la formation, par manque d'intérêts et de motivations.

Un participant suggérait de restreindre l'accès à la formation en mettant en place un processus de sélection. Comme par exemple l'accès à certains DU qui n'est possible que sur lettre de motivation. De plus proposer une formation de 6 jours engendre un coût financier certain pour le centre hospitalier, et il serait normal d'attendre des professionnels formés qu'ils mettent en pratique les acquis de la formation.

Nous pensons que restreindre l'accès à la formation par un processus de sélection n'est pas une solution. Nous proposons plutôt de créer une journée d'initiation aux TAC.

Cette journée d'initiation aurait deux intérêts :

- Faire découvrir les TAC et ainsi réduire les préjugés que peuvent avoir certains professionnels à leurs sujets. La pratique des TAC serait améliorée, car pour être efficace il faut une coopération de toute l'équipe, y compris de ceux qui ne sont pas formés.
- Susciter l'envie chez les professionnels. Après cette journée d'initiation si les professionnels expriment un intérêt pour les TAC, ils pourraient accéder à la formation de 6 jours.

Le contenu de la journée d'initiation aux TAC aurait pour but de faire découvrir le concept des TAC. Au cours de cette journée d'initiation il faudrait donner les outils de base pour pratiquer l'hypnose conversationnelle. Un des participants de l'étude proposait que le personnel administratif soit formé aux TAC, avec pour objectif de rapprocher le personnel soignant de l'administration. Proposer la formation longue au personnel administratif n'aurait pas de sens, mais leur apprendre les bases de la conversation hypnotique au cours de la journée d'initiation pourrait leur donner des compétences supplémentaires en communication.

### La formation initiale

La formation initiale telle que proposée actuellement sous le format de deux sessions de trois jours nous semble adaptée pour les professionnels soignants non administratifs. Elle pourrait être optimisée avec un plus grand nombre de formateurs. Ainsi la gestion de sous-groupes serait envisageable pour prendre en charge les participants ayant du mal à acquérir les bases des TAC, et éviter qu'ils ne soient découragés.

Proposer un système de sous-groupes permettrait aussi de répondre aux demandes spécifiques que peuvent avoir certains professionnels. Par exemple fournir des outils rapides à mettre en place dans le cadre spécifique des urgences.

Cela permettrait de garder l'aspect généraliste de la formation avec la possibilité d'une offre personnalisée selon la profession du soignant.

Il semble exister un manque de formation théorique en psychologie, afin de permettre au praticien :

- D'éviter de perturber des patients au psychisme fragile.
- De réveiller des traumatismes qu'il serait par la suite difficile de gérer.
- D'être capable d'accompagner un vécu psychologique douloureux, voire critique, induit par la séance.

Au cours de la formation théorique il faudrait donc sensibiliser les praticiens sur le risque de déstabiliser des patients fragiles psychologiquement. La formation devrait les aider à anticiper ou réduire ces effets traumatisants pouvant émerger au cours d'une séance.

### La formation continue

Les participants de l'étude étaient nombreux à regretter le manque de formation continue. Il y avait initialement les hypno-visions/intervisions qui permettaient à un groupe de pairs d'échanger sur leur pratique et leurs expériences. Progressivement ces interventions ont cessé d'être organisées. Le problème est que la formation continue reposait sur deux formateurs, ce qui est trop peu pour porter le projet. Nous proposons donc la formation d'un comité composé de plusieurs personnes pour s'occuper de l'organisation des interventions.

Il serait intéressant d'organiser des RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) dans les services pour aider à la prise de décision. Durant ces RCP, les professionnels pourraient discuter du type de prise en charge à proposer, et identifier les risques que peuvent présenter les patients. Cela permettrait un échange de pratiques participant à la formation continue du praticien, et diminuerait le risque d'échec de séances pouvant impacter la confiance du praticien.

Il faudrait proposer aux professionnels formés des journées de rappel, dans l'idée d'une journée FGSU (formation aux gestes et soins d'urgence). Cette journée permettrait aux praticiens de revoir et retravailler leurs connaissances et compétences sur les TAC.

Plusieurs sessions d'hypno-vision pourraient être organisées avec des horaires différents pour s'adapter à l'agenda des participants. La mise en place d'une chaîne de mails serait essentielle pour que les professionnels soient informés du calendrier des formations continues et de leurs éventuelles annulations.

L'instauration d'un système de tutorat semblerait profitable. Constituer des groupes de 3-4 professionnels nouvellement formés avec un tuteur ayant déjà l'expérience de la pratique des TAC. Si ce système était mis en place de suite après la formation, cela fournirait un espace d'échanges aux nouveaux formés, qui permettrait aux praticiens de gagner en confiance.

Des protocoles pourraient être proposés, c'est-à-dire donner une conduite à tenir devant des situations pouvant être prises en charge par les TAC, par exemple prise en charge d'une douleur aiguë.

## **II. Sur la méthode**

### **A. Forces de l'étude**

Dans notre revue de la littérature nous n'avons pas trouvé d'étude qualitative s'intéressant à la pratique de l'hypnose au sein d'un centre hospitalier. Nous pensons donc que notre étude est une des premières à explorer le vécu des professionnels formés à l'hypnose au sein d'un centre hospitalier.

La méthode qualitative était bien adaptée à notre étude, car l'objectif de notre étude était d'explorer le vécu de la pratique de l'hypnose par les praticiens, les données recueillies sont subjectives et non mesurables. La méthode qualitative est adaptée pour analyser ce type de données (29).

Nous avons atteint la saturation des données à partir du 15<sup>ème</sup> entretien, nous avons au total conduit 17 entretiens pour nous assurer que c'était bien le cas et pour répondre à notre exigence d'interroger des professionnels représentatifs de corps de métiers et de spécialités aussi variés que possible.

Les deux investigateurs ayant fait les entretiens étaient formés aux TAC et connaissaient le fonctionnement du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, ils connaissaient donc l'outil étudié et les conditions de travail, ce qui favorise la significativité de l'observation.

A noter que le recrutement des professionnels interrogés pour cette étude a été fait avec l'aide d'un médecin connaissant particulièrement bien la majorité des personnes formées aux TAC sur le centre hospitalier. Il a porté une attention très particulière à ce que l'échantillon interrogé

soit aussi représentatif que possible de la variété de la population des professionnels formés du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en genre, âge, profession, spécialité ou service, ancienneté d'exercice du métier, ancienneté de pratique des TAC, pauvreté ou richesse de la pratique des TAC.

Enfin, c'est la première étude, à notre connaissance, à questionner les facteurs favorisant la pratique des TAC et plus largement de l'hypnose, en milieu hospitalier. Ce sujet est particulièrement important si l'on s'appuie sur le constat que beaucoup de professionnels formés n'utilisent finalement que peu l'outil hypnotique.

## **B. Limites de l'étude**

L'un des enquêteurs collaborant à la réalisation des entretiens, du codage et de la rédaction de l'étude n'avait jamais réalisé d'étude qualitative, ce qui a pu engendrer un biais de mesure lors des entretiens en influençant les réponses des participants en leur exposant son point de vue personnel.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres études explorant les bénéfices et limites de l'hypnose à l'échelle d'un centre hospitalier. Ainsi nos données concernant les bénéfices et limites de l'hypnose à l'échelle d'un centre hospitalier n'ont pas pu être confrontées. Cependant nos résultats à l'échelle du praticien, du patient et de l'équipe concordent avec ceux retrouvés dans la littérature. A noter que durant nos recherches bibliographiques nous avons appris que le Centre Hospitalier de La Rochelle avait aussi entrepris une démarche de formation large à l'hypnose proposée à ses professionnels de santé. Nous avons essayé de prendre contact avec eux, mais n'avons pas reçu de réponse de leur part.

Dans la partie discussion sur les résultats nous avons essayé de comprendre pourquoi les praticiens n'utilisaient pas régulièrement les TAC en séances, et nous avons proposé des pistes d'amélioration de la formation.

A partir de ces réflexions, notre guide d'entretien aurait aussi dû s'intéresser aux sujets suivants :

- Qu'est-ce qui avait amené les praticiens à faire la formation ? Était-ce par curiosité, fascination ou envie d'acquérir un nouvel outil ?

- Quels critères de sélection aurait-on pu élaborer si nous avions voulu sélectionner les gens à la formation ?

Les 2 investigateurs qui ont réalisé les entretiens, et les 2 personnes qui ont analysé les entretiens étaient toutes formées aux TAC dans le cadre de la formation proposée par le CITAC sur le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Cela a sans doute permis une meilleure compréhension des propos des participants à l'étude, mais il est aussi possible que cela puisse être une cause de biais dans l'interprétation de ces propos. Les investigateurs, convaincus de la pertinence de la technique pourraient avoir interprété trop « positivement » certains propos. Peut-être aurait-il mieux valu que l'analyse des entretiens soit le fruit du travail d'un investigateur formé (pour comprendre les propos dans le spectre d'interprétation de la formation du CITAC), mais associé à un investigateur non formé qui aurait été plus neutre ?

### **III. Pistes de recherche complémentaire**

#### **A. Evaluer les effets indésirables**

Le rapport de l'INSERM sur l'évaluation de l'efficacité de l'hypnose (16) était rassurant concernant les effets secondaires. Cependant notre étude a décelé des effets indésirables comme des crises d'angoisse chez les patients en situation palliative.

Au cours d'une session d'hypno-vision un participant expliquait que des praticiens avaient été confrontés à des patients ayant exprimés des fortes sensations d'angoisse, des représentations de trou-noir.

Une étude objective menée indépendamment de tout organisme de formation à l'hypnose serait souhaitable. Son but serait d'explorer la fréquence des effets indésirables, leurs types, leurs gravités et les moyens d'y remédier.

#### **B. Etude médico-économique**

Il serait intéressant d'étudier les économies que peuvent apporter les TAC au sein du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Une étude médico-économique évaluerait la balance coûts / économies induite dans un centre hospitalier où la formation aux TAC est très large et proposée à une majorité des soignants de l'hôpital. Puis les résultats seraient comparés avec ceux de la bibliographie existante.

### **C. Etude quantitative des freins et facteurs favorisants**

Le constat est fait que beaucoup de professionnels formés utilisent peu ou pas l'outil, ou alors qu'ils n'en utilisent que la composante conversationnelle. Ce travail a relevé des freins et facteurs favorisants à la pratique de manière qualitative. Des pistes d'amélioration pour lever les freins et valoriser les facteurs favorisants sont présentées. Toutefois, pour que la démarche d'amélioration soit pondérée et efficace, il serait sans doute pertinent d'étudier de façon quantitative ces freins et facteurs favorisants.

# Conclusion

L'hypnose est un outil particulièrement à la mode de nos jours dans les soins. Le processus physiologique de l'hypnose n'est à ce jour pas encore tout à fait élucidé. Des études ont démontré que l'état de conscience induit par l'hypnose était distinct de l'état de veille. Dans d'autres études l'efficacité de l'hypnose a été démontrée dans la diminution des prescriptions d'antalgiques et anxiolytiques, comme dans le cadre des prises en charge chirurgicale, mais aussi dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable.

Du fait de l'intérêt suscité par l'hypnose à usage thérapeutique, celle-ci commence à être implantée dans les centres hospitaliers.

Depuis 2013, le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse propose à ses professionnels de santé une formation aux TAC (Thérapies par Activation de Conscience). Ce courant de l'hypnose thérapeutique est promu par le CITAC. La formation est proposée à un large nombre de professionnels de métiers et spécialités différentes au sein du centre hospitalier. A la fin du mois d'octobre 2019, on comptait 282 professionnels formés aux TAC sur le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

L'objectif de cette étude était d'explorer les bénéfices et limites à la pratique des TAC perçus par ces professionnels quand elle est déployée à vaste échelle dans un centre hospitalier.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés menée auprès de 17 soignants de professions et spécialités différentes, formés et exerçant au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

Les résultats montrent que les professionnels soignants perçoivent un apport très bénéfique sur la prise en charge de la douleur, de l'anxiété, ainsi qu'une amélioration de la relation et de la communication avec le patient. Ils perçoivent pour eux-mêmes une amélioration de leurs conditions de travail, un moyen de mieux prendre soin d'eux, une amélioration de la cohésion dans l'équipe, ainsi que le développement d'une dynamique positive à l'échelle hospitalière.

De nombreuses limites de cet outil sont perçues. Bien que les participants de l'étude aient des avis très positifs sur les TAC, la plupart n'utilisent pas l'outil régulièrement en séances. Nous pensons que c'est en partie à cause des freins tels qu'un manque de confiance quant à leurs capacités à proposer l'outil régulièrement sous forme de séance.

Nous proposons des pistes d'amélioration notamment concernant la formation et l'accompagnement sur le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Ceci pourrait favoriser l'utilisation des TAC en pratique quotidienne conjointement aux pratiques de soins conventionnels.

# Bibliographie

1. Becchio J. L'hypnose : des débuts difficiles [Internet]. CerveauetPsycho.fr. 2017 [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: [http://www.cerveauetpsycho.fr/ewb\\_pages/a/article-l-hypnose-des-debuts-difficiles-31663.php](http://www.cerveauetpsycho.fr/ewb_pages/a/article-l-hypnose-des-debuts-difficiles-31663.php)
2. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 nov 2013;171(9):658-61.
3. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 juin 2015;15(162):14-9.
4. Wagstaff GF. On the Centrality of the Concept of an Altered State to Definitions of Hypnosis. *The Journal of Mind-Body Regulation*. 23 avr 2014;2(2):90-108.
5. Larousse É. Définitions : hypnose - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
6. L'Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <http://hypnose-ericksonienne.com/en/sinformer/lhypnose/>
7. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2 janv 2015;63(1):1-9.
8. Vinot-Coubetergues M, Marc E. *Les fondements des psychothérapies: de Socrate aux neurosciences*. Dunod; 2014. 374 p.
9. CITAC Présentation [Internet]. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.citac.fr/presentation/>
10. Dehaene S. *Le Code de la conscience -*. Éditions Odile Jacob; 2014. 352 p.
11. Lexique Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/lexique-hypnose/>

12. Indications de l'hypnose et des psychothérapies brèves - CFHTB [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cfhtb.org/hypnose/indications-de-lhypnose-psychotherapies-breves/>
13. FAQ Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/faq-hypnose/>
14. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 1 févr 1999;45(3):327-33.
15. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthes*. 1 mai 2000;92(5):1257-67.
16. Rapport sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm); 2015. Disponible sur: [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_EvaluationEfficaciteHypnose\\_2015.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf)
17. Stewart JH. Hypnosis in Contemporary Medicine. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 avr 2005;80(4):511-24.
18. Mackey EF. Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study. *Int J Clin Exp Hypn*. janv 2010;58(1):21-38.
19. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst*. 5 sept 2007;99(17):1304-12.
20. Marc I, Rainville P, Masse B, Verreault R, Vaillancourt L, Vallée E, et al. Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. nov 2008;199(5):469.e1-9.
21. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10801169>

22. Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*. 15 déc 2006;126(1-3):155-64.
23. Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S, Salazar GM, Lutgendorf S, et al. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol*. juin 2008;19(6):897-905.
24. Webb AN, Kukuruzovic R, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2007 [cité 16 oct 2019];(4). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005110.pub2/abstract>
25. Moser G, Trägner S, Gajowniczek EE, Mikulits A, Michalski M, Kazemi-Shirazi L, et al. Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. avr 2013;108(4):602-9.
26. Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Björnsson E, Abrahamsson H, et al. Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials. *Am J Gastroenterol*. févr 2012;107(2):276-85.
27. Le code éthique de la CFHTB - CFHTB [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
28. Présentation du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ch-bourg-en-bresse.fr/presentation-centre-hospitalier.htm>
29. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
30. Le Cozanet L. L'hypnose médicale dans les services d'urgences: une étude qualitative auprès de quinze médecins urgentistes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.

31. Le Roch C. Etude qualitative sur les impacts d'une formation à l'hypnose médicale pour des médecins généralistes d'Île-de-France [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2018.
32. Vial I. Apports de l'hypnose médicale pour le soignant: une étude qualitative auprès de onze praticiens de métiers et fonctions différents [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
33. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France. 26 janv 2016;67.
34. Luethi FT, Currat T, Spencer B, Jayet N, Cantin B. L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques, Hypnosis as a resource in palliative care. A qualitative study of the contribution of hypnosis to the care of oncology patients. *Recherche en soins infirmiers*. (110):78-89.
35. Snow A, Warbet R. Hypnosis: exploring the benefits for the role of the hospital social worker. *Soc Work Health Care*. 2010;49(3):245-62.
36. Netgen. Prise en charge des fractures à haute et basse énergie traumatique de la colonne thoracique et lombaire [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-230/Prise-en-charge-des-fractures-a-haute-et-basse-energie-traumatique-de-la-colonne-thoracique-et-lombaire>
37. Lang EV, Rosen MP. Cost Analysis of Adjunct Hypnosis with Sedation during Outpatient Interventional Radiologic Procedures. *Radiology*. 1 févr 2002;222(2):375-82.
38. Berlière M, Roelants F, Watremez C, Docquier MA, Piette N, Lamerant S, et al. The advantages of hypnosis intervention on breast cancer surgery and adjuvant therapy. *Breast*. févr 2018;37:114-8.
39. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>
40. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2298f/>

41. Bierman SF. Hypnosis in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 mars 1989;7(2):238-42.
42. Iserson KV. Hypnosis for pediatric fracture reduction. *The Journal of Emergency Medicine*. 1 janv 1999;17(1):53-6.
43. Garden-Brèche F, Desanneaux-Guillou S. *Hypnose médicale en situation difficile : Retour d'expériences conjuguées pour un perfectionnement en pratique eriksonienne*. 1<sup>re</sup> éd. Arnette; 2014. 142 p.
44. Radiothérapie des enfants de moins de cinq ans : peut-on limiter les anesthésies itératives par les rituels et l'hypnose ? *Bulletin du Cancer*. 1 nov 2016;103(11):921-7.
45. Burlaud A. *Hypnose en gériatrie : un outil thérapeutique supplémentaire*. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 déc 2013;13(78):317-20.

# Annexes

## Annexe 1 - Guide d'entretien

- Utiliser des questions ouvertes, reformuler souvent, faire décrire, faire détailler...  
(éviter de trop s'harmoniser pour ne pas risquer d'influer sur les réponses)
- Présenter l'étude.
- Expliquer enregistrement, anonymat, non participation du formateur.
- Présentation du sujet : (sexe,) âge, profession, spécialité, ancienneté d'exercice, date de formation à l'auto-hypnose
- Puis entretien :
  - Comment utilisez-vous l'outil hypnotique ? Décrivez votre façon de pratiquer.
    - Si besoin, compléter avec :
      - Fréquence d'utilisation
      - Conversationnel/séances ?
      - Indications
  - Décrivez-moi 1 ou 2 situations qui vous ont beaucoup marqué dans votre pratique de l'hypnose.
  - Que pensez-vous de cet outil ?
    - Si besoin, compléter avec : bénéfiques et inconvénients pour :
      - vos patients ?
      - la vie de votre équipe ?
      - l'hôpital ?
      - vous-même ?
  - Que pensez-vous de la formation que vous avez reçue ? (rappeler l'anonymat)
    - Si besoin, compléter avec : qu'est-ce qui fonctionne / a besoin d'être amélioré ?
  - Que pensez-vous des propositions de l'hôpital pour entretenir et développer vos compétences en auto-hypnose ?
    - Si besoin, compléter avec : qu'est-ce qui fonctionne / a besoin d'être amélioré ?
  - Que pensez-vous de vos conditions d'exercice pour pratiquer l'auto-hypnose ?
    - Si besoin, compléter avec : qu'est-ce qui fonctionne / a besoin d'être amélioré ?
  - Qu'est-ce que vous auriez envie de dire aux professionnels de santé qui liront cette étude, et qui ne connaissent pas l'auto-hypnose ?
  - Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

## Annexe 2 - Lettre de présentation pour le recrutement des participants

Chers et chères collègues,

Dans le cadre du projet d'établissement et du CLUD de former largement les professionnels du CH de Bourg-En-Bresse aux Thérapies d'Activation de la Conscience (ou auto-hypnose), quatre des médecins de l'USP et de l'EMASP ont débuté un travail de recherche clinique pour étudier l'impact de ces formations.

Il s'agit d'un protocole de recherche qualitative, pour lequel des professionnels de différents métiers et différents services, formés aux TAC, seront invités à rencontrer individuellement en entretien l'un des médecins investigateurs.

Le but du travail sera d'explorer le vécu des professionnels formés, les bénéfices et inconvénients qu'ils perçoivent à la pratique des TAC, et des pistes d'améliorations potentielles.

L'entretien, d'une durée entre 20 minutes et 1 heure, sera enregistré, retranscrit, et anonymisé. A aucun moment le médecin formateur, ou tout autre personne que l'équipe investigatrices, n'auront accès aux enregistrements ou retranscriptions.

Nous contacterons donc dans les prochaines semaines certains professionnels pour leur proposer de participer à l'étude.

Les entretiens seront réalisés sur du temps personnel ou du temps de travail selon les possibilités des services, et selon l'accord ou non des chefs de service et cadres de santé. Ils auront lieu sur le centre hospitalier, selon les possibilités des personnes interrogées.

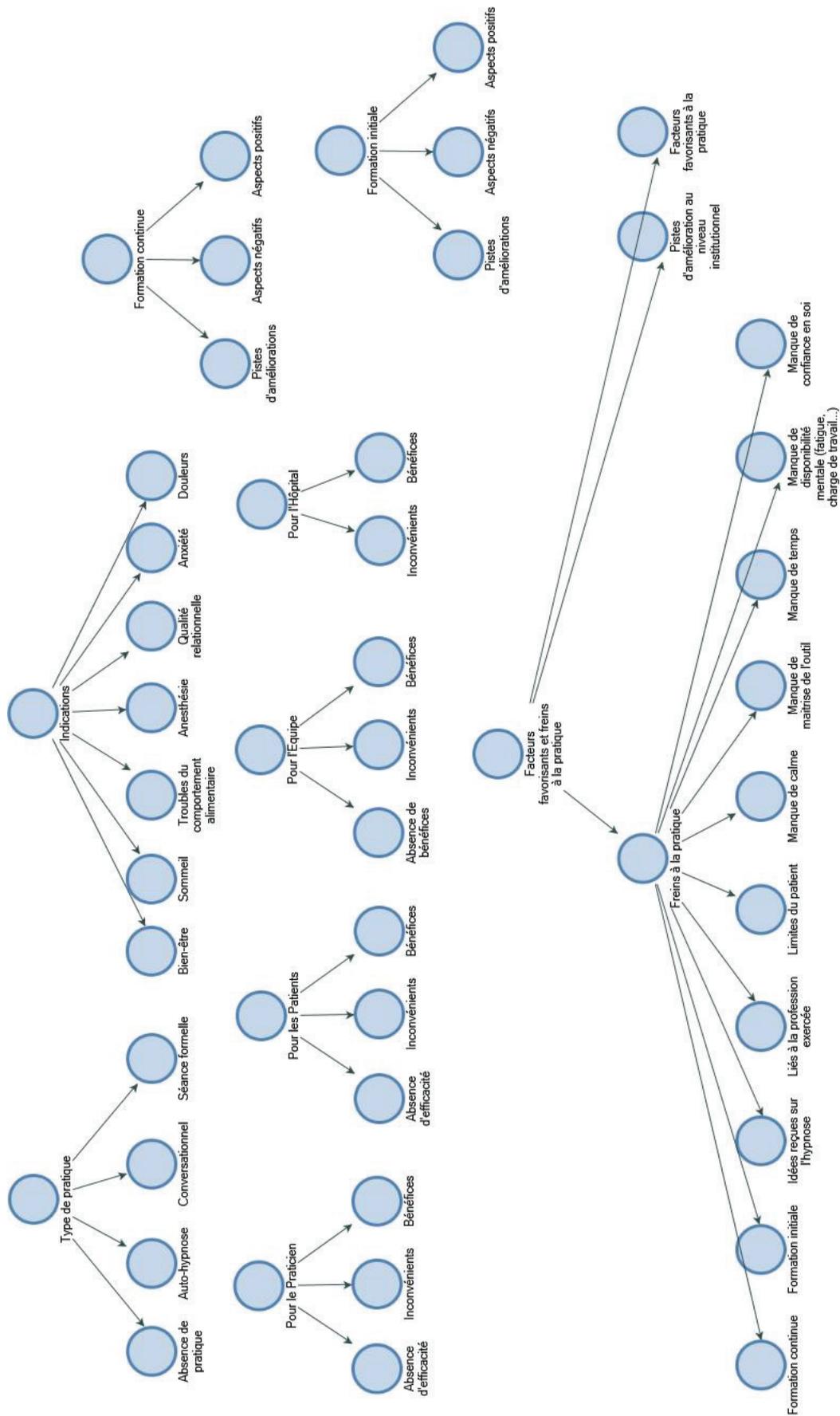
Nous remercions chacun pour sa collaboration.

Drs P. CHALAYE, S. FOLACHER, A. PIROLLET et V. PERRIN

## Annexe 3a - Grille de codage - extrait du logiciel NVivo Pro 12

Type de pratique		12	26
Séance formelle		6	7
Fréquence		11	13
Conversationnel		6	9
Fréquence		15	21
Auto-hypnose		4	4
Absence de pratique		4	6
Indications		5	5
Douleurs		6	8
Induite par les soins		12	26
D'origine pathologique		7	13
Anxiété		14	32
Qualité relationnelle		0	0
Avec le patient (accueil...)		5	7
Autres que patients		2	4
Anesthésie		1	1
Troubles du comportement alimentaire		2	7
Sommeil		3	4
Bien-être		2	4
Pour le Praticien		0	0
Bénéfices		16	42
Inconvénients		5	9
Absence d'efficacité		1	2
Pour les Patients		0	0
Bénéfices		17	45
Inconvénients		5	10
Absence d'efficacité		2	3
Pour l'Equipe		0	0
Bénéfices		11	22
Inconvénients		6	6
Absence de bénéfices		2	2
Pour l'Hôpital		0	0
Bénéfices		8	9
Inconvénients		0	0
Facteurs favorisant et freins à la pratique		0	0
Facteurs favorisant à la pratique		14	24
Pistes d'amélioration au niveau institutionnel		7	7
Freins à la pratique		0	0
Manque de confiance en soi		13	25
Manque de disponibilité mentale (fatigue, charge de travail...)		12	20
Manque de temps		9	19
Manque de maîtrise de l'outil		1	1
Manque de calme		6	7
Limites du patient		6	7
Liés à la profession exercée		5	5
Idées reçues sur l'hypnose		6	6
Formation initiale		3	4
Formation continue		6	9
Formation initiale		0	0
Aspects positifs		16	31
Aspects négatifs		11	18
Pistes d'améliorations		12	24
Formation continue		0	0
Aspects positifs		6	6
Aspects négatifs		14	31
Pistes d'améliorations		14	27
Anecdotes de séances marquantes		10	13
Idées fortes sur les TAC		14	36

**Annexe 3b** - Carte des nœuds de codage - extrait du logiciel NVivo Pro 12





Nom, prénom du candidat : MAAGD Clément

## CONCLUSIONS

L'hypnose est un outil particulièrement à la mode de nos jours dans les soins. Le processus physiologique de l'hypnose n'est à ce jour pas encore tout à fait élucidé. Des études ont démontré que l'état de conscience induit par l'hypnose était distinct de l'état de veille. Dans d'autres études l'efficacité de l'hypnose a été démontré dans la diminution des prescriptions d'antalgiques et anxiolytiques, comme dans le cadre des prises en charge chirurgicale, mais aussi dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable.

Du fait de l'intérêt suscité par l'hypnose à usage thérapeutique, celle-ci commence à être implantée dans les centres hospitaliers.

Depuis 2013, le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse propose à ses professionnels de santé une formation aux TAC (Thérapies par Activation de Conscience). Ce courant de l'hypnose thérapeutique est promu par le CITAC. La formation est proposée à un large nombre de professionnels de métiers et spécialités différentes au sein du centre hospitalier.

L'objectif de cette étude était d'explorer les bénéfices et limites à la pratique des TAC perçus par ces professionnels quand elle est déployée à vaste échelle dans un centre hospitalier.

Les résultats montrent que les professionnels soignants perçoivent un apport très bénéfique sur la prise en charge de la douleur, de l'anxiété, ainsi qu'une amélioration de la relation et de la communication avec le patient. Ils perçoivent pour eux même une amélioration de leurs conditions de travail, un moyen de mieux prendre soins d'eux, une amélioration de la cohésion dans l'équipe, ainsi que le développement d'une dynamique positive à l'échelle hospitalière.

Une limite a été perçue. Malgré le fait que les participants de l'étude avaient des avis très positifs sur les TAC, la plupart n'utilisaient pas l'outil régulièrement en séances. Nous pensons que c'est en partie à cause des freins tels que le manque de confiance quant à leurs capacités à proposer l'outil régulièrement sous forme de séance. Nous proposons des pistes d'amélioration notamment concernant la formation et l'accompagnement sur le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse. Ceci pourrait favoriser l'utilisation des TAC en pratique quotidienne conjointement aux pratiques de soins conventionnels.

Le Président de jury.  
Nom et Prénom  
Signature

Gilley François Noel  


VU,  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

  
Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 06/11/2019

**MAAGD Clément. Vécu de la pratique de l'hypnose par les soignants en milieu hospitalier : Une étude qualitative menée auprès de 17 soignants de professions et spécialités différentes, formés et exerçant au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse**  
Th. Méd. : Lyon 2019 ; n°391

**Résumé**

**Introduction :** Depuis 2013, le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse forme ses professionnels de santé aux TAC (Thérapies par Activation de Conscience), un courant de l'hypnose thérapeutique. Quel est le vécu de la pratique de l'hypnose par les soignants en milieu hospitalier ?

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés menée auprès de 17 soignants de professions et spécialités différentes, formés et exerçant au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

**Résultats et discussion :** Les professionnels soignants perçoivent un apport très bénéfique sur la prise en charge de la douleur, de l'angoisse, ainsi qu'une amélioration de la relation et de la communication avec le patient. Ils perçoivent pour eux-mêmes une amélioration de leurs conditions de travail, un moyen de mieux prendre soin d'eux, une amélioration de la cohésion dans l'équipe, ainsi que le développement d'une dynamique positive à l'échelle hospitalière. Bien que les participants de l'étude aient des avis très positifs sur les TAC, la plupart n'utilisent pas l'outil régulièrement en séances. C'est en partie à cause des freins tels qu'un manque de confiance chez les praticiens quant à leurs capacités à proposer l'outil, et les idées reçues chez les personnels non formés qui empêchent l'usage régulier des TAC en séance. Ces obstacles peuvent être surmontés avec des pistes d'amélioration concernant la formation et l'accompagnement à l'hôpital.

**Conclusion :** Les TAC apportent de nombreux bénéfices à l'échelle du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, mais des nombreux freins empêchent leur pratique de façon régulière. Des améliorations dans la formation pourraient favoriser l'utilisation des TAC en pratique quotidienne conjointement aux pratiques de soins conventionnels.

**Mots clés :**

- **Hypnose**
- **Thérapies par activation de conscience**
- **Centre hospitalier**
- **Pratique de l'hypnose**
- **Etude qualitative**

**Jury :**

Président : Monsieur le Professeur François-Noël GILLY  
Membres : Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ  
Madame le Professeur Elise PERCEAU-CHAMBARD  
Monsieur le Docteur Patrick CHALAYE

**Date de soutenance :** 12 décembre 2019

**Adresse de l'auteur :** MAAGD Clément  
204 route de la garde  
01340 MARSONNAS