



<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>

ANNÉE 2019 N°27

**Influence de la formation à l'hypnose sur le rapport au corps  
et à la parole chez les médecins généralistes et hospitaliers  
dans le cadre de leur pratique**

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le 26 mars 2019  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**BARGHOUTI Fatine**

Née le 2 juillet 1989 à Besançon (25)

Sous la direction du **Docteur PERRIN Vianney**

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

### **Secteur Santé**

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Doyen : Charles Mérieux	Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

### **Secteur Sciences et Technologie**

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

**Faculté de Médecine Lyon Est Liste des  
enseignants 2017/2018**

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Classe exceptionnelle Echelon 2**

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Classe exceptionnelle Echelon 1**

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière Roy	Olivier Pascal	Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud Schaeffer Scheiber Schott-Pethelaz Tilikete Truy Turjman Vanhems Vukusic	Mohamed Laurent Christian Anne-Marie Caroline Eric Francis Philippe Sandra	Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Epidémiologie, économie de la santé et prévention Neurologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Seconde Classe**

Bacchetta Boussel Calender Chapurlat Charbotel Chêne Collardeau Frachon Crouzet Cucherat	Justine Loïc Alain Roland Barbara Gautier Sophie Sébastien Michel	Pédiatrie Radiologie et imagerie médicale Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Anatomie et cytologie pathologiques Urologie Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Hématologie ; transfusion Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Physiologie Neurologie Médecine légale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Pédiatrie Pneumologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Médecine interne Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Médecine physique et de réadaptation Biophysique et médecine nucléaire Chirurgie générale Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication Epidémiologie, économie de la santé et prévention Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Chirurgie générale Cytologie et histologie Nutrition Oto-rhino-laryngologie Chirurgie générale Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Dargaud David Di Rocco Dubernard Dubourg Ducray Fanton Fellahi Ferry Fournieret Gillet Girard Gleizal Henaine Hot Huissoud Jacquin-Courtois Janier Lesurtel Levrero Maucort Boulch	Yesim Jean-Stéphane Federico Gil Laurence François Laurent Jean-Luc Tristan Pierre Yves Nicolas Arnaud Roland Arnaud Cyril Sophie Marc Mickaël Massimo Delphine	Michel Million Monneuse Nataf Peretti Pignat Poncet Poulet

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

### Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe**

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe**

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert



## **COMPOSITION DU JURY**

### **Président du jury**

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB, Professeurs des Universités de Médecine Générale,  
Université Claude Bernard Lyon 1 – UFR de Médecine Lyon Est

### **Membres du jury**

Monsieur le Professeur Frédéric AUBRUN, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier -  
Première Classe, Anesthésie-Réanimation, Université Claude Bernard Lyon 1 – UFR de  
Médecine Lyon Est

Monsieur le Professeur Alain MOREAU, Professeur des Universités de Médecins Générale,  
Université Claude Bernard Lyon 1 – UFR de Médecine Lyon Est

### **Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur Vianney PERRIN, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse,  
Unité de soins palliatifs

## 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

### A mon jury de thèse :

**A Monsieur le Professeur Yves ZERBIB**, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse et je vous en suis grandement reconnaissante. Merci pour vos précieux conseils et votre efficacité lors des rendez-vous de suivi de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.

**A Monsieur le Professeur Frédéric AUBRUN**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A Monsieur le Professeur Alain MOREAU**, merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury et pour l'intérêt que vous avez porté à notre sujet de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

**A Monsieur le Docteur Vianney PERRIN**, merci d'avoir accepté avec enthousiasme d'encadrer ce travail de thèse. Merci pour ta disponibilité et tes bons conseils. Enfin merci de m'avoir fait découvrir ce précieux outil qu'est l'hypnose médicale, qui change mes consultations au quotidien. Sois assuré de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

### **A Caro :**

Ma chère co-thésarde et amie, merci de m'avoir fait l'honneur de réaliser ce travail à mes côtés, merci pour ton soutien, ton énergie, ta gentillesse et tes petites attentions. Merci pour ta bonne humeur constante et pour ces fous rires lors des moments de travail intense. Réaliser cette thèse avec toi a été très enrichissant pour moi, même dans les moments moins faciles où l'on travaillait tard. Je garde surtout de très bons souvenirs : les tisanes happy, les hacaos, les soirées sushis, les bouillottes et bien sûr les déguisements.

### **A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce travail :**

A tous les médecins interrogés, merci pour ce temps précieux que vous m'avez accordé.

A Madame le Professeur Marie-Elisabeth Faymonville pour vos conseils.

A Monsieur le Docteur Bruno Suarez pour votre avis et vos conseils sur la partie neurosciences de ce travail.

Aux personnes qui ont relu ma thèse : Amina, Loïc, et la famille Pauchard.

## **A ma famille :**

### **A mes parents :**

Merci pour votre présence, votre amour et votre soutien inconditionnel tout au long de ces années. Merci à vous deux d'avoir toujours cru en moi.

Merci à toi maman pour ton calme, tes petites attentions notamment culinaires selon mes envies du moment à chaque fois que je viens te voir, merci pour ta gentillesse et pour ta dévotion envers chacun de tes enfants ; tu es quelqu'un d'exceptionnel.

Merci à toi papa pour ta disponibilité et tes précieux conseils médicaux notamment en gastro-entérologie, surtout lorsque je préparais les ECN. Tu as de grandes connaissances dans de multiples domaines et tu aimes les transmettre aux autres, ce qui constitue ta plus grande richesse.

### **A mes sœurs :**

A toi Ilhame, merci pour ta présence et surtout ces délicieux mets préparés par tes soins, qui m'ont permis d'agréables pauses tout au long de la préparation de ce travail. Ton mariage était splendide, à l'image de ton couple.

A toi Soukaïna, merci pour ton petit grain de folie et ces vidéos rigolotes que tu envoies régulièrement à la famille. J'ai pu, grâce à ça, m'alléger l'esprit lorsque mon travail de thèse devenait trop prenant.

### **A mon frère :**

A toi Nassim, mon petit frère choubi plus si petit que ça, merci de me faire constamment rire avec ton attitude décalée et tes questions surprenantes surtout lorsque tu étais enfant (Le cancer colorectal sourit-il aux gens...).

### **A mon beau-frère :**

Merci à toi Mehdi, ou devrais-je dire Miloud, de faire partie de cette belle famille. Les repas raclette, tartiflette ou autre chez toi sont toujours un plaisir.

### **A mes grands-parents :**

A ceux partis trop tôt, mes grands-parents paternels et ma grand-mère maternelle, merci à toi mamie Malika, ce moment que tu attendais tant se produit enfin, merci de m'avoir soutenue et motivée dans cette voie, merci pour tout ce que tu m'as apporté de ton vivant.

A mon grand-père paternel, papi Driss, merci pour l'énergie que tu mets à cuisiner pour régaler tes enfants et petits-enfants. Malgré ton âge, tu tiens à réunir la famille chez toi régulièrement et je t'en remercie profondément.

### **A mes oncles et tantes :**

A Amina, pour ton soutien, ta présence et tes précieux conseils tout au long de ce travail de thèse. Ton intérêt pour les autres est réellement ta plus grande qualité.

A Boucherane, pour ton « organisation » pointilleuse, ton soutien, ta présence et tous ces étés agréables passés chez toi dans le sud.

A Najiba, pour ta convivialité et tous ces petits moments de détente chez toi où toute la famille se retrouve dans la joie et la bonne humeur.

A Julie, pour ta gentillesse et pour la confiance que tu me prêtes en faisant de moi ta « petite conseillère médicale ».

A Jamel, merci ton humour, ta joie, ta motivation à toute épreuve et ta présence.

A Rachid, merci pour tes précieux conseils en comptabilité sans lesquels j'aurais été perdue et surtout pour tes conseils en guitare ; t'écouter jouer est toujours un plaisir.

A mes autres oncles et tantes à travers le monde, merci de faire partie de cette fabuleuse famille.

### **A mes cousins et cousines, que j'aime fort :**

Amjad, Naïm, Shaïma, Salma, Aylan, Wahel, Ryan, Leïla, Alexandre et les autres (les belges, les parisiens, les marocains...).

### **A ma famille de cœur :** Chantal, Najib, Yassine et Ayman

### **A mes amis :**

A mes amis d'enfance ou de Lycée : Adrien, Marielle, Clara, Justine, Charlotte, Aline, Anne, Nassim, Hugo.

A mes amis de la fac de Besançon : Noémie, Vincent, Caroline, Julien, Chadine, Amandine, Laurence et les autres... Merci à vous tous d'avoir rendu ces études vraiment très chouettes.

A ma super Memel, merci pour ton fun depuis le Lycée, pour ta joie, ta bonne humeur et ton soutien. Partir en voyage avec toi est un réel plaisir (Norway baby !!) de même que les soirées festives passées en ta compagnie. J'espère qu'il y en aura plein d'autres, même dans le HD !  
Merci à Anaïs pour la gentillesse dont tu fais preuve et pour ces dernières belles vacances à Biarritz entre copines.

Merci au photographe et randonneur hors-pair, pour ton accompagnement et pour avoir régalié mes yeux de magnifiques paysages.

A tous les internes rencontrés durant mes stages ou à l'internat, à Bourgoin-Jallieu, Bourg-en-Bresse, Villefranche et Lyon Sud.

Merci notamment à Mariam pour tes réflexions constructives et tes conseils précieux, mais également pour ton soutien et pour ces conviviaux moments chez toi avec tes magnifiques enfants et ton mari.

Merci à Mahfoudh et Sofien, mes deux acolytes rencontrés dans la Bresse, les soirées passées avec vous sont sans pareils, avec des fous rires garantis et une bonne humeur constante.

Merci à ceux qui ont été présents durant toutes ces années, aux belles rencontres, à mes collègues de la salsa...

### **Aux équipes soignantes rencontrées à travers mes stages :**

Aux médecins et maitres de stages universitaires rencontrés durant mon parcours, merci de m'avoir transmis votre savoir et votre expérience, et merci pour votre patience.

Aux équipes paramédicales merci pour votre chaleureux accueil.

Aux sympathiques collègues et secrétaires du cabinet de Meyzieu.

# SOMMAIRE

<b>ORGANIGRAMME UNIVERISTE CLAUDE BERNARD LYON 1</b>	1
<b>LISTE DES ENSEIGNANTS FACULTE DE MEDECINE LYON EST</b>	2
<b>COMPOSITION DU JURY</b>	7
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	8
<b>REMERCIEMENTS</b>	9
<b>SOMMAIRE</b>	14
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	17
<b>INTRODUCTION</b>	18
<b>CONTEXTE</b>	21
I.    L'hypnose, toute une histoire	21
II.   Qu'est-ce que l'hypnose ?	26
III.  Ce que dit la science	27
IV.   A la découverte des neurones miroirs	31
V.    Le langage du corps	34
VI.   Une approche du lien corps-esprit	37
VII.  Les mots et la parole	39
VIII. Hypothèse de travail et question de recherche	43
<b>METHODE</b>	44
I.    Méthode	44
A.    Le type d'étude	44
B.    Le canevas et l'entretien semi-dirigé	44
II.   La population de l'étude	45
A.    Critères de sélection	45
B.    Recrutement	46
III.  Retranscription des données	47
IV.   Analyse des données	47
A.    Imprégnation	47
B.    Le codage	48
C.    Interprétation	48



V.	Autorisations	48
	<b>RESULTATS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON DES MEDECINS GENERALISTES</b>	49
I.	Recueil des données	49
A.	Entretiens	49
B.	Caractéristiques de la population	49
II.	Principaux résultats	51
A.	La formation à l'hypnose : une influence sur le rapport au corps	51
1.	Une sensibilisation au langage du corps	51
2.	Une connexion entre le médecin et le patient : le concept de neurones miroirs	54
3.	Un outil axé sur le sensoriel et la prise de conscience du corps	55
4.	Une conception du lien corps-esprit différente	56
B.	La formation à l'hypnose : une influence sur le rapport à la parole et aux mots	60
1.	Les paroles et mots positifs	60
2.	Une attention particulière portée aux mots du patient et du médecin lui-même	62
3.	Une parole imagée par la métaphore et des mots flous pourvoyeurs d'une pensée plus libre	66
4.	Une modulation de la prosodie	67
5.	Une autre façon de dialoguer, une communication plus libre	69
C.	La formation à l'hypnose : une influence générale dans la pratique du médecin	70
1.	Une approche centrée sur les solutions du patient et le travail de l'inconscient	70
2.	Le patient acteur de sa santé	71
3.	L'hypnose un outil pour faciliter le lien au patient	72
4.	Un changement de regard par le médecin	74
5.	Un nouvel outil dans l'arsenal thérapeutique	75
	<b>DISCUSSION</b>	78
I.	Discussion de la méthode	78

A.	Forces de l'étude	78
B.	Limites de l'étude	79
II.	Discussion des résultats	80
A.	Evolution du rapport au corps	80
B.	Evolution du rapport aux mots et à la parole	90
C.	Influence générale dans la pratique du médecin	100
D.	Quelques particularités	108
	<b>CONCLUSION</b>	113
	<b>ANNEXES</b>	
	Annexe 1 : Canevas d'entretien	116
	Annexe 2 : Article R1121-01	118
	Annexe 3 : Reformulation en hypnose conversationnelle	119
	Annexe 4 : Recueil des verbatims, l'hypnose en 3 mots	120
	Annexe 5 : Accès aux entretiens et arbres de codage	121
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	122

## LISTE DES ABREVIATIONS

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle

TEP scanner : Tomographie par Emission de Positons

EEG : Electroencéphalographie

MEG : Magnétoencéphalographie

TMS : Transcranial Magnetic Stimulation ou Stimulation magnétique Transcrânienne

CRF : Corticotrophine-Releasing Factor

ACTH : Adreno CorticoTrophic Hormone

MG : Médecin Généraliste

MH : Médecin Hospitalier

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

CPP : Comité de Protection des Personnes

VAKOG : Visuel Auditif Kinesthésique Olfactif Gustatif

TAC : Technique d'Activation de la Conscience

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

CITAC : Centre International des Thérapies d'Activation de Conscience

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

## INTRODUCTION

Les études de médecine sont un chemin d'apprentissage enrichi par diverses rencontres. Certaines peuvent modifier notre regard de soignant. L'hypnose médicale a été pour nous l'une de ces rencontres particulières, à travers l'approche de la communication thérapeutique qu'elle véhicule.

Nous avons toutes deux découvert l'hypnose en tant qu'internes à l'occasion d'un stage hospitalier. L'approche des patients par les médecins formés à cette pratique nous a semblé quelque peu différente de ce que nous avons expérimenté jusqu'alors.

Partant de ce constat, nous avons beaucoup échangé sur ce sujet. De là est née notre volonté d'explorer ensemble les changements observés par les médecins dans leur pratique suite à leur formation à l'hypnose thérapeutique.

Un médecin généraliste s'est questionné sur l'importance des mots dans la pratique de l'hypnose, lors d'un travail de recherche basé sur sa propre expérience professionnelle. Dans la continuité de ce travail, il nous semblait intéressant d'approfondir la question de l'influence de l'hypnose sur le rapport aux mots et à la parole dans le soin. Afin de considérer la communication thérapeutique dans sa globalité, nous avons également décidé d'étudier la question du rapport au corps.

L'idée était de recueillir les témoignages de médecins aux pratiques variées (généralistes et hospitaliers), afin d'en saisir le ressenti personnel et d'en extraire d'éventuels éléments transmissibles à leurs pairs.

Mais en pratique comment définir l'hypnose thérapeutique ?

Selon la *Society of Psychological Hypnosis*, il s'agit d'un « état de conscience incluant une focalisation de l'attention, ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisée par une capacité accrue à répondre à la suggestion » (1).

Cet état modifié de conscience, ou plutôt devrions nous dire « ce processus » de conscience dans son sens dynamique, peut être spontané ou induit par le thérapeute. L'hypnose formelle (séance construite) se différencie de l'hypnose conversationnelle, qui elle, peut s'intégrer dans les rapports interpersonnels quotidiens.

Cette expérience subjective est difficile à décrire, mais nous pouvons exposer le déroulement d'une séance formelle en trois phases. Tout d'abord l'induction, c'est-à-dire le déclenchement de ce processus hypnotique, puis la phase thérapeutique portée par les suggestions du soignant, et enfin le retour de l'attention du patient à la réalité concrète (sortie de la phase de transe) (2).

La formation à l'hypnose enseigne également une façon d'être avec le patient, particulièrement dans la manière de le percevoir et de l'aborder. Cette approche trouve en partie ses sources dans le travail de Milton H. Erickson. Père de l'hypnose moderne, il a développé plusieurs notions axées sur la relation thérapeutique.

Il porte par exemple un regard particulier sur le patient en le considérant comme un être pourvu de capacités et de ressources. Le médecin se place alors dans une dynamique d'accompagnement. *« Votre but, en vous servant de l'hypnose, est de communiquer des idées et des compréhensions ainsi que d'amener le patient à utiliser les compétences qui existent en lui à la fois au niveau psychologique et au niveau physiologique. »* (3)

Par ailleurs Erickson défend l'idée de prendre en considération « l'orientation à la réalité » du patient, c'est-à-dire de le soigner en accueillant ses symptômes tels qu'il les présente. *« Aussi sûrement que vous laissez le patient savoir que vous avez autant de respect pour ses peurs, ses anxiétés et sa nervosité que vous en avez pour son bras cassé ou sa mâchoire fracturée, le patient se rendra compte que vous le comprenez (...) Vous devez vraiment accepter et utiliser la réalité du patient. »* (3)

Le travail d'Erickson véhicule de nombreuses autres notions de communication thérapeutique que nous aborderons par la suite. Bien entendu, cette approche du patient développée par Erickson n'est pas inhérente à l'hypnose. Une relation thérapeutique optimale est évidemment possible sans avoir recours à cette pratique.

Notre question de recherche ne s'est pas centrée essentiellement sur la séance d'hypnose formelle, mais plutôt sur ce que l'on pourrait nommer l'hypnose conversationnelle, qui n'est autre qu'un outil relationnel.

**L'objectif de notre recherche était donc d'explorer les changements ressentis par des médecins généralistes et hospitaliers, suite à leur formation à l'hypnose, concernant leur rapport au corps, aux mots et à la parole, dans leur pratique. Nous avons pour cela mené une étude qualitative pour recueillir des éléments concrets issus de l'expérience de ces médecins.**

Afin de préparer notre réflexion, nous présenterons dans un premier temps l'évolution de l'hypnose à travers l'histoire, et nous définirons davantage cette notion. Les connaissances scientifiques dans le domaine seront abordées, ainsi qu'un concept clé : les neurones miroirs. Nous sonderons ensuite la question du lien corps-esprit, illustrée par les troubles fonctionnels intestinaux et somatoformes. Puis s'en suivra la question du langage du corps ainsi que de la portée des mots dans un contexte thérapeutique. Nous présenterons enfin les résultats de nos entretiens et la réflexion commune qui en découle.

## CONTEXTE

### I. L'hypnose, toute une histoire...

En entendant le mot « hypnose », quelles images viennent à l'esprit ? Le pendule, le spectacle, la magie, la manipulation ? Ou encore une pratique à la mode en train d'inonder le domaine médical, source de bien-être, révolutionnant les pratiques anesthésiques, voir remède miracle à l'arrêt du tabac ?

D'où viennent ces multiples représentations que nous avons de l'hypnose ?

Si à tort ce processus est souvent assimilé au sommeil, c'est en partie à James Braid que nous le devons. Au milieu du XIXe siècle, ce chirurgien écossais baptisa *Hypnotism* cette technique de suggestion, en résonance à Hypnos, dieu de la mythologie grecque, qui « panse les plaies du cœur, du corps et de l'âme » (4) pendant le sommeil.

Il y a plusieurs millénaires, les pratiques chamanistes induisaient un état de transe dans un but thérapeutique, via des rituels à l'aide de plantes, de prières, de danses... (1) Nous pouvons retrouver un témoignage de ces rites abrité dans la grotte de Lascaux sur l'une de ses célèbres gravures rupestres. Des pratiques similaires perdurent à l'heure actuelle dans certains pays.

#### Mesmer et le magnétisme animal



*Le baquet de Mesmer*

(5)

En plein siècle des lumières, alors que la quête de preuves scientifiques rationnelles et d'outils méthodiques dans la démarche clinique est en plein essor, Franz-Anton Mesmer (1734-1815) médecin viennois, énonce sa théorie sur le magnétisme animal. Certaines maladies résultent selon lui d'une inégale répartition dans le corps de ce qu'il nomme le fluide animal, une énergie cosmique. Au cours de ses thérapies magnétiques collectives, il relie ses patients

autour d'un baquet (tonneau en bois) par des tiges métalliques appliquées sur leurs corps.

Il prétend pouvoir redistribuer harmonieusement le fluide chez le patient afin d'obtenir la guérison qui se manifeste par une « crise magnétique ».

L'Académie royale de médecine, sous Louis XVI, enquête sur le magnétisme animal et conclue que les guérisons des patients ne sont dues qu'à leur imagination. Le magnétisme est alors interdit en France.

**A.M.J de Chastenet, Marquis de Puységur** (1751-1825), l'un des célèbres disciples de Mesmer, abandonne le principe de la crise magnétique. Sans recourir au toucher, ses pratiques induisent chez le patient un état particulier qu'il nomme « somnambulisme ». Selon lui, le patient alors très suggestible peut accéder à des connaissances enfouies en lui-même et activer ainsi ses propres capacités de guérison.

**L'abbé de Faria** (1756-1819) apporte une autre approche technique : la suggestion directe pour induire ce « somnambulisme artificiel », qu'il considère comme un état particulier de concentration.

### Du magnétisme à l'hypnose

En 1843, **James Braid** (1795-1860) assiste à des spectacles de magnétisme à Manchester et comprend que tout n'est ici que suggestion (4). A partir de ses observations, il redéfinit le magnétisme et le baptise *Hypnotism*. Ses travaux conduisent à une vision plus scientifique de cette technique qu'il décrit comme essentiellement physique et cognitivo-comportementale (6).

En 1845 à Calcutta, un jeune chirurgien anglais, **James Esdail** (1808-1859) obtient l'analgésie d'un patient lors d'une opération chirurgicale préparée avec hypnose. Il réalise par la suite plus de 200 interventions sous hypnose, permettant d'améliorer les conditions chirurgicales et de réduire le taux de mortalité à l'heure où l'anesthésie médicamenteuse est inexistante. Ceci fera de lui le plus célèbre chirurgien magnétiseur de l'histoire (1).

Durant le XIX<sup>e</sup> siècle, le magnétisme est toujours interdit en France, mais l'hypnose y est alors autorisée.



## Les querelles de l'école de la Salpêtrière et de Nancy



*Une leçon clinique à la Salpêtrière, tableau d'André Brouillet, 1887 (7)*

**Jean-Martin Charcot** (1825-1893), célèbre neurologue à la **Salpêtrière**, découvre l'hypnose de spectacle et invite un hypnotiseur à venir former ses élèves à cette technique. Ainsi naissent les fameuses leçons du mardi, au cours desquelles les internes et chefs de clinique hypnotisent des jeunes femmes considérées comme hystériques, devant un parterre de célébrités. Sigmund Freud en sera l'un des spectateurs. Selon Charcot, l'hypnose permettrait de comprendre le fonctionnement psychologique et neurologique de l'hystérie.

Au même moment, l'école de **Nancy**, défend une toute autre vision. Les deux chefs de file, **Hippolyte Bernheim** (1837-1919), neuropsychiatre, et le médecin **Ambroise Liébeault** (1823-1904), prônent une hypnose fondée uniquement sur les suggestions verbales. Elle est pour eux un processus physiologique et non pathologique, applicable à tous les patients. Débute alors une longue période de querelles avec l'école de la Salpêtrière, dont ils considèrent les inductions trop fantaisistes et théâtrales (4).

L'école de Charcot, orientée sur le spectaculaire et l'association hypnose-hystérie, hante encore les représentations actuelles. L'hypnose médicale contemporaine est en réalité très éloignée de ces principes. Elle s'inscrit plutôt dans la continuité du travail de Bernheim et Liébeault : la fixation de l'attention, les suggestions, et la résolution de problèmes via le travail de l'inconscient.

## La poursuite des travaux sur la suggestion

**Sigmund Freud** (1856-1939) s'intéresse fortement à l'usage des suggestions, et développe ses propres théories au sujet du transfert et de l'inconscient.

Plus tard, le psychiatre **Léon Chertok** (1911-1991) se questionne sur la psychosomatique.

En URSS, **Ivan Pavlov** (1849-1936) s'intéresse au domaine de la suggestion, de l'apprentissage et des réflexes, ainsi qu'à la correspondance des localisations cérébrales qui les génèrent.

Le pharmacien **Emile Coué** (1857-1926) propage l'autosuggestion dont le fameux : « Tous les jours à tous points de vue je vais de mieux en mieux ».

## Milton H. Erickson, père de l'hypnose moderne



Psychiatre et docteur en psychologie, fondateur de l'*American Society of Clinical Hypnosis* et de la revue *The American Journal of Clinical hypnosis*, **Milton H. Erickson** (1901-1980) a révolutionné l'approche de l'hypnose, et reste à l'heure actuelle une référence dans le domaine.

A 17 ans, paraplégique suite à une poussée de poliomyélite, il observe ses jeunes frères et sœurs apprendre à marcher, et se remémore ses propres mouvements passés. Daltonien et dyslexique, il développe cependant un très fort sens de l'observation. Un an après, il retrouve la marche et débute

des études universitaires en psychologie. L'année 1953 sera marquée par l'enseignement de **Clark Hull** (1884-1952) par lequel il découvre l'hypnose. Cependant Erickson développe rapidement sa propre conception de l'hypnose. Il s'agit pour lui d'une expérience personnelle et unique entre le thérapeute et le patient, permettant à ce dernier de mobiliser des capacités et ressources internes jusque-là inexplorées. Considérant l'hypnose comme un phénomène naturel, il introduit la notion de suggestions indirectes et permissives, et place la communication thérapeutique au cœur de sa pratique.

Thérapeute privé, il enseigne aussi sa pratique de l'hypnose lors de nombreuses conférences, et participe aux travaux de l'école de Palo Alto. Il s'associe à l'élaboration de divers ouvrages, notamment avec l'un de ses plus fidèles élèves, **Ernest Lawrence Rossi**, où la notion de métaphore est largement développée. Fort de son expérience personnelle et de ses recherches, Erickson prône une notion innovante : l'intérêt thérapeutique de l'autohypnose.

### Les successeurs d'Erickson

**André Weitzenhoffer**, professeur de psychologie à l'université de Stanford, publie avec **Ernest Higlard** la première échelle d'évaluation de la suggestibilité à l'hypnose.

En France, **Jean Godin** (1931-2002) fonde le premier *Institut Milton Erickson*, à l'origine du renouveau de l'hypnose médicale en Europe par les formations qu'il propose.

**François Roustang** (1923-2016) participe au développement de l'hypnose thérapeutique et la fait basculer dans le XXI<sup>e</sup> siècle. Il décrit ce phénomène comme une expérience complexe où l'individu modifie son système de perception habituel et restreint (1). Sa thérapie vise à faire expérimenter au patient un rapport plus sensoriel à son environnement, et à réimpulser le mouvement pour favoriser un changement profond chez le patient. Il axe son soin sur l'intelligence du corps, totalement lié à l'esprit.

Depuis quelques décennies, le monde médical ouvre de plus en plus largement ses portes à la pratique de l'hypnose. En France de nombreuses formations privées et diplômes universitaires se partagent l'enseignement de cette pratique.

## II. Qu'est-ce que l'hypnose ?



Nous abordons ici la question de l'hypnose thérapeutique, bien éloignée de l'hypnose de spectacle très médiatisée.

Il n'existe pas de définition stricte de l'hypnose mais les points de vue de divers auteurs peuvent nous éclairer à ce sujet.

Rappelons que la *Society of Psychological Hypnosis* la décrit comme « un état de conscience incluant une focalisation de l'attention, ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisée par une capacité accrue à répondre à la suggestion ».

Antoine Bioy, reprend cette définition en ces termes : « L'hypnose est une modification de l'état de conscience où l'attention du sujet devient plus sélective et orientée (on parle parfois d'absorption de l'attention sur une tâche donnée), et dont la conséquence est une suggestibilité accrue » (1).

Milton H. Erickson appuyait sa thérapeutique hypnotique sur le principe de mobilisation des capacités du patient : « (...) l'hypnose consiste ordinairement en la communication d'idées et de compréhension à un patient, d'une façon qui maximalise sa réceptivité à ce qui est présenté et le motive ainsi à explorer ses propres potentialités corporelles, pour le contrôle de ses réponses psychologiques et physiologiques ».

Il menait le patient tirer profit de ses apprentissages passés : « On utilise l'hypnose en dirigeant l'attention du patient vers l'intérieur et puis en lui demandant d'utiliser tous les potentiels de ses apprentissages par l'expérience » (3).

Jean Godin, en 1991, définit l'hypnose thérapeutique comme étant : « *un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. (...) Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient* » (9).

Enfin, pour François Roustang, l'hypnose est un état de « *vigilance accrue* », différent de la « *veille restreinte* » que nous expérimentons dans notre vie quotidienne : « *Loin d'être passive, l'hypnose nous permet, par l'imagination, d'anticiper et de transformer nos comportements et nos agissements* » (10).

### **III. Ce que dit la science**

Au XX<sup>e</sup> siècle plusieurs chercheurs en psychologie ont mis en évidence dans le processus hypnotique une modification du champ de l'attention et des perceptions sensorielles.

Le psychiatre Bernard Emmanuel Gorton, en 1949, a différencié l'état hypnotique de celui du sommeil par l'observation des tracés électroencéphalographiques (11).

L'activité cérébrale lors du processus hypnotique observée en IRMf se distingue également de celle du réseau en « *mode par défaut* », comme le suggèrent les travaux menés par William McGeown et son équipe en 2009 (12). Le neurologue Marcus Raichle définit le mode de fonctionnement « *par défaut* » comme étant l'activité cérébrale qui orchestre « *la façon dont le cerveau organise les souvenirs et coordonne les systèmes cérébraux qui participent à la programmation des tâches* » (13). Ceci correspond aux moments où le sujet donne l'impression qu'il est en état de rêverie ou au repos. Il s'agit en réalité d'un état actif où le cerveau enregistre l'information qu'il vient de recevoir.

C'est à la fin des années 50 que les psychologues Ernest Hilgard et André Weitzenhoffer mettent au point la première échelle « *d'hypnotisabilité* » standardisée, fondée sur la mesure

de réponses motrices et de phénomènes mentaux pour chaque individu, induits par la suggestion. Celle-ci a permis d'objectiver différents degrés d'hypnotisabilité dans la population générale (14). Il est actuellement admis qu'une faible proportion d'individus est extrêmement réceptive à hypnose, tout autant qu'un faible pourcentage l'est très faiblement, et qu'enfin la majeure partie de la population a des facilités à se mettre en hypnose (2) (15).

A la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le développement de l'imagerie cérébrale a ouvert de nouvelles pistes à la quête de signatures neurophysiologiques propres au processus hypnotique, bien que subsistent à l'heure actuelle de nombreuses énigmes. Nous en sommes encore à la phase préhistorique des neurosciences de l'hypnose.

Des travaux en neuro-imagerie rapportent une **augmentation de l'activité neuronale de différentes zones corticales** durant le processus hypnotique.

Pierre Maquet, M.E. Faymonville et al. ont étudié en 1999 au TEP scanner l'activité cérébrale de sujets volontaires dans trois situations : la remémoration autobiographique de vacances en état de conscience normale via une bande son, l'écoute de ce souvenir mais sous hypnose, et enfin l'écoute de cette même bande à l'envers. Ces travaux démontrent que lorsque l'on fait revivre un souvenir sous hypnose, le cortex occipital impliqué dans la vision, ainsi que les cortex précentraux et pariétaux impliqués respectivement dans la motricité et les sensations, sont activés ; ce qui n'est pas le cas lors de la remémoration d'un souvenir en état de conscience normale. Alors que le patient sous hypnose reste immobile, l'activité de ces aires cérébrales est similaire à celle d'un sujet qui vivrait réellement cette même situation ; comme s'il voyait, sentait et bougeait véritablement. Il est également observé, entre autres, une activation du cortex cingulaire antérieur, intervenant dans les fonctions émotionnelles (16).

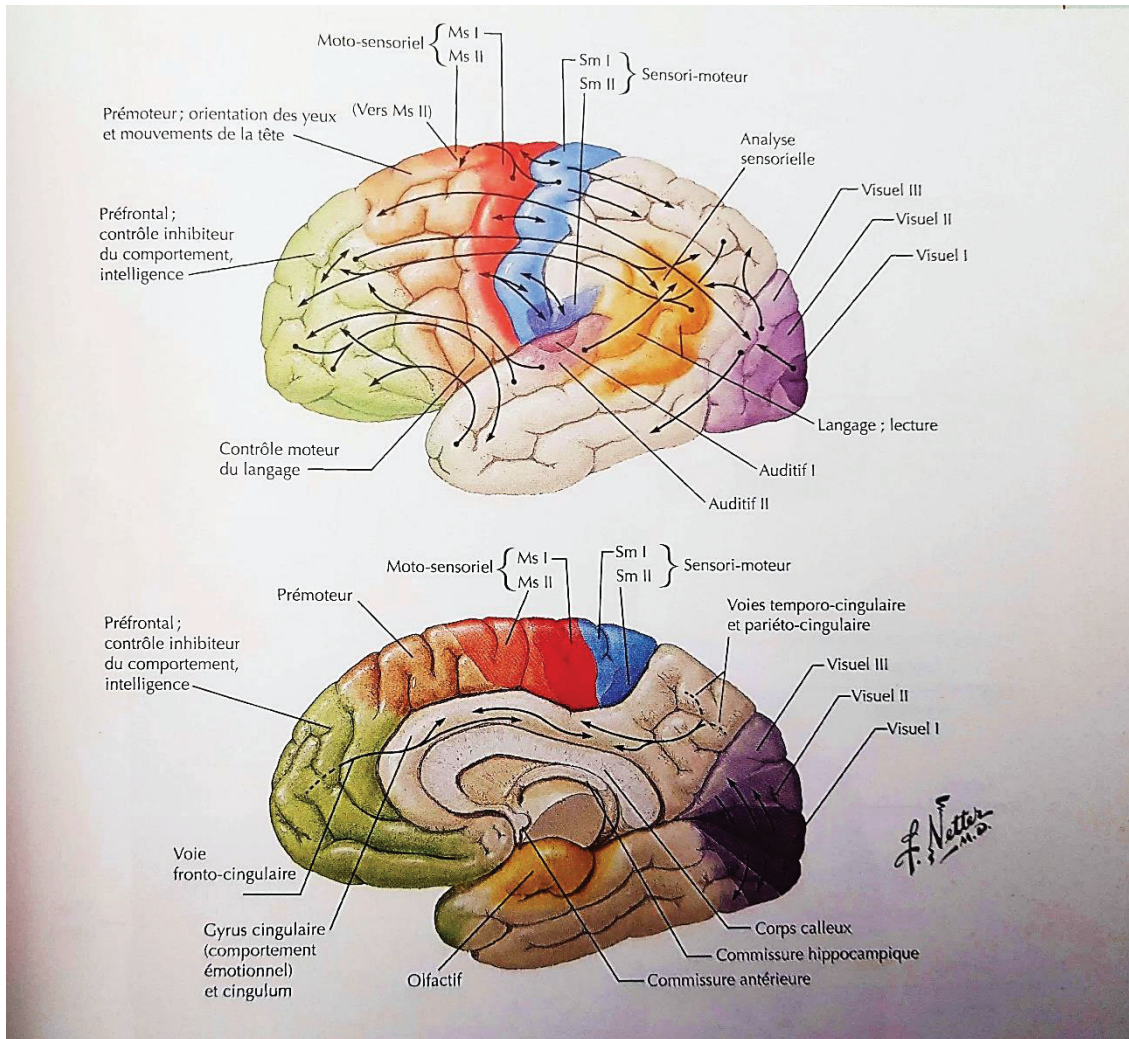
Aujourd'hui la recherche en neurosciences de l'hypnose, tend à considérer davantage **la connectivité entre les aires cérébrales** plutôt que les notions d'activation et d'inhibition de zones corticales (17). Plusieurs études s'intéressent à **la modulation du connectome** en hypnose. Le connectome constitue une cartographie complète des connexions neuronales, sur le plan anatomique et fonctionnel, observée en IRM cérébrale (18).

Dans l'article *Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis* de 2017, l'équipe de Jiang et Spiegel constate par ailleurs, en IRMf, la formation de nombreuses

connections entre différentes aires cérébrales au cours du processus hypnotique. Ils décrivent notamment une connectivité fonctionnelle accrue entre le cortex préfrontal dorsolatéral et l'insula chez les sujets de haut niveau d'hypnotisabilité. L'insula est en partie impliquée dans le processus sensoriel et émotionnel d'une expérience. Le cortex insulaire fait notamment partie du réseau de la douleur. Cette connectivité décrite concorde avec la capacité de moduler la perception nociceptive via l'hypnose. Enfin, ce même article suggère que cette activation fonctionnelle pourrait aussi refléter la faculté d'atténuer l'anxiété lors de l'hypnose (19).

Lors de l'hypnose, les régions occipitales et pariétales sont également surconnectées, de même que les régions préfrontales. Il est aussi observé que le cortex cingulaire antérieur est connecté ainsi que le précunéus. Le premier est impliqué dans désir et la volonté d'agir, et le second, centre de l'agentivité (sentiment d'être l'auteur de ses propres actes), joue également un rôle dans la conscience de soi, l'imagerie mentale et l'hypnose (17).





*Aires fonctionnelles cérébrales (20)*

Pour en revenir à la douleur, rappelons que l'information nociceptive fonctionne en réseau. Trois composantes de la douleur sont décrites : une sensorielle, une émotionnelle, et une cognitivo-comportementale. Elles véhiculent respectivement : les sensations (brûlure par exemple), l'inconfort, et l'interprétation de la douleur qui impacte sur notre comportement. L'hypnose agit par une modulation des connectivités cérébrales, ce qui permet de mobiliser un large réseau cortical et sous cortical afin d'atténuer les diverses composantes d'une douleur.

Les variations de l'attention influencent la perception de la douleur. Une étude de Faymonville, Maquet et Laureys a comparé l'activité cérébrale lors du détournement de l'attention du sujet loin de sa perception douloureuse en état de veille classique versus état d'hypnose. Dans les deux cas, tous les sujets décrivent une diminution des sensations douloureuses et de l'inconfort lors du détournement de l'attention, mais de manière



beaucoup plus importante sous hypnose. Cette évaluation subjective de la douleur par ces sujets concorde avec les modulations d'activité cérébrale des régions concernées, observées en imagerie (15) (21).

Le docteur M.E. Faymonville ajoute que l'hypnose peut « *amener non seulement des changements dans le traitement de l'information, mais également dans la plasticité neuronale* » (21).

#### **IV. A la découverte des neurones miroirs**

« *Avec la découverte des neurones miroirs les neurosciences commençaient à comprendre ce que le théâtre savait depuis toujours* ». C'est par cette citation du metteur en scène Peter Brook que débute l'ouvrage du neuroscientifique Giacomo Rizzolatti et du philosophe Corrado Sinigaglia intitulé *Les neurones miroirs*, et publié en 2006 (22).

Lors des diverses formations à l'hypnose, il est souvent évoqué la notion de « neurones miroirs », qui seraient activés lors du processus hypnotique.

##### **Neurones miroirs et compréhension des actions et de l'intention d'autrui**

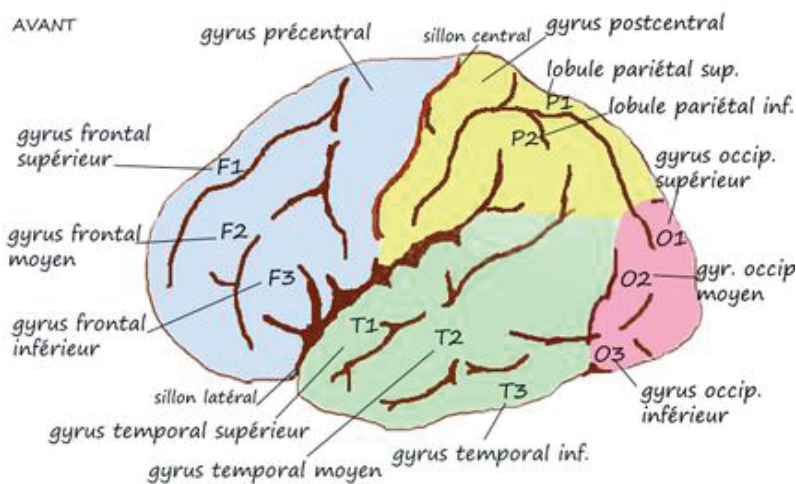
Découverts au début des années 1990, ces neurones ont tout d'abord été mis en évidence chez le macaque par l'équipe de recherche de Giacomo Rizzolatti. « *Leur caractéristique principale est de s'activer aussi bien lorsque le singe effectue une action spécifique ou lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action.* » (23)

Des données neurophysiologiques (EEG, MEG, TMS) ainsi que d'imagerie cérébrale (TEP, IRMf) ont permis de démontrer l'existence d'un système de neurones miroirs chez le sujet humain et son implication dans « *notre propre capacité d'appréhender les réactions émotionnelles d'autrui* » (22).

Les travaux d'imagerie cérébrale constatent qu'ils jouent un rôle essentiel dans la compréhension de l'action d'autrui, mais aussi dans la compréhension de son intention.

## Neurones miroirs et imitation

Outre la fonction décrite ci-dessus, il a été observé que la capacité d'imitation (reproduction d'une action observée et apprentissage d'une nouvelle action par l'observation) dépend aussi chez l'homme des neurones miroirs. L'IRMf a permis d'identifier les mêmes zones cérébrales activées, que ce soit lors de la réalisation d'une action spécifique ou lors de l'observation de ces mêmes actes effectués par une tierce personne. Elles concernent la portion antérieure du lobe pariétal inférieur, la portion inférieure du gyrus précentral ainsi que le secteur postérieur du gyrus frontal inférieur ; ceci correspondant à l'air de Broca (air de la production des mots).

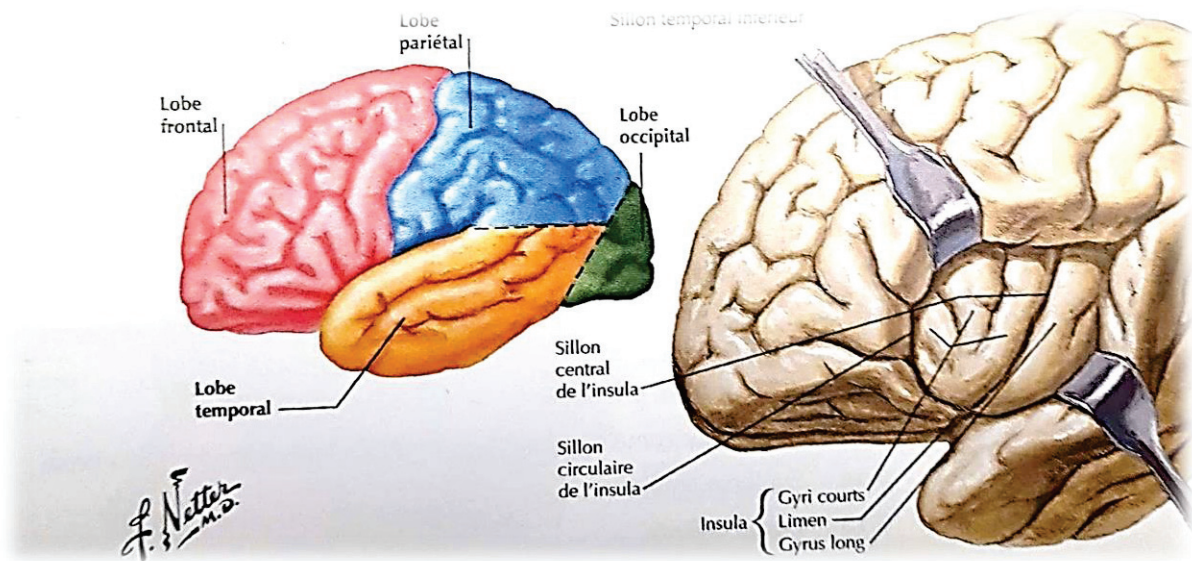


Olivier Houdé, Bernard Mazoyer, Nathalie Tzourio-Mazoyer, *Cerveau et psychologie Introduction à l'imagerie cérébrale anatomique et fonctionnelle*, puf, 2002 (24)

## Neurones miroirs et empathie

Mais les études vont plus loin et outrepassent les notions de compréhension et d'imitation pour décrire l'important rôle des neurones miroirs concernant les émotions et les relations interindividuelles et sociales.

En effet, des données suggèrent que les neurones miroirs joueraient un rôle essentiel dans l'émotion déclenchée à la vue de l'expression faciale de l'autre (émotion de dégoût ou de douleur par exemple) mais aussi dans le phénomène d'empathie, défini comme « *la capacité de ressentir la même émotion que l'autre éprouve* » (23). Les neurones miroirs impliqués dans ces émotions relationnelles se situent au niveau de la région du cerveau nommée insula.



Lobes cérébraux (25)

Des études ont donc conclu que l'activation des neurones miroirs dans le cortex insulaire joue un rôle essentiel dans le ressenti des émotions d'autrui. Sans l'insula, notre cerveau serait certes capable de discriminer les émotions de l'autre, mais elles seraient alors intégrées comme une « *perception froide et pâle, privée de toute couleur émotionnelle* ». Cette couleur émotionnelle dépend en effet du partage avec autrui des réponses viscéro-motrices qui concourent à définir les émotions » (22).

L'IRMf a permis d'étudier l'activité cérébrale de sujets en situation de perception directe de la souffrance physique ou de la sensation de dégoût d'autrui. Une activation des secteurs de l'insula antérieure et du cortex cingulaire a alors été observée. Il est intéressant de noter que la simple évocation de la souffrance de l'autre activait de manière identique les neurones miroirs de ces mêmes aires cérébrales.

« En outre, la compréhension immédiate, à la première personne, des émotions d'autrui, que le mécanisme des neurones miroirs rend possible, représente la condition nécessaire de ce comportement empathique qui sous-tend une large part de nos relations interindividuelles » (22).

Notons que les phénomènes d'empathie et de compassion dépendent aussi, bien entendu, d'autres facteurs tels que les relations que nous entretenons à l'autre, notre connaissance, et notre volonté de partager ou non ses états émotionnels.

## Neurones miroirs et hypnose

Les recherches d'Ernest Rossi suggèrent que la découverte du concept de neurones miroirs permet d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, afin de faciliter la pratique de l'hypnose thérapeutique via le phénomène de plasticité neuronale, l'expression génique et l'étude des cycles de synthèse des protéines participant à cette plasticité.

Ainsi, dans l'article *The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis*, il défend l'idée que les recherches scientifiques sur les neurones miroirs constitueraient une nouvelle base empirique pour explorer les processus fondamentaux de l'hypnose thérapeutique et la suggestion à tous les niveaux : de la plasticité psychosociale à la génomique moléculaire (26).

## V. Le langage du corps



Charlie Chaplin

Le langage permet la communication et le partage, il est le support de la pensée. La communication ne se limite pas à l'utilisation des mots, mais implique à la fois la parole et les gestes. L'allure, l'attitude, l'expression du visage et le regard « *valent parfois mieux que mille mots* » (27).

Nous pouvons distinguer trois types de langage chez l'Homme. Le premier, verbal, est représenté par le vocabulaire utilisé. Le second, para-verbal, correspond au rythme et à la

tonalité de la parole à laquelle il apporte une valeur émotionnelle. Enfin le langage non verbal, ne s'écoute pas mais s'observe ; son rôle est prédominant dans la communication (de l'ordre de 50%) (28).

Lors de la première rencontre le langage du corps influence fortement nos impressions sur autrui. En quelques secondes nous analysons de manière inconsciente une multitude d'informations. De nombreux indices reflétant l'état du patient peuvent être recueillis par le médecin ne serait-ce qu'en observant son expression faciale et la manière dont il se déplace de la salle d'attente au bureau.

Au cours du premier contact initié par la poignée de main, se joue déjà une part importante de la relation médecin-patient. Plusieurs canaux sensoriels sont mis en jeu : la kinesthésie et le toucher par le contact des deux mains, l'audition par l'intonation de la voix, et la vision par l'attitude et le regard. De ceci peut déjà découler une impression positive ou négative pour les deux protagonistes.

Milton Erickson ne cessait de répéter « *Observe, observe, observe* » (3).

En ce sens, la lecture de la posture corporelle du patient informe sur sa confiance ou sa méfiance, qui se manifestent par la position ouverte ou fermée de ses bras, l'inclinaison de son buste et sa tension musculaire. Les mouvements du patient sont également l'expression de son état thymique. Le regard clinique peut permettre de considérer aussi les changements de postures corporelles du patient comme des indicateurs d'évolution de son état psychique et émotionnel.

Sa respiration et sa gestuelle, reflets de son rythme interne, peuvent aussi être observées par le médecin afin qu'il s'y synchronise et facilite la communication.

Lors du dialogue, les petits mouvements involontaires de la tête et du visage de l'interlocuteur, nommés *stroke*, informent sur la façon dont le patient reçoit le message et sont à prendre en compte.

Le mécanisme de reconnaissance émotionnelle d'un visage par ses expressions est instinctif via le fonctionnement de l'amygdale cérébrale. Le cerveau identifie l'émotion d'un visage en 20 à 50 millisecondes, avant que l'image ne soit rendue consciente au bout de 300 millisecondes (27). On dénombre six émotions faciales fondamentales universelles, indépendantes de l'origine culturelle. Bien que cette reconnaissance soit innée, il est possible

de la développer davantage par un travail d'observation. Ce sens de l'observation peut aider à mieux communiquer.

Le regard est quant à lui le principal miroir de nos émotions, d'où son importance dans la relation thérapeutique. Le ressenti n'est évidemment pas le même face à un regard chaleureux ou au contraire fuyant ou trop insistant.

Il arrive que le langage non verbal discorde avec le langage verbal, trahissant ainsi les émotions du patient. De même lorsque le langage corporel du médecin n'est pas congruent avec son discours, le patient le ressent. Il est donc important que les trois niveaux de langage s'accordent pour que le message soit reçu comme authentique par le patient ; ceci facilite la communication (28).

Il existe par ailleurs une distance interindividuelle confortable, propre à chaque culture, à chaque individu, et variable selon le contexte : la proxémie. Sont distinguées les distances suivantes : intime, personnelle, sociale et publique. Le médecin se tient habituellement entre la zone personnelle et sociale, mais cette distance est réduite à zéro lors de l'examen clinique. En expliquant ses gestes et ses actes le médecin peut diminuer la sensation d'intrusion ressentie par le patient (27).

Inversement, le toucher peut faciliter la communication et apaiser le patient.

En 1979, une étude de Witcher et Fisher a montré que lorsque le chirurgien effectuait une simple pression du bras du patient avant l'intervention, le stress de celui-ci diminuait (29).

Les théories de la programmation neurolinguistique (PNL) ont développé le concept de canaux sensoriels. Chacun de nous aurait une orientation sensorielle privilégiée au sein de ce que l'on nomme le « VAKOG » (Vision, Audition, Kinesthésie, Olfaction et Goût). Il est intéressant pour le soignant de rechercher le canal sensoriel préférentiel du patient en portant attention à son champ lexical, ses expressions verbales et son attitude corporelle. Cette adaptation du langage au registre concerné peut faciliter la communication.

## VI. Une approche du lien corps-esprit

Les réflexions autour du lien corps-esprit ont traversé les âges à travers la philosophie, les arts et la médecine. Cette question suscite encore aujourd'hui un grand intérêt dans le domaine médical.

Selon le dictionnaire Larousse, le corps est défini comme la « *partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur* ». L'esprit est quant à lui décrit comme la « *partie incorporelle de l'être humain, par opposition au corps, à la matière* » (30) (31).

La vision du corps a pris diverses formes à travers le temps. La théorie des humeurs instituée par Hippocrate dans l'antiquité a influencé le monde médical durant des siècles. Sang, phlegme, bile jaune et bile noire sont décrites comme les quatre humeurs régissant l'équilibre de l'âme et du corps.

Aristote, quant à lui, proposait une explication vitaliste de l'humain : l'âme donne au corps son souffle vital.

Avec Descartes naît un modèle mécaniste du corps : le « corps machine ». Cependant, le dualisme cartésien ne s'oppose pas totalement à l'idée de l'union de l'âme et du corps. En effet Descartes admet également un phénomène d'interdépendance de ces deux entités (32). Nous sommes pour ce philosophe de « subtils automates » constitués d'organes reliés entre eux par des fluides biologiques qu'il nomme « esprits animaux » (33) (34).

Le modèle occidental du corps reste encore influencé par les théories mécanistes de Descartes. Cette vision diffère de celle de la médecine orientale, notamment chinoise, qui considère une énergie vitale parcourant le corps selon la loi de l'équilibre du « Tao », du « Yin » et du « yang ».

La médecine actuelle s'inspire à la fois des modèles occidentaux et orientaux. Les techniques modernes d'étude du fonctionnement du corps participent à la recherche médicale concernant ce lien corps-esprit (35).



La question du lien corps-esprit est abordée notamment dans le domaine des troubles somatoformes. Ceux-ci ont récemment été renommés par le DSM-V : « troubles à symptomatologie somatique ». Il s'agit d'un ensemble de symptômes physiques pour lesquels aucune anomalie lésionnelle n'est identifiée.

Le professeur Bernard Millette nous éclaire sur le lien entre le corps, les pensées et les émotions, pouvant expliquer les troubles somatoformes. Ils résulteraient d'une prise de conscience excessive de l'individu sur le fonctionnement de son corps. « *Dans toute sensation somatique, il y a deux éléments constants : un premier sensoriel, la perception, et un second cognitif, l'interprétation ou l'attribution. Des facteurs sociaux, psychologiques et physiques influencent à la fois la perception et l'interprétation d'un phénomène* ». Ce médecin Canadien donne pour exemple des palpitations occasionnelles anciennes, mais jusque-là ignorées par un sujet, qui dans un contexte particulier vont prendre une signification pathologique pour celui-ci. Il devient alors hyper-vigilant à ce symptôme devenu anxiogène.

Que ce symptôme ait ou non une cause organique, la souffrance du patient est réelle.

Malgré « *la dichotomie entre le corps et l'esprit héritée du siècle des Lumières* », une part de la recherche médicale actuelle s'intéresse au lien entre ces deux entités (36).

Des publications récentes en témoignent, dont certains travaux de recherche concernant l'impact du stress sur le tube digestif à l'origine de troubles fonctionnels intestinaux. Une situation de stress active l'amygdale cérébrale (un des centres émotionnels), qui elle-même va stimuler le système nerveux sympathique qui engendre alors une libération de molécules pro-inflammatoires : les cytokines. Le système parasympathique, dont le nerf vague, est quant à lui inhibé.

En parallèle, l'amygdale active la libération d'une molécule nommée CRF (*Corticotrophine-Releasing Factor*) par l'hypothalamus, qui lui-même stimule la libération de l'hormone ACTH. Cette dernière provoque la libération de deux molécules dites « du stress » : le cortisol et l'adrénaline.

Ce mécanisme modifie le fonctionnement des intestins et provoque douleurs abdominales, diarrhées et ballonnements.

Un stress surmonté permet de rééquilibrer la balance sympathico-vagale ainsi que les connectivités entre l'amygdale cérébrale et le cortex préfrontal. Ainsi, l'homéostasie est



rétablie. Inversement, un stress qui perdure maintient le déséquilibre entre ces trois systèmes et suractive la libération prolongée de CRF. La stimulation persistante des récepteurs de cette molécule, à la fois au niveau du cerveau et du tube digestif, pourrait entraîner un état d'anxiété et majorerait les troubles intestinaux.

En sommes, tous les moyens permettant une adaptation au stress et favorisant un retour à l'état d'équilibre constituent des pistes thérapeutiques face aux troubles fonctionnels intestinaux et à l'anxiété, deux motifs de consultation fréquents (37).

## **VII. Les mots et la parole**

Il n'est pas toujours facile de trouver les mots. Un mot doux peut reconforter, un mot assassin peut profondément blesser. Nous cherchons souvent les mots justes pour exprimer notre pensée. Celle-ci n'est parfois exprimée qu'à demi-mots. Il arrive aussi que l'on ait son mot à dire, et même le privilège d'avoir le mot de la fin. Nous pouvons jouer avec les mots, mais dans certaines situations les mots nous manquent, ou nous restent en travers de la gorge. Nous ne pouvons pas toujours avoir le dernier mot. Et il y a des mots, des paroles que l'on n'oublie pas.

Chaque mot lancé résonne chez celui qui les reçoit, au son de la manière dont il est dit.

Le terme langage vient du grec ancien « logos » qui inclue à la fois la parole et la pensée. Il permet l'échange d'informations et le partage de perceptions différentes.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le langage serait né du geste (22). Selon les théories sensori-motrices du développement du langage, la communication interhumaine serait issue des « gestes faciaux » et « brachio-manuels » associés à des sons. La main aurait permis de donner du sens à la communication. L'intentionnalité véhiculée par les gestes manuels de plus en plus précis, associée à des mimiques faciales et à la production de sons constituerait le fondement du langage articulé.

Dans ce système d'évolution, les expressions faciales auraient porté la valeur émotionnelle du message. Selon Giacomo Rizzolatti, l'aire de Broca se serait développée par la nécessité de

produire des sons capables de précision descriptive et expressive qui auraient ainsi supplanté la simple communication gestuelle (22).

Notons que les centres cérébraux du langage se situent au niveau des aires de Broca et de Wernicke, respectivement dans le lobe frontal gauche et le lobe temporal gauche pour 96% de la population et dans l'hémisphère droit pour les 4% restants. L'aire de Broca est dévolue à la production des sons articulés, et celle de Wernicke permet la compréhension du sens des mots (38). Le faisceau arqué, constitué de millions de fibres nerveuses qui relient les aires pariétales et temporales aux aires frontales dont l'air de Broca, permet le transit des informations entre ces régions cérébrales.

Stanislas Dehaene explique que l'acquisition du langage se fait par l'interaction et l'apprentissage, mais contient aussi une part innée. Les faisceaux de connections neuronales qu'il nomme « autoroutes du cerveau », dont le faisceau arqué, se développent dès le troisième trimestre de grossesse : « *L'échafaudage initial est inné, il se construit in utero* ». En étudiant le cerveau d'un enfant de deux mois par IRMf, il a constaté que le nourrisson qui entend sa langue maternelle active les mêmes régions cérébrales que l'adulte, par une organisation neuronale déjà complexe (39).

Chez l'Homme, la réception d'une parole et la poursuite de l'échange verbal cheminent à travers plusieurs étapes. La reconnaissance des mots et la compréhension du discours sont permises par l'aire de Wernicke. Puis, la production du message-réponse dans l'aire de Broca va élaborer un programme permettant la prononciation via l'activation du cortex moteur. Des signaux sont alors envoyés aux muscles de la phonation. Une part émotionnelle entre aussi en jeu dans ce processus (38).

Outre le langage verbal défini par le vocabulaire, le langage para-verbal représenté par la prosodie (le ton et le rythme de la parole) permet de ponctuer le discours en lui donnant des couleurs émotionnelles. Son centre fonctionnel cérébral se situerait dans l'hémisphère droit. En effet, des études cliniques portant sur des personnes atteintes de lésions cérébrales dans certaines régions de l'hémisphère droit décrivent une altération du champ de la prosodie chez ces sujets. Ceux-ci présentent aussi des difficultés à traiter le caractère métaphorique et sémantique des mots (40).

En somme, les deux hémisphères du cerveau participent à la compréhension et à la production du langage verbal et para-verbal.

### **La communication thérapeutique**

La relation médecin-patient met en jeu la rencontre de deux perceptions différentes. Le médecin s'adresse à un patient qui possède ses propres représentations. Le vocabulaire médical, devenu très spécifique par le développement de la sémiologie et des techniques scientifiques, peut être un obstacle à la communication dans le soin.

Outre le barrage que peuvent constituer les termes techniques, il arrive que de simples mots puissent être délétères pour celui qui les reçoit, sans pour autant qu'ils n'aient été prononcés avec de mauvaises intentions. Par exemple lorsque l'on dit à un patient : « Ce n'est pas grave », il retiendra plus ou moins consciemment le mot « grave ». Chaque mot par lui-même a un impact de par sa connotation positive ou négative.

Mais alors, comment ne pas être iatrogène par les mots ? Comment développer un langage thérapeutique, bénéfique pour le patient ?

Le cœur de la « marguerite des compétences » dans l'enseignement de la médecine générale contient la notion importante de « relation-communication ». En effet, celle-ci occupe une place majeure dans la prise en charge des patients. Dans ce cadre, intéressons-nous à ce que l'on nomme la communication thérapeutique.

Au sein de la communication, l'émetteur d'un message a un impact sur le récepteur, c'est à dire une influence. La communication thérapeutique vise à orienter de façon positive cette influence, afin qu'elle soit bénéfique sur la santé du patient. Elle concerne un large domaine aux multiples voies d'accès. L'hypnose thérapeutique en est une parmi d'autres, et soutient quelques principes. Tous ne sont pas propres à l'hypnose, mais celle-ci les enseigne particulièrement.

Parmi ces principes, on retrouve notamment le langage positif, le recadrage, la valorisation des ressources du patient, la métaphore, la suggestion, la prosodie, etc.

### **Le langage positif**

Si certains mots ou formulations peuvent être iatrogènes, l'hypnose thérapeutique s'appuie sur l'idée que la parole et les mots, prononcés dans une dynamique positive, peuvent au contraire être thérapeutiques. Il est admis que durant une phase d'hypnose, le cerveau ne perçoit pas la négation, d'où l'importance de faire usage de mots à connotations positives (27).

### **Le recadrage, la reformulation**

Le recadrage est une technique de reformulation qui vise à conduire l'interlocuteur à modifier sa vision de la situation et à concevoir de nouvelles solutions (41).

### **Encourager la mobilisation des ressources et des capacités du patient**

En hypnose thérapeutique, chaque patient est considéré comme détenteur de ressources, qu'il pourra mobiliser. Le thérapeute relève les capacités du patient et les renforce, ce qui se retrouve notamment dans les techniques de renforcement positif.

Par ailleurs, durant une séance formelle d'hypnose, le praticien peut utiliser ce que l'on appelle la « ratification », qui consiste à notifier et encourager ce qu'il perçoit des signes de transe chez le patient. Cette technique mène à approfondir le phénomène de transe hypnotique.

### **La métaphore**

Il s'agit d'une figure de style fondée sur la substitution analogique. Elle dépasse la simple comparaison et consiste à exprimer une idée de façon imagée, en donnant « *une valeur de compréhension ou d'expérience plus forte et riche que si l'on s'en tenait à une description sommaire* » (41).

### **La suggestion**

Au sens littéral, la suggestion est le fait de proposer quelque chose à l'autre (42). Elle véhicule le principe d'influence, c'est-à-dire favorise l'émergence d'une pensée ou d'une action chez l'interlocuteur (28). Il existe des suggestions directes telles que : « Fermez les yeux ! », ou indirectes comme : « Peut être sentez-vous vos paupières s'alourdir ». L'hypnose actuelle

utilise de moins en moins les suggestions directes au profit de suggestions indirectes, plus permissives.

### **La prosodie**

La prosodie, ou langage paraverbal, concerne la tonalité et le volume de la voix, le rythme de la parole, les silences, la manière d'articuler les mots et leurs variations durant le discours (28).

Tous les principes que nous venons de décrire sont bien entendu déjà établis dans la communication médecin-malade au sens large, où l'on sait que des mots bien choisis et adaptés au patient favorisent l'alliance thérapeutique. De même, le ton et le rythme de la parole influencent la transmission du message (43).

## **VIII. Hypothèse de travail et question de recherche**

Nous articulerons notre réflexion autour des changements ressentis par des médecins généralistes et hospitaliers suite à leur formation à l'hypnose thérapeutique, dans le cadre de leur pratique. Au regard des concepts véhiculés par l'hypnose concernant l'attention au langage du corps et au maniement de la parole, nous présumons qu'elle puisse avoir un impact sur la communication dans le soin.

Notre question de recherche principale sera d'étudier en quoi la formation à l'hypnose peut influencer le rapport au corps, aux mots et à la parole chez des médecins généralistes et hospitaliers.

Notre objectif secondaire étudiera cette influence de manière plus générale dans leur façon de soigner.

# METHODE

## I. Méthode

### A. Le type d'étude

Nous avons pris le parti de réaliser une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisés d'une part auprès de médecins généralistes libéraux et d'autre part auprès de médecins hospitaliers, de spécialités variées.

De nombreux travaux ont été réalisés sur la question de l'impact d'une formation à l'hypnose médicale sur la relation médecin-patient. Durant nos recherches bibliographiques, une étude s'intitulant *Place des mots dans la pratique de l'hypnose en médecine générale*, réalisée par un médecin dans le cadre d'un diplôme universitaire, a retenu notre attention. Selon l'auteur, les mots sont « *un formidable vecteur de changement pour le patient* » et ont « *le pouvoir de détruire et de soigner* » (44). De là a germé notre idée d'approfondir de façon concrète ce rapport aux mots apporté par l'hypnose. Ceci nous a conduit à la volonté de recueillir l'expérience de différents médecins formés. Nous nous sommes intéressées à l'impact de la formation à l'hypnose sur le rapport au corps dans la pratique médicale. L'idée était d'extraire des données concrètes issues de l'expérience de ces médecins, afin de peut-être transmettre des outils à des soignants non formés. Pour ce faire une étude qualitative nous a semblé adaptée, dans la mesure où notre questionnement concernait un vécu subjectif, cette méthode permettant l'exploration du ressenti des sujets.

### B. Le canevas et l'entretien semi-dirigé

Nous avons élaboré un canevas d'entretien basé sur nos recherches bibliographiques et centré sur notre question de recherche. Il s'est structuré en quatre grandes parties. La première concernait la découverte et la vision de l'hypnose par le médecin. Elle débutait par une question « brise-glace » sur les raisons ayant motivé les praticiens à se former à l'hypnose. La

seconde ciblait le rapport à la parole, et la troisième le rapport au corps. Enfin, la dernière s'intéressait à l'impact thérapeutique de cette formation. Nous avons initialement quatorze questions ouvertes, mais l'analyse de nos premiers entretiens a mis en évidence la nécessité de supprimer des items trop éloignés de notre sujet de recherche. Ainsi suite à plusieurs étapes de réajustement, le canevas d'entretien final (Annexe 1) s'est réduit à huit questions principales, accompagnées de relances. Ces dernières nous ont permis de répondre de manière plus concrète et précise à l'objectif principal de l'étude, tout en laissant une certaine liberté aux médecins interrogés.

Les entretiens étaient semi-dirigés, individuels, d'une durée moyenne de 50 minutes. La notion du respect de l'anonymat, ainsi que le but de l'étude et la question de recherche étaient mentionnés à chaque médecin participant. L'une d'entre nous interrogeait des médecins généralistes, et l'autre des médecins hospitaliers. Les premiers entretiens dépassaient largement le temps estimé, du fait de l'exhaustivité de nos questions et sans doute de par notre façon de les diriger. Peu à peu, nous avons chacune appris à mieux cadrer les entretiens pour cibler notre question de recherche principale. La durée de ceux qui ont suivi était de l'ordre de 20 à 45 minutes. Chacun d'eux était enregistré à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord du participant, puis retranscrit de manière anonyme. Le lieu des entretiens était choisi par les médecins (lieu de travail, lieu public ou chez le médecin lui-même).

A l'issue de chaque entretien, nous avons recueilli auprès des médecins leur âge, sexe, et antériorité de formation à l'hypnose.

Chaque médecin était désigné par un chiffre de 1 à 12 en respectant l'ordre des entretiens, « MG » pour les médecins généralistes et « MH » pour les médecins hospitaliers.

## **II. La population de l'étude**

### **A. Critères de sélection**

Dans cette étude nous avons choisi d'inclure uniquement des médecins formés à l'hypnose. Notre échantillon s'étendait à des praticiens exerçant dans différentes villes de la région Rhône-Alpes.

Nous trouvions intéressant d'étudier deux populations différentes : des médecins généralistes libéraux et des médecins hospitaliers de diverses spécialités. Ce choix nous permettait d'étudier deux façons d'exercer différentes et d'observer les points communs et potentielles distinctions concernant leurs expériences.

### **B. Recrutement**

Il n'existe actuellement aucune liste officielle des médecins formés à l'hypnose. De ce fait, nous avons utilisé plusieurs méthodes de recrutement.

Les médecins généralistes ont été recrutés pour la plupart suite à la diffusion d'e-mails aux maîtres de stages universitaires de la faculté de médecine de Lyon, après accord du comité de recherche du département de médecine générale. Un médecin a été recruté suite à la diffusion de notre sujet par l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Enfin le reste du recrutement s'est fait par « le bouche à oreille ». Ces derniers ont été contactés soit par e-mails, soit par appels téléphoniques. Les tentatives de recrutement via les organismes de formation à l'hypnose ou Diplôme Universitaire de Lyon n'ont pas permis d'aboutir à des entretiens, compte tenu de l'ouverture récente de ce dernier.

Concernant les médecins hospitaliers, le recrutement s'est principalement effectué par « le bouche à oreille », avec le souci d'avoir une population la plus variée possible : sexe, âge, spécialité, et zone d'exercice. Les démarches de recherche de contact via des centres de formation à l'hypnose ont été infructueuses, mais l'effet boule de neige obtenu par « le



bouche à oreille » a été suffisant à l'obtention de l'échantillon souhaité. Le recrutement s'est fait soit par appels téléphoniques directs, soit par e-mails.

La taille de l'échantillon s'est avérée adaptée à la redondance des occurrences, obtenue au fil des entretiens.

### **III. La retranscription des données**

Les données enregistrées par dictaphone ont été fidèlement retranscrites, au fur et à mesure, en intégrant au mieux les données non verbales : rires, silences, gestuelles marquantes.

Afin de préserver l'anonymat des médecins interrogés, un chiffre a été attribuée à chacun d'entre eux, en respectant la chronologie de réalisation des entretiens. Les références aux patronymes ont été notées « XX » et les lieux cités ont été remplacés par « ville ».

Après retranscription chaque enregistrement a été détruit.

Un tableau a été réalisé avec les données épidémiologiques de chaque médecin (âge, sexe, et ancienneté de la formation).

### **IV. Analyse des données**

#### **A. Imprégnation**

Après retranscription les entretiens étaient relus intégralement afin de repérer les différents thèmes et idées fortes.

## **B. Le codage**

Le codage nous a permis une analyse plus approfondie des données en relevant différents thèmes et sous-thèmes, que nous avons classés à l'aide du logiciel NVIVO 11. Nous avons axé le codage sur nos principaux thèmes de recherche : le corps, les mots et la parole, ainsi que les répercussions sur la façon de soigner. Certaines idées récurrentes nous ont permis d'étoffer nos branches de codage.

Un procédé déductif en lien avec la bibliographie réalisée tout au long de notre travail a aussi participé à la structuration de nos analyses.

Nous avons toutes deux codé nos propres entretiens, ainsi que ceux de l'autre. Puis chaque entretien a été soumis à triangulation des données. Ce travail de confrontation des données a été long et fastidieux mais a enrichi et clarifié notre analyse.

## **C. Interprétation**

Au-delà de la découpe en thèmes et sous-thèmes, nous avons conduit une réflexion en lien avec les apports de notre bibliographie, pour en extraire une interprétation réflexive.

## **V. Autorisations**

Concernant l'approbation du comité de protection des personnes (CPP), nous avons envoyé une demande au CPP Sud-Est II, qui nous a invité à nous en référer à nos dirigeants de thèse. Ceci nous a conduit, avec l'accord de notre directeur de thèse, à nous adresser au responsable du Comité d'éthique de la faculté Lyon Est. Ce dernier nous a informé de l'absence d'obligation d'obtenir cette autorisation dans le cadre de notre étude. Comme il est stipulé dans les articles L 1121-1 et R 1121-1 du Code de la Santé Publique (Annexe 2) : « *Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées au chapitre I et qui visent (...) à réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé* ».

# **RESULTATS CONCERNANT L'ECHANTILLON DES MEDECINS GENERALISTES**

Pour plus de clarté, ne sont présentés dans ce chapitre que les résultats concernant les médecins généralistes. Chacune de nous deux expose donc, dans cette partie, uniquement les résultats de ses propres entretiens.

## **I. Recueil des données**

### **A. Entretiens**

Au total 12 entretiens ont été réalisés entre le 15 Décembre 2017 et le 3 Septembre 2018. La durée moyenne des entretiens était de 50 minutes avec des extrêmes allant de 22 minutes à 1 heure et 14 minutes.

### **B. Caractéristiques de la population**

Douze médecins généralistes aux modes d'exercices variés ont été interrogés. L'âge moyen était de 50 ans. Un des médecins généralistes avait une activité à la fois libérale et hospitalière en tant que médecin urgentiste.

**Tableau des caractéristiques de la population des médecins généralistes**

Médecins	Sexe	Age	Nombre d'années d'installation	Activité	Ancienneté de formation à l'hypnose	Durée des entretiens
MG 1	Homme	55 ans	26 ans	Urbaine	4 ans	1h14
MG 2	Femme	61 ans	24 ans	Semi-rurale et montagne	20 ans	1h09
MG 3	Femme	45 ans	10 ans	Semi-rurale / urgentiste	3 ans	58 min
MG 4	Femme	37 ans	4 ans	Semi-rural	5 ans	44 min
MG 5	Homme	62 ans	16 ans	Urbaine	12 ans	1h03
MG 6	Femme	29 ans	Non installée, remplaçante	Rurale et semi-rurale	1 an	1h01
MG 7	Homme	58 ans	26 ans	Semi-rural	4 mois	35 min
MG 8	Homme	63 ans	33 ans	Semi-rurale	6 mois	40 min
MG 9	Femme	57 ans	25 ans	Urbaine	14 ans	48 min
MG 10	Femme	27 ans	Non installée, remplaçante	Urbaine	7 mois	30 min
MG 11	Homme	59 ans	32 ans	Péri-urbaine	28 ans	1h02
MG 12	Femme	52 ans	17 ans	Urbaine	3 ans	22 min

## II. Principaux résultats

### A. La formation à l'hypnose : une influence sur le rapport au corps

#### 1. Une sensibilisation au langage du corps

Les médecins accordent plus d'attention à leur **attitude gestuelle et posturale** depuis leur formation afin de favoriser l'écoute du patient et la communication. **La distance interpersonnelle** est davantage adaptée au patient et à la situation. Certains médecins disent **se mettre à la hauteur voir en position basse** par rapport au patient. Ils semblent également **observer davantage le langage corporel** des patients pour **s'adapter à eux** et **percevoir leurs changements**. Un médecin dit, dans ce sens, **regarder davantage** le patient. **Les manifestations physiques de la transe hypnotique** sont rigoureusement observées.

#### Les gestes et la posture du médecin

*MG 1 : « Donc ce n'est pas tellement mon corps, c'est plutôt ma gestuelle (...) et au-delà, toute cette communication non verbale de la prise en charge, y compris au téléphone, bon on est encore dans la parole, mais du positionnement qu'on a en salle d'attente, la façon dont on va chercher les gens (...) Bon voilà cette position, cette place c'est quelque chose... Il y a ça qui a changé mais c'est pour l'adapter à une technique. »*

*MG 1 : Et puis ça a aussi changé alors à la fois dans le contenu et le contenant de la parole, mais au-delà tout le langage non verbal, la façon (silence) de s'asseoir, la hauteur, la différence de hauteur avec les patients et puis tous les outils qu'on utilise, le double lien...*

*MG 3 : « Que l'endroit où l'on s'asseyait par rapport à eux, où on les faisait assoir par rapport à nous, ça avait une influence et sur l'écoute et sur ce qu'ils étaient capables de dire. »*

*MG 5 : « Voilà donc la gestuelle oui, même si le patient a les yeux fermés c'est très important. Un aveugle sait ce que vous êtes en train de faire. Il sent les mouvements que vous faites. Et donc quand je veux accentuer les faits de ce que je dis, même si le patient a les yeux fermés, je me sers des mains. »*

## **Se mettre à la bonne distance interpersonnelle et adopter la bonne position**

*MG 9 : « Je me mets à côté, je leur fais choisir leur chaise, en général ils choisissent toujours la même et je me mets à côté, un peu en biais, pas face à face, et après j'essaye de trouver la distance qui leur convient, parce que vous savez on a tous des distances de protection et je vois la distance qui leur convient. »*

*MG 3 : « Les personnes âgées je suis assez souvent aussi, à quatre pattes à côté, alors sous prétexte de mesurer une tension, un truc comme ça. Et ce n'est pas que je vais être à leur hauteur, c'est que très souvent je vais être en dessous, en réalité ! »*

*MG 11 : « (...) c'est devenu un truc par rapport à ma position vis-à-vis du patient, je ne me mets pas en position haute. »*

## **L'observation du langage corporel du patient et de ses changements**

*MG 2 : « Aussi j'ai appris à mieux regarder les gens, sans les détailler, attention il ne faut pas. Mais analyser leurs changements corporels. »*

*MG 5 : « Eh bien en fait je suis extrêmement attentif à tout ce qui se passe dans mon patient, si j'ose dire, parce que tout ce qui se produit pendant une séance d'hypnose, c'est le travail de l'inconscient. Et donc s'il y a quelque chose qui le chagrine, il fait une grimace, une tension, il bouge comme s'il y avait de l'inconfort, c'est peut-être que son inconscient lui demande la permission de changer quelque chose et donc il est important que j'intervienne. »*

*MG 9 : « On va s'adapter, observer et puis dans l'observation vous allez voir aussi les changements. Quand vous avez des gens déprimés vous allez voir comment ils vont évoluer au fil du temps et vous voyez le changement au niveau du visage, de son expression, et même dans une même séance quand vous avez quelqu'un qui arrive et quelqu'un qui repart, vous avez les épaules qui sont moins tombantes, vous voyez qu'ils sont moins assis au bord du siège tout recroquevillés. Enfin il y a plein d'expressions comme ça, et même pendant la séance d'hypnose formelle, les micro-expressions, donc oui l'observation est vraiment devenue importante. »*

MG 11 : « (...) les gestes faits face à nous, on y est plus attentif. Quand il y a un effet miroir on y est plus attentif. Par ma formation à l'hypnose je décède peut-être plus de choses, je suis plus attentif aux gestes. »

MG 12 : « Il y a forcément une histoire de « mirroring » aussi en hypnose. Je fais attention à la façon dont ils sont posés sur leur siège, la façon dont ils rentrent, la façon dont ils se tiennent forcément. Après le langage non verbal on l'intuit aussi en médecine générale, sans avoir eu la formation à l'hypnose. »

### **Le regard et l'attention du soignant davantage portés sur le patient**

MG 7 : « Parce que dans ce cas-là, c'est ta relation visuelle avec le patient que tu captes mieux, tu captes mieux son attention et déjà tu as sûrement une vertu thérapeutique parce qu'il se sent déjà plus écouté qu'avec cette barrière-là. »

### **Les signes de transe hypnotique**

MG 4 : « Après je vais être plus attentive aux signes d'hypnose. Quand ils sont en transe hypnotique, je vais faire attention qu'ils y soient bien. Ou dans une conversation sans hypnose formelle où là je vais essayer de repérer les signes propres à l'hypnose, donc un regard un peu fixe, un ralentissement de la respiration, des réflexes de déglutition... »

MG 7 : « L'interaction au niveau des mouvements de mon corps ou l'attention que je porte aux mouvements du corps du patient pendant la séance d'hypnose, eh bien c'est très important pour les signes de transe. Après pour un patient lambda qui ne vient pas pour de l'hypnose ça n'a pas changé grand-chose, parce qu'on va surtout étudier les signes d'activation du patient ; après le patient il parle avec son corps, ça tu le sais depuis bien avant la formation, donc ça n'a rien changé. »

MG 7 : « Et puis quand il y a des moments d'émotion, à ce moment-là, il faut laisser couler les larmes et ces manifestations d'activation pour que le patient puisse profiter. Voilà profiter ça aussi c'est un mot important.

## 2. Une connexion entre le médecin et le patient : Le concept de neurones miroirs

Les médecins interrogés disent utiliser désormais leur propre corps **en miroir de celui du patient** afin de **s'harmoniser via le système de neurones miroirs** et accroître le phénomène **d'empathie**. Ils s'harmonisent à la fois **par la gestuelle et par la respiration**.

### S'harmoniser via la gestuelle

*MG 6 : « L'harmonisation c'est d'être un petit peu le miroir du patient et donc finalement j'essaye de le faire aussi dans la consultation, si j'écoute quelqu'un, ces fameux patients qui viennent déposer des choses, j'essaye d'être un petit peu le miroir de leurs gestes. »*

*MG 8 : « L'harmonisation c'est plus avec les enfants que je le fais (...) Eh bien je me mets à jouer avec eux, et s'ils crient, je me mets à crier, j'essaye de m'harmoniser avec l'enfant pour lui fixer son attention. »*

*MG 8 : « Dans mon cabinet on se met face à face sur des chaises, et par contre là, je fais pas mal de gestuelle pour essayer d'accompagner la fluidité des choses, les neurones miroirs... Mais voilà je le fais de plus en plus. »*

*MG 10 : « C'est l'attitude que l'on peut avoir face à une personne, la position de nos mains, essayer, pas toujours mais d'être en miroir quand on estime qu'il faut avoir une relation justement d'empathie, puisqu'on peut utiliser la position de notre corps pour manifestement mieux entrer en relation avec les personnes. Inconsciemment, ces personnes se sentent a priori mieux écoutées, mieux connectées, peut-être mieux comprises lorsqu'on adopte une attitude symétrique. »*

### S'harmoniser par la respiration

*MG 1 : « Après dans la relation au patient lui-même, dans la séance ce qui a beaucoup changé c'est d'essayer justement d'être en phase, c'est-à-dire de ressentir où il est, où il en est... Alors ça veut dire la même respiration, respirer en même temps (...) »*



*MG 5 : « Ma respiration aussi, très souvent elle est callée sur celle du patient. »*

*MG 7 : « (...) en étant face au patient qui a les yeux fermés, je me concentre sur sa respiration et j'arrive assez bien à parler au moment de l'expiration et donc je calque ma respiration aussi dessus, puisque si je parle au moment où il expire, eh bien j'expire aussi en même temps que lui tu vois. Donc de ce côté-là ça a une importance aussi pour moi, je me calque sur la respiration du patient et j'ai bien conscience que moi aussi je me mets en phase avec lui, donc ça doit harmoniser les choses. »*

### **3. Un outil axé sur le sensoriel et la prise de conscience du corps**

**Les différentes perceptions sensorielles** sont utilisées par les médecins afin d'accéder au patient, en repérant parfois un canal sensoriel préférentiel chez ce dernier. Un médecin évoque l'utilisation **des vibrations** dans sa pratique. **La fonction du corps est valorisée** par le soignant afin d'inviter le patient à **prendre conscience de son propre corps**.

#### **Passer par les sens pour accéder au patient**

*MG 1 : « Alors Il y a également par exemple parce que je vous vois venir, de voir quel canal il peut aussi utiliser. Est-ce qu'il est plus dans l'auditif ou le visuel ? S'il nous dit par exemple : « Oui je vois très bien ce que vous voulez dire, c'est très clair », on peut penser que c'est quelqu'un qui est plutôt à l'aise avec un canal visuel ; ou s'il nous dit : « J'entends bien, c'est pour moi parfaitement audible », ça veut dire que c'est quelqu'un qui est plutôt sur un versant auditif et peut être qu'on devra utiliser tout un lexique de mots dans ce sens si on veut l'emmener là, etcétera pour tout le reste, pour tous les autres sens. »*

*MG 3 : « J'ai pris conscience que les gens réagissaient beaucoup mieux quand on les touchait que quand on ne les touchait pas, par exemple (...) Mais c'est surtout que voilà, le fait que les messages passent mieux quand il y a un contact physique que quand il n'y en a pas. Et c'est vrai que moi je touche beaucoup les gens. En tout cas en médecine, ce n'est pas forcément vrai dans la vie privée, mais en médecine euh voilà c'est extrêmement utile et efficace. »*

MG 5 : « Et souvent je me sers de ça [les vibrations], quand le patient a du mal à déterminer quel est son canal sensoriel préférentiel. Ça permet d'approfondir encore plus la transe hypnotique, parce que je le préviens : « Observez les vibrations des tympans lorsqu'ils perçoivent cette onde sonore... ». Et puis j'ai tout un discours pour qu'il se rende compte que ces ondes sonores, il n'y a pas que les tympans qui les perçoivent. »

### Mise en valeur de la fonction du corps

MG 9 : « (...) par exemple tous ces gens qui ont mal au ventre, il y en a plein, vous verrez, ils ont pris tout un tas de médicaments, fait tout un tas d'examens et on leur dit qu'ils n'ont rien. Alors c'est dur d'entendre qu'ils n'ont rien, parce qu'ils ont quelque chose quand même, ils ont mal ! Donc là on va réutiliser les mots et là je crois que je les dissocie un petit peu, c'est-à-dire que leur ventre il est considéré comme un ennemi et en même temps que je les examine, en même temps que je palpe leur ventre, je leur dis : « Eh bien vous voyez votre ventre là, il bosse en ce moment, il travaille, il fait du bon boulot, là vous sentez il y a une petite bulle d'air, c'est normal c'est parce qu'il travaille... », je vais le faire en même temps, de manière à essayer de trouver aussi un apaisement parce que le fait de toucher, surtout si on met en même temps les mots qui vont avec, c'est apaisant (...) Donc on redonne la fonction du corps en expliquant ce qu'on fait, pourquoi on le fait, pourquoi on touche cet endroit-là, c'est beaucoup mieux vécu et les enfants avec eux ça passe très bien, ils aiment bien qu'on leur explique. »

## 4. Une conception du lien corps-esprit différente

La vision du corps et de l'esprit semble différente depuis la formation à l'hypnose. Les médecins observent davantage **l'influence réciproque entre le psychisme et le corps**. Certains évoquent la notion de « **dissociation** » **entre ces deux entités**, afin de permettre d'induire chez le patient **un nouveau rapport à son propre corps**. Elle permettrait entre autres au médecin de **réorienter l'esprit** du patient, notamment afin de l'aider à oublier un symptôme douloureux.

## **Le lien corps-esprit : une influence réciproque**

*MG 5 : « Et donc lorsque l'on est en hypnose, on fait faire un saut quantique à nos particules cérébrales puisqu'on leur fait changer leur état vibratoire. C'est peut-être ça qui est à l'origine du changement des perceptions que l'on a. C'est peut-être ça qui est à l'origine des changements que cela provoque dans l'esprit. La composante physique change d'état vibratoire et la composante psychique change de point de vue et on fait de la psychothérapie. »*

*MG 5 : « Donc c'est très, très intéressant d'amener le patient à prendre conscience de ce qu'il se passe dans son corps. (...) Après j'ai pris l'habitude de dire que les pensées naissent dans le corps, les émotions naissent dans le corps, donc il est important de passer par le corps [lors des inductions hypnotiques], pour désamorcer toutes les émotions. »*

*MG 7 : « On va dire que la médecine occidentale c'est une médecine un peu « segmentisée », je ne sais pas si ça se dit, mais bon on a des pathologies, le bras, la jambe, le tube digestif, etc. Et en médecine générale on sait déjà très bien que le psychisme, le cerveau il est aussi dans notre intestin, on sait déjà qu'il y a un rapport entre les deux, mais je n'avais pas l'impression que pour des organes non liés au mental pour leurs pathologies, c'est-à-dire en dehors de l'intestin, de la gorge, il ne me semblait pas si tu veux qu'on pouvait intégrer les organes périphériques, c'est-à-dire les mains, les pieds aussi au mental, et qu'on pouvait avoir une action positive de diminution de la douleur ou de diminution de tout ce qui est lié à une pathologie périphérique avec l'hypnose. Et là j'ai l'impression qu'on peut. »*

## **Réorientation de l'esprit, notion de « dissociation » corps et esprit**

*MG 2 : (...) donc je lui dis : « Eh non, vous avez eu l'impression, donc vous êtes capable quand vous détournez votre esprit, quand vous faites autre chose, de ne pas vous polariser là-dessus ; ce qui fait que ce que vous faisiez avant c'était avant. Là vous allez avoir une thérapie pour savoir comment je peux gérer ce problème, sans avoir l'impression de le déclencher ou d'y penser, voilà. »*

*MG 4 : « Eh bien ce que ça m'a fait découvrir et je n'y croyais pas trop, c'est que le corps peut être complètement dissocié de l'esprit. Enfin je suis assez cartésienne à la base, et là, ça*

*m'a chamboulé dans mes croyances (rire). Mais je m'en sers énormément pour les sutures par exemple où je n'utilise plus d'anesthésiants locaux. Et ça m'a montré que le corps peut complètement être dissocié de l'esprit, moi je fais mes sutures sur la personne qui ne bouge pas mais tout en lui parlant, et quelques fois il y en a qui sont vraiment en transe hypnotique, très calmes, dans leur monde, et il y en a d'autres avec qui j'ai une conversation sur un registre hypnotique, donc du coup c'est une conversation un peu décalée, moi je m'occupe du corps et on peut dissocier les deux. »*

*MG 8 : « Une petite histoire qui me revient sur les gestes douloureux, je me souviens d'une patiente qui avait eu un accident de travail et qui avait une douleur chronique de la métacarpo-phalangienne, elle s'était fait écraser la main dans une presse et puis ça trainait, ça trainait, donc je lui dis : « Ecoutez il faut faire une infiltration... », chez une femme qui a une phobie des aiguilles ! Donc je lui ai dit : « Bon vous n'avez pas envie, ok, je vous fais l'ordonnance et puis si un jour vous décidez vous revenez et puis on pourra essayer la TAC pour faire l'infiltration ! ». Et puis un jour elle est arrivée, elle me balance le produit en me disant qu'elle ne pouvait pas la faire. Et puis je l'ai installée et je l'ai mise dans le souvenir positif de l'accouchement de son fils, et donc elle a fermé les yeux et elle pleurait de joie et elle s'est relevée en me demandant quand est ce que j'allais faire son infiltration, alors qu'elle était déjà faite ! Et elle n'avait pas senti, alors que c'est hypersensible la main. Donc pour dire que ça marche pour les gestes douloureux, les ponctions de genoux... »*

### **Une modification du schéma corporel et de la connectivité cérébrale**

*MG 2 : « Après le corps... Bon c'est clair que quand ils sont en état d'hypnose et quand on leur apprend, ils ont moins de douleurs, ils sont moins dans la tension. Je veux dire d'apprendre une technique d'autohypnose pour eux, c'est clair que ça modifie leur schéma corporel, et je pense que c'est aussi fait pour ça ; de leur apprendre à ne plus se voir comme ils sont, qu'ils ont les capacités de modifier leur schéma corporel, leur corps, leur douleur, etc. »*

*MG 5 : « Donc utiliser l'hypnose permet de s'affranchir des règles et ça permet de bouger quand même cette main bien qu'on ait fait un accident vasculaire cérébral, et ça, c'est l'utilisation des neurones canoniques (...) Et donc de ces neurones canoniques découle un des*

*axiomes : le cerveau ne fait pas de différence entre ce qu'il fait et ce qu'il croit faire. Et donc quand vous faites fermer les yeux au patient et que vous lui faites (...) retrouver un agréable souvenir d'action dans la nature, d'action de son jeune âge, de son adolescence, de son âge adulte, eh bien en fait vous le faites se servir de ses neurones canoniques. Et si vous faites ça régulièrement à quelqu'un qui est hémiplégique à cause d'un accident vasculaire cérébral, qui a préservé ses neurones canoniques, eh bien il retrouve la parole, la marche, il retrouve ses mains, etc. Je l'ai très souvent fait ! (Rire) »*

*MG 5 : « Non il y a un déficit, il y a un accident qui fait que les connexions sont perdues et c'est là que c'est important d'utiliser l'hypnose le plus tôt possible, parce que l'hypnose permet de s'affranchir des règles : « C'est normal que je ne puisse pas bouger ma main gauche puisque j'ai fait un accident vasculaire cérébral ». Quand on est en hypnose, et ça a été démontré par Ernest Rossi dans son « free book », (...) qui est l'élève le plus célèbre de Milton Erickson. Et donc il a montré au début des années 2000, que quand on était en hypnose, on changeait les connexions. Ça a été retrouvé chez les dyslexiques notamment avant et après la rééducation orthophonique. Et on fabrique des neurones, on fabrique des neurones au niveau de l'hippocampe. Et depuis pas très longtemps on sait qu'on les fabrique à partir de cellules souches qui se trouvent au niveau de l'hypothalamus.*

*MG 6 : « Je leur fais un petit schéma du cerveau et je leur explique que le mot ça va être DEVIATION. En fait je leur explique que le cerveau, avant, on croyait qu'il y avait une zone pour penser, pour voir... Maintenant on leur explique que c'est beaucoup moins simple on va dire, pour parler en hypnose conversationnelle, que c'est plutôt un véritable réseau autoroutier ou le périphérique Parisien ; c'est comme ça que fonctionnent notamment la douleur ou le stress, etc. Et qu'avec l'hypnose je leur dessine une déviation, un nouveau chemin.*

## B. La formation à l'hypnose : une influence sur le rapport à la parole et aux mots

### 1. Les paroles et mots positifs

La notion de **parole positive** est relevée par la quasi-totalité des médecins interrogés. Nombre d'entre eux s'affranchissent désormais **des mots et expressions à connotations négatives** afin de favoriser le bien-être du patient et être dans une dynamique thérapeutique. Ceci semble conforter les médecins dans la **sensation de confiance du patient**. Certains utilisent davantage des mots **sécurisants et apaisants** et **reformulent** les propos des patients **de façon positive**.

#### Les mots positifs

*MG 3 : « Alors là par contre ça je n'y fais plus attention, puisque c'est là que j'ai appris et compris la façon de ne jamais fonctionner en négatif, de n'utiliser que des mots qui ont un sens littéral positif. »*

*MG 3 : « Ou voilà, au lieu de dire : « Ne vous tendez pas ! », je vais dire : « Relaxez-vous », voilà ce genre de détails-là. »*

*MG 6 : « Alors sur le langage verbal, je glisse finalement des mots positifs et j'ai supprimé les mots négatifs de mon vocabulaire de médecin, mais un petit peu en général aussi, dans une dispute même si ce n'est pas souvent, mais avec mon compagnon par exemple ! (Rires) »*

*MG 7 : « Eh bien ce sont les mots qu'on nous a appris, c'est-à-dire les mots positifs. Il faut mettre l'accent sur les choses positives dans l'expérience du patient, et sur ces choses positives-là, bâtir quelque chose qui va être thérapeutique dans ce que le patient souhaite. »*

*MG 8 : « On essaye d'être plus positif dans les mots bien sûr, comme on nous a appris que la négation ne se retenait pas, on essaye de reformuler les phrases dans le sens qu'apparaissent avec la négation les mots positifs, ce qui est mieux perçu par le patient, mais ce n'est pas toujours évident, il faut y réfléchir encore, ce n'est pas automatique. »*

## **Les mots et expressions à connotations négatives**

*MG 5 : « Et puis mon langage à moi, dans la mesure où pendant la séance d'hypnose j'évite toutes les négations, ça fait pareil le reste du temps. Ça, ça s'appelle la communication thérapeutique, d'éviter les mots qui fâchent. »*

*MG 9 : « Je dirais une des premières choses, c'est le plus important, c'est la façon dont on va écouter et parler. Donc les MAUX et les MOTS vont être intimement liés. Et la façon dont on dit les choses, dont on écoute et dont on va pouvoir en reparler c'est fondamental. Et vraiment moi j'ai changé ma façon de parler, il y a des expressions que je n'utilise jamais, mais au grand jamais ! »*

*MG 10 : « Je savais déjà qu'il fallait utiliser des termes que la personne pouvait comprendre, mais là j'ai aussi appris qu'il fallait se méfier des mots négatifs, se méfier des choses qu'on peut transmettre de manière inconsciente, qu'on n'aurait pas voulu transmettre. Par exemple si on dit : « Voilà ne faites pas ci » et que finalement c'est le « ci » qui est retenu... »*

*MG 10 : « Et puis aussi certains mots qu'il faut éviter comme le « mais », enfin voilà des petits détails comme ça qui ne semblent rien, mais en fait qui ont toute leur importance, qui changent quand même le vécu déjà de soi-même, on a l'impression qu'on est beaucoup plus positif quand on parle et on s'attarde beaucoup moins déjà sur les choses négatives. »*

## **Reformuler les mots en positif**

*MG 8 : « Eh bien ça m'apprend à les [les mots] reformuler sous une forme différente en utilisant les mots positifs avec la négation par exemple. »*

*MG 9 : « Donc c'est aussi peut-être dans la façon de soigner de savoir arrêter le flot de choses qui m'arrive qui souvent ne sert pas à grand-chose et de recadrer, de reformuler, et peut-être de remettre un cadre différent. »*

*MG 9 : « (...) je me rends compte qu'il y a vraiment des choses qui sont dures à entendre pour les patients. Il faut vraiment faire attention à la façon dont c'est dit. Un patient qui a un lymphome par exemple, il a fait et fini sa chimiothérapie et là l'oncologue lui dit : « De toute*

*façon il y a tant de pourcent de chances pour que ça revienne » (rire). On peut le dire dans l'autre sens : « Il y a une grande chance de guérison, de toute façon on va vous surveiller », il y a une façon de dire les choses et quand vous envoyez des coups de massue comme ça c'est très dur ! Et derrière nous on va ramer pour arriver à rattraper. Voilà donc c'est vraiment important la façon dont on va dire les choses ou ne pas les dire. »*

*MG 12 « J'essaye d'enlever les mots négatifs, les formules négatives, j'évite de parler de douleur et c'est plus de la reformulation positive. »*

*MG 12 : « Mais en tout cas j'évite le catastrophisme. Je ne dis pas au patient : « Oh là là vous avez une sciatique, vous en avez pour des années, vous n'allez pas vous en sortir ». Je le faisais déjà un peu avant mais la formulation positive est plus importante et c'est vraiment important je pense. »*

### **Les mots sécurisants et apaisants**

*MG 4 : « (...) et puis toujours des mots que j'essaye de vouloir apaisants, rassurants, en tout cas pour envoyer une image qui fait que les gens se sentent en confiance et puis rassurés, qu'ils arrivent à se détendre. Et du coup détendu, le message il passe beaucoup mieux quoi. »*

*MG 8 : « Eh bien « l'inconfort » au lieu de « la douleur » ça c'est sûr et j'utilise beaucoup le mot « agréable » sous forme de « pas très agréable », ou sous forme « très agréable » par exemple. »*

## **2. Une attention particulière portée aux mots du patient et du médecin lui-même**

On peut constater une tendance des médecins à **écouter et recevoir différemment** les mots de leurs patients. Certains médecins mènent davantage le patient à **reformuler ses propres propos** afin de mieux les comprendre et de l'aider à clarifier sa problématique.

Les médecins interrogés mesurent davantage **la puissance et le sens de leurs propres mots**, qu'ils **adaptent au patient** afin d'être plus en phase, ainsi que **le sens des mots du patient**. **La suggestion** est mentionnée par l'un des médecins en tant qu'élément facilitateur du changement vers un mieux-



être. Enfin, certains médecins disent utiliser plus de **verbes d'action** lorsqu'ils s'adressent aux patients pour favoriser le changement.

### **Une modification de l'écoute**

*MG 1 : « Donc ça m'a ouvert des perspectives, des portes, des moyens, ça m'a donné des outils pour mieux entendre et puis pour proposer, parce que je ne sais pas si je vais y arriver, mais en tout cas pour proposer d'en parler, voilà... »*

*MG 5 : « (...) si vous exercez un peu de médecine générale vous vous rendez compte qu'il y a la moitié des patients qui somatisent et les douleurs abdominales, les colons irritables, les lombalgies, les céphalées, tout ça c'est un peu psychosomatique. Les nausées et les vertiges aussi : « Qu'est ce qui te fait vomir ? » (Rires). Et quand je leur dis : « Pourquoi vous en avez plein le dos ? », deux fois sur trois il y a un truc derrière ! »*

*Mg 6 : « Ça m'a aussi appris à écouter paradoxalement pour rebondir un peu sur leurs propres mots, ou pour reprendre en écho, ou un peu en miroir, leurs propres mots mais en supprimant les mots négatifs pour essayer de leur donner un petit peu d'élan on va dire. »*

*MG 11 : « Je pense que l'hypnose m'a apporté une plus grande attention aux mots. Parce que du coup on n'est plus dans cet optique de guérir, on s'en fiche de guérir. On se dit qu'il a des choses à dire, des choses à exprimer et on se dit que c'est souvent sur ces choses-là qu'il va falloir s'appuyer. »*

### **Aider le patient à reformuler pour mieux le comprendre**

*MG 4 : « La formation sur la thérapie brève ce qu'il en ressortait c'est de toujours avoir une position basse et de dire : « Bien écoutez je suis peut-être un peu fatiguée ou bien je ne comprends rien aujourd'hui, mais là réexpliquez moi avec des mots que je comprends, parce que là je ne comprends pas ce que vous voulez dire ! » voilà. Et du coup ça oblige les gens à réfléchir et faire un temps de silence pour essayer de me réexpliquer les choses (...) et ils se trouvent des solutions eux-mêmes à leurs problèmes en faisant ça. Donc je n'utilise pas*

*vraiment leurs mots mais je les fais eux-mêmes réutiliser leurs mots et définir ce qu'ils veulent dire. »*

*MG 11 : « (...) je fais reformuler les patients. Et il y a un patient très angoissé que j'ai réussi à rassurer juste en reformulant et en comprenant le problème. Je l'ai rassuré, on a trouvé sa solution. Mais il a fallu tout un travail de décodage qui n'était pas évident. Donc à nouveau l'hypnose est la thérapie centrée sur la solution, mais pour y arriver il faut trouver la problématique, les résistances et contourner ces résistances. »*

### **Adaptation au langage du patient**

*MG 2 : « Bien c'est clair que ça m'a appris à m'adapter au langage du patient, à regarder et à écouter les gens, et à parler patient quoi. »*

*MG 4 : « Les patients pour qu'ils adhèrent à un traitement, pour qu'ils comprennent l'importance de faire telle ou telle chose sur leur santé, il faut qu'on puisse leur parler avec un langage qu'ils comprennent, et c'est vrai que l'hypnose c'est un peu un langage universel, et à peu près tous les patients vont être réceptifs aux messages qu'on peut leur passer. »*

### **Une adaptation au patient lui-même et à son monde**

*MG 2 : « (...) je leur demande de faire une histoire avec les portraits chinois, et je m'adapte à leur propre histoire et chez les enfants ça marche très bien ! »*

*MG 10 : « Alors c'est vrai que j'avais déjà notion qu'il y avait le non verbal dans la communication de manière générale, et là je me suis aussi rendue compte qu'il y avait le non verbal et qu'il y avait aussi le verbal. C'est-à-dire qu'effectivement selon les mots que tu pouvais employer, que la vitesse à laquelle tu pouvais les employer, que c'était vraiment perçu de manière différente, que c'était important d'essayer de s'adapter encore plus à la personne en face (...) »*

*MG 12 : « Et l'hypnose ça marche par exemple chez les enfants, très bien sur les vaccins, on leur parle, on rentre dans leur monde et c'est parti, ils ne se rendent compte de rien. »*

## **La puissance, le sens des mots et le pouvoir de la parole**

*MG 5 : « Donc voilà le langage verbal des patients, j'ai un peu souvent tendance à l'interpréter sous l'angle du double langage, ou du deuxième sens, ou du deuxième degré, voilà. »*

*MG 6 : « Et là où c'était puissant, c'est que j'ai eu un mot maladroit, une fois, où j'ai eu la maladresse de lui parler du fait que son fils avait mal au ventre, en disant : « Bon eh bien là par rapport à son ventre... », et là j'ai vu qu'elle repartait tout de suite dans le versant angoisse, il a fallu réajuster un peu. C'est là que j'ai vu que c'était, ouh !!! C'était très puissant l'hypnose à ce moment-là, mais que ça pouvait être aussi délétère si je ne choisissais pas le bon mot au bon moment. »*

*MG 10 : « (...) enfin je me rends plus compte que les mots ont chacun leur sens, et que parfois les gens laissent échapper des choses dans la façon de formuler. Et du coup je vais comprendre beaucoup plus en détail qu'avant, je vais faire beaucoup plus attention (...) »*

*MG 11 : « Mais très clairement ça m'a ouvert au pouvoir de la parole. (...) J'allais vous dire une phrase impromptue : « Au départ était le verbe ». Ça vous parle ? C'est la Genèse ! Ça commence comme ça : « Au départ était le verbe », je trouve ça fabuleux. (...) Partant de là, l'hypnose met en valeur la communication, le pouvoir de la parole que vous n'apprenez pas à la fac mais que vous allez apprendre à travers l'hypnose. »*

*MG 11 : « Le résultat c'est qu'on est détenteur d'un pouvoir énorme qui est celui que les gens nous confèrent. Et vous imaginez ce que vous pouvez faire avec le verbe dans ce cas ! Et vous vous rendez compte que votre parole peut avoir un impact important. »*

## **Les suggestions**

*MG 2 : « Et puis je vais vous dire une chose, moi ma phrase de chevet c'est monsieur Coué qui me l'a apprise, c'est « Tous les jours, à tout point de vue, je vais de mieux en mieux ». Et franchement si vous répétez ça tous les jours, vous allez aller tous les jours de mieux en mieux. Ça c'est une suggestion pure, l'hypnose c'est quand même ça. Donc quand les gens sont réceptifs vous pouvez y aller hein. »*

## L'utilisation des verbes d'action, précurseurs de changements

*MG 2 : Et donc il est allé dans son endroit sécurisé et j'ai fait l'hypnose comme moi je le fais, c'est-à-dire que j'utilise le jeter, le transformer, etc. J'ai programmé une question miracle donc du changement, voilà (...)*

*MG 3 : [En parlant au patient de ses tics] Et si vous avez l'impression d'en faire, si vous en faites, vous avez les moyens de modifier ça, d'arrêter, de diminuer... »*

### 3. Une parole imagée par la métaphore et des mots flous pourvoyeurs d'une pensée plus libre

Les médecins ont tendance à communiquer davantage à l'aide de **métaphores** qu'ils adaptent au monde du patient. Plusieurs d'entre eux utilisent **des mots vagues ou flous** afin de ne pas être trop « restrictifs ».

#### Les métaphores et l'imaginaire

*MG 1 : « (...) mais il y a aussi des métaphores, je raconte beaucoup d'histoires à mes patients que j'invente, ou sur des bases d'autres que je connais bien. Les métaphores sont à la fois inductives et à la fois thérapeutiques, et voilà. »*

*MG 6 : « En fait ce que j'aime avec l'hypnose c'est que ça laisse place à l'imagination, au vocabulaire imagé. En fait je prends ça comme un jeu finalement. »*

*MG 9 : « J'utilise pas mal de métaphores, parce que pour des choses qui nous sont évidentes en médecine, pour les patients ça ne l'est pas du tout. Et avec certaines métaphores, ils comprennent beaucoup mieux, ne serait-ce que la tension artérielle ! On dit tension, ce n'est pas une tension mais une pression ! Et si on utilise la métaphore avec la pompe et les tuyaux, ils comprennent ça ! (Rires) »*

*MG 9 : « Après dans les métaphores vous en utilisez aussi. Par exemple quand vous parlez à un jardinier, vous utilisez des métaphores de jardinerie, vous allez utiliser aussi plusieurs sens, vous allez dire : « Le plaisir de quand vous avez les mains dans la terre... », ce*

*n'est pas que l'image, c'est le toucher aussi ou bien : « Quand vous sentez l'herbe après l'avoir tondue... », c'est vrai que ce sont toutes des choses qui vont donner du sens, et ça s'utilise aussi dans l'hypnose conversationnelle. »*

### **Les mots vagues ou flous**

*MG 2 : Après il faut rester un peu nébuleux des fois en hypnose.*

*MG 6 : « On va dire que j'utilise peut-être aussi les mots un peu vagues, les mots « particulier », « peut-être », j'ai l'impression lorsque je les envoie, que c'est perçu de manière assez forte par les patients. »*

*MG 7 : « Donc les mots « agréables » et ne pas être trop restrictif, c'est à dire utiliser des formules du style « peut-être », ou « cela n'a pas d'importance » pour éviter de rentrer dans des détails et enfermer le patient dans un schéma trop restrictif qu'on aurait imaginé. »*

## **4. Une modulation de la prosodie**

Les médecins ont tendance à moduler davantage **l'intonation de leur voix** qu'ils veulent plus posée, de même pour **le rythme de leurs paroles**, notamment à l'aide de la respiration. Un médecin évoque le fait de parler après une pause respiratoire pour mieux faire passer le message qu'il souhaite délivrer. **L'importance des silences** est mise en avant pour favoriser la réflexion.

### **Le rythme et la tonalité de la voix**

*MG 3 : « Alors je parle normalement très lentement, (ralenti peu à peu son discours) j'essaye si je peux, de poser la voix, de faire des pauses entre les éléments que je veux (silence) faire passer, on va dire. J'essaye de me rythmer un petit peu sur le rythme, et les paroles, et la respiration des gens en face de moi, en partant du principe que là, rien que ça, ça met un petit peu d'aération dans le discours. »*

*MG 3 : « C'est là que ça m'a appris aussi à poser des rythmes, à poser aussi un timbre de voix. »*

MG 6 : « Des phrases positives, un ton peut-être aussi, c'est vrai qu'il y a eu cette manière de poser les mots en fonction de la respiration, et c'est vrai que peut-être que je parle un peu moins, ça m'a appris aussi à écouter un peu plus. »

MG 9 : « Le fait de parler de façon un peu continue avec un son de voix assez soporifique, ça va permettre d'apaiser ses gros pics d'anxiété, de calmer le jeu. »

MG 10 : « Je prête beaucoup plus attention aux mots que j'emploie, à la vitesse à laquelle je les emploie, à la place du silence, à l'attitude que je peux avoir, donc je prête beaucoup plus attention et pour autant ça devient une habitude à laquelle je ne fais plus moi-même attention, ça devient vraiment naturel. »

### **Faire passer des messages en fonction de la respiration**

MG 10 : « On a appris, et ça c'est vrai que je ne le fais pas assez, mais ça m'est arrivé de le faire, que les éléments qui étaient dits juste après une pause respiratoire pouvaient être plus marquants pour la personne, plus retenus, ou en tout cas les influencer si c'est ce qu'on recherche. Enfin, faire passer des messages importants après une pause respiratoire, ce sont des choses auxquelles on n'aurait pas pensé, et puis en fait ce sont des choses qui sont intéressantes à utiliser. »

### **L'importance des silences pour favoriser la réflexion**

MG 4 : « (...) c'est justement poser une question et se taire pour laisser à la personne le temps de réfléchir et puis de savoir attendre. Et ça ce n'était pas forcément quelque chose que je faisais, j'avais tendance à vouloir meubler. Donc maintenant c'est vrai que j'ai plus tendance à laisser les gens réfléchir dans leurs silences et ne pas vouloir absolument meubler (...) »

MG 6 : « C'est varié, moi ça me permet des fois de réfléchir aussi, les patients ça leur permet aussi finalement de trouver le bon mot, pour mettre plus de mots sur leur émotion, leur état d'âme actuel... »

MG 10 : « Parfois il y a des silences qu'il vaut mieux laisser et c'est souvent après ces silences que sortent les éléments importants. Donc je dirais que le silence permet en fait d'enrichir les réflexions du patient. »

## 5. Une autre façon de dialoguer, une communication plus libre

Les médecins semblent favoriser **un discours plus ouvert, plus libre** afin de faciliter l'expression du patient et « **ouvrir le champ des thérapeutiques** ». Certains médecins ont tendance à utiliser également une forme de **distraktion verbale** pour détourner l'attention du patient.

### Ouvrir le discours, un dialogue plus libre

MG 2 : « Et quand on écoute leur histoire c'est formidable, ils écrivent leurs problèmes, ils ont libéré leur parole et c'est pour ça que ça marche bien chez les enfants ! »

MG 7 : « Donc là au contraire voilà c'est ouvrir des portes pour permettre au patient d'exprimer des choses. »

MG 7 : « C'est une autre façon d'aborder les choses, puisqu'en médecine traditionnelle on va dire, il faut être efficace et donc on est beaucoup dans l'interrogatoire avec réponse oui-non, avec des questions fermées donc, et là le but c'est tout à fait l'inverse, c'est ouvrir le dialogue et ouvrir un champ de thérapeutiques sans que ce soit fermé par des questions fermées, quoi. »

MG 9 : « Donc il y a beaucoup d'ouverture hein. Il faut toujours ouvrir, les discours sont très ouverts, ce n'est pas moi qui décide. »

### La distraction

MG 7 : « Eh bien je faisais l'anesthésie locale en disant par exemple : « C'est là que ça va être douloureux après ça va aller mieux... », je mettais un peu d'huile sur le feu (rires) si tu veux. Alors que maintenant je pense que je fais autrement en disant : « On va vous distraire comme ça vous n'allez rien sentir... », donc tu mets le patient en confiance et donc tu as une

vertu thérapeutique et c'est dingue qu'il faille 25 ans de métier pour en arriver à cette conclusion, que c'est mieux de distraire pour ne pas que le patient souffre autant quoi. »

MG 7 : « (...) donc je parle plus dans certains actes alors qu'avant je me taisais. »

MG 12 : « Donc j'utilise beaucoup la distraction avec les enfants. Mais après savoir comment ça a changé dans ma façon d'être, je ne sais pas. »

## C. La formation à l'hypnose : une influence générale dans la pratique du médecin

### 1. Une approche centrée sur les solutions du patient et le travail de l'inconscient

Plusieurs médecins de l'étude voient l'hypnose comme **un outil** pour aider le patient à **trouver comment aller mieux**. Les médecins ont tendance à **travailler avec l'inconscient** des patients pour les aider à résoudre leurs problèmes, à trouver des solutions ; ainsi les messages leurs semblent assimilés différemment par les patients.

#### Comment aller mieux ?

MG 1 : « (...) depuis que j'ai découvert de façon plus profonde ce qu'est l'hypnose, j'oppose vraiment le **POURQUOI** les gens ne vont pas bien, **POURQUOI** les gens sont malades, auquel je trouve que la psychothérapie répond plutôt pas mal et il y a le **COMMENT** je peux aller mieux ? Et c'est pour ça que l'hypnose ne s'intéresse pas au **POURQUOI** mais au **COMMENT** ! »

MG 9 : « Alors ça ne veut pas dire qu'on se guérit de tout, je suis d'accord, ce n'est pas ça qui va les guérir du cancer, mais ça va leur permettre de trouver des outils, du potentiel en eux pour se sentir mieux. Et c'est le but hein, parce que de toute façon en hypnose on ne va pas guérir le cancer, mais par contre leur permettre d'avoir des outils pour se sentir mieux, ça c'est bien. Et ce sont eux qui les trouvent, ce n'est pas quelqu'un qui va leur donner. »



*MG 11 : « Pour définir l'hypnose je dirais aussi l'approche centrée sur la résolution du problème ou plutôt l'approche centrée sur la solution. »*

### **Passer par l'inconscient pour trouver des solutions et aller mieux**

*MG 1 : « C'est stupéfiant, parce que ce n'est pas de la tromperie, parce qu'on ne raconte pas des choses qui sont fausses. Moi j'essaie de leur dire avant, que l'hypnose ce n'est jamais qu'un moyen de faire involontairement les choses qu'on ne sait pas faire volontairement. »*

*MG 5 : « Donc en règle générale je parle peu, parce que j'aime bien utiliser l'hypnose profonde, celle où il n'y a plus rien, l'hypnose des canaux préférentiels et donc j'évite de parler, mais quand je vois un truc qui semble le [patient] chagriner, je lui demande ce qu'il se passe. S'il me répond tant mieux je sais, et s'il ne me répond pas, je vais broder sur le confort pour que l'inconscient fasse ce qu'il faut pour aller mieux... Sauf que je ne parle plus d'inconscient mais d'esprit non conscient. »*

*MG 10 : « Et le troisième mot je dirais ACTIVATION, c'est un peu facile ! Dans le sens où, en fait, on fait finalement travailler l'inconscient des gens et on fait travailler cet inconscient qu'on n'utilise pas habituellement dans nos consultations, ou même dans notre vie de tous les jours, et là en fait on va activer des choses beaucoup plus lointaines, sous-jacentes, cachées... Voilà. »*

## **2. Le patient acteur de sa santé**

Avec l'hypnose, les médecins ont tendance à accorder **une autonomie plus importante au patient** en tant qu'**acteur de sa santé**. Pour cela les **ressources et potentialités** de ce dernier sont valorisées et mises à profit. Certains médecins évoquent la notion de **lâcher-prise**.

### **Le patient acteur de sa santé, une autonomie valorisée**

*MG 4 : « Et en fait ce langage-là, de leur faire un peu réfléchir sur leurs problèmes et de trouver la solution eux-mêmes je trouve que ça va très très vite, c'est de la thérapie brève. Et*

*dans la thérapie brève on utilise vraiment « le parler hypnotique » et donc ils se font leur thérapie tous seuls et de façon très rapide quoi ! »*

*MG 9 : « Donc moi je leur dis que l'acteur principal c'est eux et ça je pense que c'est quelque chose que m'a apporté l'hypnose aussi, de bien leur faire comprendre que ce sont eux qui font le boulot et qu'on ne va pas leur donner toutes les clés en main. Parce que de temps en temps quand même ils aimeraient bien. »*

*MG 11 : « (...) c'est ce qui m'a semblé passionnant en hypnose, c'est que les patients sont acteurs de leur santé. Nous on les aide à lever les blocages là où ils existent, on leur ouvre des portes. On s'appuie sur les résistances pour amorcer quelque chose mais après ce sont eux qui trouvent des solutions, ce sont eux les acteurs. »*

### **Les potentialités et ressources du patient**

*MG 10 : « Des techniques d'autohypnose voilà. Oui il me semble que c'est une des choses intéressantes en hypnose, c'est rendre le patient acteur puisque s'il est bon acteur, il pourra bien s'en sortir. Donc apprendre au patient à être son propre acteur et découvrir ses propres potentialités pour justement l'aider à se soigner lui-même. »*

### **Le lâcher-prise**

*MG 6 : « C'est ce que j'aime aussi là-dedans, c'est qu'on n'est plus dans le modèle paternaliste de la médecine, c'est qu'on est dans une relation de soin où les gens sont acteurs. Je crois que c'est ça que les gens aiment, c'est que ça permet un certain lâcher-prise et en même temps ils sont là tout le temps. »*

## **3. L'hypnose un outil pour faciliter le lien au patient**

Avec leur formation à l'hypnose des médecins disent avoir découvert un outil permettant de **créer du lien** avec le patient et de **faciliter la communication**. Ils disent avoir plus d'aisance à **accéder au patient** en se servant de **leurs résistances** qu'ils contournent afin **de mieux les accompagner**.

## **Un outil pour créer du lien et faciliter la communication**

*MG 3 : « Et voilà, c'est ça que j'essaye de mettre dedans. Qu'il y ait vraiment une impression que c'est [l'hypnose] tout à fait individualisé, personnel, ciblé et que vraiment voilà, la relation c'est vraiment une relation intime et personnelle. »*

*MG 3 : « Euh je pense qu'elle s'inscrit tout à fait dans la relation médecin malade par rapport à la communication. Enfin moi ce que je comprends de l'hypnose, pour l'instant c'est surtout un outil de communication INCOMMENSURABLE, qu'on n'a jamais appris comme ça auparavant.*

*MG 4 : « Je me suis aperçue qu'il y a plein de choses qu'on disait, qui pouvaient avoir une mauvaise influence sur les gens, et qui n'étaient pas toujours très positives, et du coup ça a expliqué des fois qu'on n'arrive pas bien à communiquer avec les gens, qu'on n'arrive pas à leur faire bien passer le message comme on voulait. Donc voilà ça permet de faciliter la communication, je trouve que la communication est plus facile. »*

*MG 9 : « Je dirais que c'est un merveilleux outil pour apprendre à créer du lien. »*

## **Se servir des résistances du patient**

*MG 11 : « On est dans la communication paradoxale oui. Et ce que m'a appris l'hypnose, c'est comment utiliser les résistances comme quelque chose sur lequel s'appuyer. Et du coup ça change la relation avec les gens, c'est-à-dire qu'on ne va plus être en conflit sur des résistances à ce que je propose, mais je vais plutôt me servir des résistances pour les accompagner. »*

*MG 11 : « (...) ce qui a beaucoup changé c'est que je suis beaucoup moins dans le fait de vouloir guérir. Au contraire je suis beaucoup plus dans le fait d'accompagner. Je suis plus à l'aguet des résistances et de l'utilisation des résistances. »*

## Accompagner le patient

*MG 1 : « Et je trouve que ça c'est bien, par ce que ce sont des manières particulières de créer un climat particulier, et ça marche ! Il y a parfois je suis même étonné parce que j'ai une idée de ce que je veux faire et puis brusquement les choses tournent autrement et je me fais avoir à mon propre jeu et je les suis quoi, parce que je crois que c'est un peu comme l'esprit FUN, c'est-à-dire qu'il faut surfer, il ne faut pas se heurter et c'est une espèce d'accompagnement. »*

### 4. Un changement de regard par le médecin

La plupart des médecins interrogés mettent en exergue la sensation de concrétisation et de **validation de phénomènes déjà pratiqués avant leur formation**, et donc le caractère **naturel de l'hypnose**. Il en découle **une modification de leur vision du soin et de la relation au patient**. Ils ressentent également une **modification de leurs prescriptions médicamenteuses** depuis leur formation à l'hypnose.

### Un phénomène naturel et déjà pratiqué sans le savoir

*MG 1 : « Ça a mis en lumière des sensations, des impressions que j'avais avant. »*

*MG 1 : « (...) je me suis aperçu que depuis 10 - 15 ans je faisais de l'hypnose conversationnelle sans le savoir, par ce qu'il y a une grosse différence entre celle-ci et l'hypnose formelle, comme certains font de la prose sans le savoir. »*

*MG 3 : « Ça a conceptualisé des choses qui étaient en partie intuitives (...) »*

### Une conception du soin différente et une ouverture sur l'inconnu

*MG 4 : « Bien je dirais que l'hypnose ça m'a changé et mes pratiques professionnelles et dans mon quotidien. Ça change vraiment la vision des choses et maintenant je vois de l'hypnose partout par contre, on en voit partout une fois qu'on a compris ce que c'était, et c'est vraiment côté professionnel un outil fabuleux voilà !*

MG 7 : « Voilà donc au lieu de se concentrer sur ce qu'on connaît, c'est donner un champ à l'infini, à des choses qu'on ne connaît pas. »

MG 10 : « C'est ça, oui c'était d'aborder les patients d'une manière différente et puis j'ai trouvé que ça permettait aussi d'avoir des choses qui étaient beaucoup plus libres, beaucoup moins cartésiennes finalement qui nous évitaient ce côté peut-être un peu routinier de la médecine et qui nous permettaient d'élargir nos compétences. »

MG 11 : « Et vous avez une notion d'échec quand vous ne guérissez pas. L'hypnose permet de sortir de cette notion d'échec. Ça c'est hyper important, parce que de toute façon vous n'allez pas guérir, vous allez accompagner. Il n'y aura pas d'échec, il y aura un chemin commun plus ou moins chaotique, mais il n'y aura pas d'échec. »

### Une modification des prescriptions médicamenteuses

MG 1 : « Alors oui ça change, disons qu'il y a des fois où je donnerais moins d'anxiolytiques, ça c'est clair, ou moins de somnifères. Sur les insomnies ça marche bien aussi. »

MG 2 : « Attention on n'arrête rien, hein ! On est d'accord, le cancer on traite avec les traitements reconnus, pas avec l'hypnose. Mais diminuer les traitements de la douleur, diminuer les traitements antidépresseurs, ne plus prendre de somnifères, ne plus prendre d'anxiolytiques, pour moi c'était fondamental ! Voilà. »

## 5. Un nouvel outil dans l'arsenal thérapeutique

La formation à l'hypnose semble avoir permis à la plupart des médecins interrogés de **se protéger de l'épuisement professionnel en mettant de la distance, d'apaiser leur relation aux patients et d'ouvrir leurs possibilités thérapeutiques.** Pour plusieurs d'entre eux, l'hypnose est un **outil complémentaire dont les résultats sont rapidement concrets** et permettent de répondre aux multiples demandes inhérentes à l'exercice de la médecine générale.

## **Se protéger de l'épuisement professionnel, apaiser les relations**

*MG 5 : « Parce que le processus dissociatif est un processus de sauvegarde et de récupération, et que c'est la seule possibilité que l'on ait, facile à aborder et gratuite, de se faire du bien tranquillement, d'évacuer toute la souffrance que notre empathie liée à nos neurones miroirs nous fait accumuler au fil de nos consultations. »*

*MG 6 : « Les perspectives de pouvoir transformer finalement une relation, de rendre les consultations plus apaisées, ça aide beaucoup.*

*MG 9 : « C'est pareil c'est pour ça que c'est une façon de se protéger, parce que quand on est épuisé on n'arrive plus à gérer. C'est d'arriver à respirer, à reprendre un peu de sérénité, je fais un peu d'autohypnose et c'est quelque chose qui est apaisant, qui fait du bien ! Et puis je crois que c'est vraiment aussi de permettre de se dire : « Ce n'est pas sur moi qu'il est en train de déverser tout ça, je ne suis pas en train de couler, je suis juste en train d'être en lien... », donc c'est plus facile de donner la main à quelqu'un, de le faire avancer, que de l'avoir sur son dos quoi ! »*

*MG 10 : « Déjà de savoir faire la différence entre ce qui pouvait être le miroir de la personne en face et nos propres sentiments, déjà ça permet de prendre de la distance, de se protéger (...) »*

## **Elargir le champ des thérapeutiques**

*MG 4 : « Voilà en fait m'aider moi en tant que médecin à proposer à mes patients autre chose que de la médecine traditionnelle quand ça ne marche pas. Ou pour essayer de les aider le plus possible, et puis du coup m'aider moi aussi à avoir une réponse à leur proposer, un peu différente de ce qu'ils connaissent actuellement, habituellement, avec des traitements de médecine classique. »*

*MG 6 : « On baigne dans des consultations où on doit faire le psychologue, où on a des choses à gérer qui ne relèvent pas du tout du domaine médical, et c'est vrai que finalement ça m'a ouvert un autre champ thérapeutique et je présente vraiment ça à mes patients comme*

*moi je le perçois maintenant, comme un outil supplémentaire dans ma mallette de médecin généraliste, mais qui moi m'aide beaucoup aussi sur le plan personnel. »*

### **Un outil parmi d'autres**

*MG 6 : « Je dirais que j'ai mon stéthoscope, mon tampon de docteur et puis près de l'otoscope, il y a un petit coin où j'ai l'hypnose. »*

*MG 12 : « Et les patients qu'on a depuis fort longtemps on se dit que ce serait pas mal de débloquer des choses. C'est une technique qui permet de voir autre chose et de faire différemment. C'est un outil du quotidien comme le reste. C'est un outil thérapeutique, pas un outil diagnostic, mais s'en est un comme peut-être pour ceux qui font de l'acupuncture, ou autre. »*

### **Des résultats rapides et concrets**

*MG 4 : « Et en fait ce langage-là, de leur faire un peu réfléchir sur leurs problèmes et de trouver la solution eux-mêmes je trouve que ça va très très vite, c'est de la thérapie brève. Et dans la thérapie brève on utilise vraiment « le parler hypnotique » et donc ils se font leur thérapie tous seuls et de façon très rapide quoi ! »*

*MG 6 : « C'est quand même vraiment fort et assez valorisant. Il n'y a pas beaucoup de consultations finalement où on a tout de suite un bénéfice concret. »*

# DISCUSSION

## I. Discussion de la méthode

### A. Forces de l'étude

Plusieurs travaux de recherche se sont intéressés aux apports de l'hypnose dans la pratique médicale. Notre travail présente la singularité d'explorer l'apport de la formation à l'hypnose concernant les deux pans de la communication que constituent les langages du corps et de la parole. L'originalité de cette étude repose sur notre volonté d'approfondir de manière concrète en quoi la formation à l'hypnose modifie le rapport au corps en médecine, ainsi que le rapport au langage verbal et paraverbal.

Réaliser ce travail en binôme nous a permis d'étudier deux populations : des médecins généralistes libéraux aux profils différents ainsi que des médecins hospitaliers aux spécialités variées. De plus chacune de ces deux populations présentait une hétérogénéité concernant l'âge et l'ancienneté de formation à l'hypnose. Par ailleurs, une relative parité des sexes est retrouvée. Nous avons donc essayé d'obtenir deux populations hétéroclites.

La durée suffisamment longue de nos entretiens a permis de créer un espace de liberté de parole à nos interlocuteurs.

Chaque entretien a été strictement retranscrit afin de garantir l'authenticité des données. La double analyse de ces dernières nous a permis d'amoindrir le biais de subjectivité relatif au travail qualitatif, et de tempérer la tendance naturelle à interpréter en faveur de nos représentations initiales. La triangulation des données, des ressources bibliographiques, et des résultats, que nous avons effectuée ensemble, a renforcé la validité interne et donc augmenté la puissance de notre étude. Chaque détail de notre thèse a été communément pensé et notre partenariat constant nous a permis d'enrichir notre réflexion.



## B. Limites de l'étude

Le recrutement des participants peut soulever la question du biais de sélection.

L'échantillonnage des médecins hospitaliers s'est effectué par « le bouche à oreille » et son « effet boule de neige » (45). Ce processus s'est fait naturellement via différentes sources (internes en médecine, patients, entourage de l'enquêtrice...) n'ayant pour la plupart pas de lien entre elles. De ceci a découlé un échantillon de médecins issus de diverses formations à l'hypnose et exerçant dans différentes villes de la région Rhône-Alpes.

Quatre des médecins généralistes ont été recrutés par ce même « effet boule de neige ». Les autres étaient issus d'un mode de recrutement différent via l'URPS et le département de médecine générale. Ceci a permis de pallier en partie au biais de sélection, en obtenant un échantillon de médecins répartis sur toute la région, et de formations à l'hypnose différentes.

Nous nous sommes donc toutes deux attelées à réaliser un « échantillonnage raisonné » visant des participants que nous avons considérés comme « typiques de la population cible ».

La taille limitée de nos échantillons (12 entretiens chacune) a restreint leur représentativité. Toutefois les entretiens se sont poursuivis jusqu'à obtenir la redondance des occurrences, à défaut de ne pouvoir obtenir une véritable saturation des données. Ce choix s'est fait en cohérence avec la méthodologie qualitative et les contraintes temporelles propres à la rédaction d'un travail de thèse de médecine.

Un biais inévitable de méthode était lié à notre inexpérience en termes de conduite des entretiens. Toutefois le travail de réajustement des questions, au fil du temps, nous a permis de mieux nous centrer sur le sujet et de recadrer les participants.

Malgré un souci constant de neutralité dans la conduite de nos entretiens, un biais d'interview a pu persister, suscité par notre intérêt vis-à-vis de certaines idées. Avoir nous même été formées à l'hypnose pouvait nous mettre en position d'attentes particulières dans les réponses des participants. Pour y pallier, chacune d'entre nous a essayé de porter un regard critique à ce sujet sur les premiers entretiens de l'autre, afin d'échanger et de gagner en neutralité au fur et à mesure de l'avancée du travail.

## II. Discussion des résultats

Notre travail visait à explorer les changements ressentis par les médecins suite à leur formation à l'hypnose, concernant leur rapport au corps ainsi que leur rapport aux mots et à la parole, dans le cadre de leur pratique médicale.

Nous avons constaté que les résultats de nos deux échantillons de médecins étudiés se rejoignaient sur de nombreux points, que nous allons développer. Ainsi nous avons pris le parti de réaliser ensemble l'intégralité de ce travail d'analyse.

Nous aborderons également les quelques particularités relevées selon la spécialité exercée par le praticien, nous semblant intéressantes.

### A. Evolution du rapport au corps

#### Sensibilisation au langage du corps

Les médecins interrogés ont le sentiment d'avoir développé **plus d'attention à leur propre langage corporel ainsi qu'à celui du patient.**

La formation à l'hypnose porte le médecin à prendre davantage conscience de l'impact de sa propre gestuelle et de sa propre posture dans le cadre de la communication avec le patient. Elle le sensibilise en effet au langage de son propre corps et au ressenti que celui-ci peut susciter chez le patient.

Par exemple, la simple manière de s'asseoir par rapport au patient peut influencer l'écoute et l'ouverture de ce dernier. En effet, en se plaçant « confortablement » sur sa chaise, le médecin sera alors plus disponible au patient, qui le ressentira. De même, cette disponibilité physique et psychique peut être favorisée chez le patient en l'invitant tout simplement à s'asseoir « confortablement ». « *Une position assise convenable est donc une vigilance tranquille et attentive* », écrit François Roustang, pour qui « être convenablement assis » est un élément très important de la thérapie (46).

**Le rôle du regard** a aussi été souligné. A l'heure du développement de l'informatique et des dossiers numérisés, le médecin peut avoir tendance à négliger l'importance du regard dans son contact avec le patient au cours d'une consultation. Une étude américaine menée par E. Montague et al, publiée en 2014 dans le *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, illustre combien le regard du médecin peut être accaparé par l'écran de son ordinateur (47). L'équipe a suivi 8 médecins de famille au cours de 80 consultations, dont la moitié avait comme support des dossiers informatisés et l'autre des dossiers papiers. Le regard du médecin se portait durant 35.2% du temps de la consultation sur son écran contre 22.1% sur le dossier papier dans l'autre groupe. Les auteurs concluent que la capacité d'attention des médecins ainsi que la communication peuvent se trouver affectées par la place qu'occupent les écrans, en perdant des informations apportées par les signes non verbaux du patient.

Regarder le patient est aussi pour le médecin une façon de signer son écoute et sa disponibilité.

En outre, **la congruence entre le langage verbal et non verbal** est importante. Elle accentue l'authenticité du message transmis. Lorsque par exemple le médecin énonce au patient : « Je vous écoute », s'il lui porte son regard et adopte une posture corporelle ouverte, celui-ci se sentira d'avantage écouté que si le soignant dit cette même phrase en dactylographiant sur son ordinateur. Ces éléments de congruence entre le verbal et non verbal du médecin « *contribuent à l'écoute active et augmentent notablement l'efficacité et la facilité de la communication* » (28).

En somme, les médecins interrogés ont souligné dans quelle mesure leur formation à l'hypnose les a menés à développer une attention particulière à leur propre langage corporel dans le cadre de la communication avec le patient. « (...) *dès les premières secondes, dès les premiers instants, et ça on l'apprend aussi en hypnose, se joue déjà une majeure partie de l'alliance thérapeutique. Ne serait-ce que la manière dont vous allez chercher le patient dans la salle d'attente, dont vous lui serrez la main, ou sur les premiers échanges, il y a déjà énormément de choses qui se passent à ce moment-là.* », nous livre l'un des médecins.

Il existe une tendance générale des médecins interrogés à constater que la formation à l'hypnose les a menés à **une meilleure lecture et compréhension du langage non verbal du patient**. Ils s'accordent à dire qu'elle permet de développer cette capacité d'analyse déjà

intuitée avant la formation : « (...) c'est vrai que ça vous sensibilise encore plus, je pense », « Par ma formation à l'hypnose je décède peut-être plus de choses, je suis plus attentif aux gestes ». Certains ont également évoqué une meilleure lecture de certains symptômes, de l'impression générale dégagée par le patient, et de ce que traduisent sa gestuelle, sa posture et l'expression de son visage. « Lorsque deux êtres se rencontrent (...) un très grand nombre d'informations seront instantanément perçues et décodées, généralement sans passer par la mise en forme de mots (...) », écrit le professeur en psychologie Anne Ancelin Schützenberger dans son ouvrage *La langue secrète du corps* (48).

La formation à l'hypnose peut mener à prendre conscience de tous ces éléments souvent perçus de manière instinctive, car l'un des principes importants de l'hypnose thérapeutique repose sur **l'observation du patient**. Lors de l'apprentissage d'une séance d'hypnose, le praticien se pose tout d'abord face à son interlocuteur, ce qui le rend plus disponible pour le regarder. Puis il doit s'attacher à l'observer minutieusement afin de pouvoir se mettre en phase avec ce dernier particulièrement par le corps (gestes, respiration, rythme...). Erickson notamment, lors de ses conférences, avait le souci permanent d'enseigner à ses étudiants l'importance d'observer chaque détail physique et comportemental du patient.

La médecine, de manière générale, repose en grande partie sur l'observation du patient, et développer cette faculté peut être porteuse à différents niveaux. Sur le plan sémiologique, ceci peut faciliter la lecture de certains symptômes, sur le plan relationnel, cela peut aider le médecin à mieux cerner les réactions non verbales ainsi que les émotions du patient. Le médecin pourra dès lors adapter sa propre attitude en fonction de ces éléments observés. Les praticiens de notre étude évoquent aussi une sensibilisation à l'analyse des changements corporels du patient dans l'évolution de sa pathologie. « On va s'adapter, observer et puis dans l'observation vous allez voir aussi les changements. », « Quand vous avez des gens déprimés vous allez voir comment ils vont évoluer au fil du temps et vous voyez le changement au niveau du visage, de son expression (...) vous avez les épaules qui sont moins tombantes, vous voyez qu'ils sont moins assis au bord du siège tout recroquevillés (...) donc oui l'observation est vraiment devenue importante », développe l'un d'entre eux.

**Les signes physiques de transe hypnotique** sont évoqués par plusieurs médecins en tant qu'indicateurs de la réceptivité du patient. On compte parmi eux un ralentissement de la fréquence respiratoire, un relâchement du tonus musculaire, des mouvements automatiques des doigts par exemple, des mouvements de déglutition (6), un frémissement des paupières, voir des larmes etc. Un médecin a fait allusion à l'importance de laisser le patient profiter de ce qu'il se passe dans son corps lors de la séance, « *il faut laisser couler les larmes et ces manifestations d'activation* », dit-il.

### **Le toucher**

Au-delà du contact physique nécessaire à l'examen clinique par le somaticien, **le rapport au toucher, dans sa dimension relationnelle avec le patient**, peut évoluer grâce à la formation à l'hypnose.

L'un des médecins rapporte avoir pris conscience que les messages passaient mieux lorsqu'un contact physique y était associé. Un autre ressent à présent plus d'aisance dans l'accueil des patients, en posant par exemple une main sur leur bras ou leur épaule. D'autres constatent **le pouvoir apaisant du toucher**, notamment parfois face à des patients un peu agressifs.

Le toucher ne fait pourtant pas fondamentalement partie des enseignements véhiculés par l'hypnose, hormis peut-être lors de certaines inductions. Nous pouvons néanmoins supposer que cette aisance acquise dans le contact physique pourrait provenir de cette sensibilisation au langage du corps, que nous avons développée plus haut.

La médecine occidentale attribue généralement un rôle « technique » au toucher, souvent restreint au cadre de l'examen somatique. Toutefois elle s'ouvre de plus en plus à d'autres concepts, tels que ceux de l'haptonomie, de la médecine chinoise, du toucher empathique, etc. Le « toucher thérapeutique » développé par la médecine chinoise vise à rétablir l'équilibre énergétique du corps. Le contact direct par le massage ou indirect via des mouvements corporels agissent sur le « qi » circulant dans le corps, considéré comme énergie vitale (49). Des recherches psycho-endocrinologiques ont exploré certains effets du toucher, en s'intéressant à une hormone nommée ocytocine. Cette molécule est également un neurotransmetteur, et intervient donc dans la communication inter-neuronale. Parfois

nommée « hormone de l'amour » ou du lien (50), elle est impliquée dans le processus d'attachement, de confiance en soi, et dans les relations sociales (51). Une étude pilote belge menée chez des hommes de 20 à 30 ans et publiée en 2006 conclue que les massages induisent une élévation du taux sanguin d'ocytocine, avec baisse concomitante du cortisol (hormone du stress) (52). Le toucher peut donc être vecteur d'apaisement dans certaines situations.

### Sensorialité et conscience du corps

L'hypnose permet de **se « connecter » au patient via le système sensoriel**, et d'ouvrir ainsi un autre champ de communication. Le médecin lui-même se place dans une disponibilité particulière. L'hypnose enseigne aussi au praticien à guider le patient vers une redécouverte de ses sens et donc **une écoute différente de son propre corps**.

*« (...) les émotions naissent dans le corps, donc il est important de passer par le corps [lors des inductions hypnotiques] pour désamorcer toutes les émotions »,* nous livre l'un des médecins questionnés. Ceci fait écho avec les propos d'un autre praticien de notre étude qui évoque l'influence de la formation à l'hypnose sur sa manière de mener le patient à travailler sur ses émotions, telles que l'angoisse, la colère ou la tristesse. En prenant **conscience des sensations que les émotions induisent dans son corps**, le patient pourra plus facilement les transformer car elles seront alors plus palpables.

L'apprentissage du **recentrage sur la respiration** a souvent été évoqué, permettant au médecin lui-même d'apprendre (ou réapprendre) à se « poser ». Fort de cet enseignement, le médecin peut également mener le patient à reprendre conscience de sa propre respiration dans une dimension apaisante. En effet, l'hypnose, tout comme le yoga, la méditation ou la sophrologie, se base grandement sur la respiration notamment dans le processus d'induction hypnotique.

Il apparaît par ailleurs qu'expliquer au patient le fonctionnement physiologique de son corps peut l'aider à percevoir différemment son symptôme. Dans les troubles fonctionnels

intestinaux par exemple, cela peut aider à se réapproprier les sensations physiologiques de sa digestion. En outre, plusieurs études ont prouvé l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable (53) (54).

Le repérage des **canaux sensoriels** préférentiels du patient est un élément repris par plusieurs médecins de notre étude. Il s'agit de repérer dans le vocabulaire, la gestuelle et les mouvements faciaux du patient, les éléments qui indiquent sa tendance à être plutôt sensible au canal Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, ou Gustatif, au sein de notre appareil sensoriel nommé le « **VAKOG** » (28).

Lorsque l'on pose une question vague à un individu, un regard porté vers le haut signe une sensibilité visuelle, vers le côté, il évoque une préférence auditive, et vers le bas une tendance plutôt kinesthésique (27). Le langage verbal complète ces indices d'orientation sensorielle, si l'on porte attention aux expressions du patient telles que : « je vois tout à fait », « c'est très clair », qui relatent le canal visuel, ou « j'entends votre point de vue » relatif au canal auditif, ou « cela me laisse un goût amer », propre au canal gustatif, etc. Par cela, le médecin peut alors adapter son langage au canal sensoriel repéré, ce qui facilitera la réceptivité du patient à ses paroles.

L'hypnose semble donc permettre une disponibilité particulière du médecin mais aussi du patient.

### **Une connexion soignant patient : notion de neurones miroirs et d'harmonisation**

La formation à l'hypnose apprend au praticien à adopter une **attitude en miroir du patient**, par la gestuelle, la posture et la respiration. Il s'agit du **phénomène « d'harmonisation »**, principe fondamental de l'hypnose, mentionné par la quasi-totalité des médecins interrogés. Cette harmonisation se base sur le **système des neurones miroirs**, notion développée dans la partie « contexte » de notre travail.

Il ressort de nos entretiens qu'**adopter une gestuelle en miroir du patient**, sans pour autant « le singer », permet de se mettre plus facilement en relation avec lui. Par cette attitude physique du médecin, le cerveau du patient recevra en quelque sorte un signal lui faisant

ressentir que celui-ci l'écoute et le « comprend », via l'activation des neurones miroirs qui participent entre autres au phénomène d'empathie. Il s'agit en somme de **se « mettre en phase » avec le patient** (22). De plus, certains médecins de notre étude ont noté que cette démarche favorise une attention particulière à se placer au quotidien « à la même hauteur » que le patient, voire même en « position basse ». Ainsi, le fait de s'asseoir si le patient est assis, de placer son regard à la même hauteur que le malade s'il est alité, permet de **réinstaurer un équilibre dans l'échange** au sein de la relation médecin-malade, parfois trop asymétrique. Les médecins interrogés relèvent l'intérêt particulier de travailler sur cette harmonisation en pédiatrie, car cela facilite le lien avec l'enfant.

Des médecins ont comparé cette harmonisation avec le patient à « une danse à deux ». Dans son ouvrage *Faites Danser votre Cerveau!*, la neurobiologiste Lucy Vincent décrit la danse comme vectrice de liens sociaux et ajoute que « *la danse fournit un bon moyen pour aider le corps à parler au cerveau* » (55).

La connaissance par le médecin de l'existence des neurones miroirs peut être également une aide à la compréhension de certains phénomènes ressentis dans son propre corps. L'un des praticiens explique qu'il a ainsi réalisé combien l'écoute de son corps pouvait le renseigner sur l'état du patient. Il a à présent conscience que, par exemple, une petite larme au coin de son œil, un ressenti physique, peuvent tout simplement traduire l'état émotionnel du patient face à lui, via le système des neurones miroirs. « *Tout se passe comme si l'intention d'autrui habitait mon corps ou comme si mes intentions habitaient le sien* » écrit Merleau-Ponty à propos de la communication interhumaine et de la compréhension des gestes d'autrui (56).

**Se synchroniser avec la respiration** du patient est un élément important dans le phénomène d'harmonisation. Tout d'abord cela permet de se mettre en phase avec le rythme interne du patient. Pour mener à l'apaisement, le médecin peut éventuellement dans un second temps aider le patient à ralentir sa propre fréquence respiratoire. Par l'activation réponse des neurones miroirs, le patient suivra à son tour le rythme du médecin de manière inconsciente. La notion de « *spacing* » est également enseignée par l'hypnose. Elle réside dans l'idée de parler sur les temps expiratoires de l'interlocuteur, ce qui permet de mieux accompagner le patient (27) (57), mieux s'harmoniser. Ceci donnerait plus d'impact aux mots énoncés. De nombreux médecins de notre étude rapportent mettre en pratique ce *spacing*.



## Influence sur la façon de concevoir le lien corps-esprit

Le principe même de l'hypnose repose sur la conception d'une **unité corps-esprit**, en conférant au psychisme la capacité d'agir sur le corps et réciproquement. Le processus hypnotique permet de mobiliser des ressources inconscientes, qui échappent donc parfois à la pensée rationnelle.

Tentons tout d'abord d'éclaircir **les notions de « conscient » et « inconscient »**.

Pour expliquer la conscience, Stanislas Dehaene clarifie ce terme en le restreignant à **« l'accès à la conscience »**, qu'il définit par *« le fait d'amener une information au premier plan de notre pensée, de sorte qu'elle devienne un objet mental conscient que nous « gardons en tête » »*. Il **différencie la « conscience » de « l'attention »**, en définissant cette dernière comme étant la *« focalisation de nos ressources mentales sur un objet particulier »*. Dans son ouvrage *Le code de la conscience*, il décrit « l'attention » comme étant un processus inconscient qui agit comme un filtre indispensable à la sélection des informations qui « méritent d'accéder à la conscience ». En effet, ses recherches en neurosciences ont montré que l'accès d'une information à la conscience fonctionne comme un « goulot d'étranglement », dans lequel une seule information ne peut accéder à la fois. Ses études sur la recherche des signatures électrophysiologiques de la conscience ont permis de mettre en évidence une activité neuronale amplifiée, un embrasement cortical, lors de l'accès d'une information à la conscience. Or le cerveau humain conscient ne peut pas connaître deux embrasements simultanément. Il existe une période réfractaire de 300 millisecondes, d'où le fait de ne pouvoir être conscient que d'une seule information à la fois (58).

**Le processus inconscient**, selon Dehaene, a quant à lui la capacité de percevoir et traiter une multitude d'informations en même temps, dans leur globalité. L'un des crédos de Milton Erikson était : *« Faites confiance à votre inconscient »*. Pour ce dernier *« l'inconscient est encore le plus grand réservoir de sagesse en comparaison avec l'esprit conscient »* (3), c'est-à-dire un puits de ressources mobilisables, notamment lors du processus hypnotique. Ce processus va de pair avec un « lâcher-prise » permettant de se libérer de certaines limites imposées par le conscient.

Il est d'usage d'associer hypnose et accès à l'inconscient. La façon de concevoir l'hypnose selon François Roustang comme « *une vigilance accrue capable de prendre en compte la totalité des paramètres de l'existence, sorte de vigilance généralisée qui englobe et dépasse la vigilance restreinte, celle que nous connaissons dans la vie quotidienne* », peut faire écho avec la définition de l'inconscient selon Dehaene, bien que l'on relève des différences. D'une part, Stanislas Dehaene définit la vigilance comme un « *degré d'activité des réseaux cortico-thalamiques qui sous-tendent l'état de conscience* » (58). D'autre part, François Roustang précise que cette « vigilance généralisée » propre à l'expérience hypnotique n'est pas seulement une « vision globale » en bloc de l'existence, mais plutôt une « perception holiste » d'un ensemble dont toutes les composantes sont liées « par des mouvements réciproques » en interaction constante. Cette disposition particulière décrite par Roustang est en quelque sorte une manière de voir le monde, qui permet une certaine « souplesse » menant à mieux nous adapter à notre environnement en nous affranchissant de nos idées préconçues (46).

Actuellement l'hypnose a tendance à être nommée « Technique d'Activation de la Conscience » ou « Technique d'orientation de l'Attention et de la Conscience » (TAC).

Peut-être pouvons-nous conclure, en croisant ces différents points de vue collectés lors de nos recherches, que le processus hypnotique serait :

- d'une part, une façon d'accéder à cette « vision holiste de l'existence » décrite par Roustang
- d'autre part une disposition particulière à mobiliser ses propres capacités et ressources internes, comme le dit Erickson.
- et enfin, une modulation de la focalisation de l'attention permettant de changer certaines perceptions physiques et émotionnelles, par un mécanisme de connectivités fonctionnelles cérébrales, comme le suggèrent les études d'imagerie fonctionnelle.

Enfin, un point important précisé par Erickson : « L'hypnose en soi ne fait rien, mais elle vous donne un climat favorable pour travailler » (59). Dans la continuité de l'hypnose éricksonienne, le docteur Bellet souligne que cet outil « reste inerte s'il dort dans sa boîte ». Il définit l'hypnose comme « *un mode de pensée (...) une façon de percevoir le monde* » (60).

Pour en revenir à notre étude, il est intéressant de noter que les médecins interrogés ont fait référence à l'inconscient de façon directe ou indirecte, et ont parfois utilisé d'autres termes pour définir le processus hypnotique, tel que par exemple un accès à « un cerveau plus archaïque ».

Les médecins interrogés s'accordent à dire que la formation à l'hypnose les a menés à considérer davantage le lien entre le corps et l'esprit, notamment **l'influence de l'esprit sur le corps, ainsi que les possibilités d'accès à l'esprit en passant par le corps**. « *Quand l'esprit n'est plus accessible, l'hypnose c'est un super moyen de passer par le corps, quand l'esprit ne peut plus écouter* », exprime l'un des médecins. Plusieurs praticiens interrogés disent par ailleurs avoir pris conscience de la capacité de l'esprit à moduler certains symptômes, comme la douleur par exemple. L'hypnose leur a enseigné l'intérêt d'une **réorientation de l'attention**, dans le but de détourner l'esprit du patient du stimulus nociceptif ; c'est à dire comme le dit Erickson : « *retirer l'attention de votre patient, de la réalité concrète de l'état de douleur* » (3), en la redirigeant vers un souvenir d'apprentissage ou une expérience confortable. Cependant, Erickson défendait l'importance, dans un premier temps, de reconnaître et d'écouter le symptôme du patient, avant de commencer le processus de détournement de l'attention.

Le docteur Patrick Bellet caractérise **l'analgésie hypnotique** en ces termes : « *L'hypnose permet de protéger le corps dans son ensemble en attirant l'attention du sujet sur un domaine, en l'y concentrant de telle manière qu'il devienne indifférent à ce qui se passe pour lui dans le lieu où il se trouve* » (60). Précisons que l'hypnose ne rend pas le sujet réellement indifférent à son environnement, mais son attention à certains éléments est amoindrie au profit d'autres sensations. « *Nous pouvons également compter sur le détournement de l'attention : comme le savent des magiciens, même un geste évident peut devenir parfaitement invisible pour peu que l'attention du spectateur soit distraite* », écrit Stanislas Dehaene au sujet de l'accès à la conscience (58).

Certains médecins ont utilisé le terme « **dissociation** » du corps et de l'esprit dans le cadre de la prise en charge de la douleur, notion développée par Erickson lors de ses conférences sur l'analgésie hypnotique. Ce terme peut être discuté. Nous pouvons considérer qu'il s'agirait plutôt d'une orientation de l'attention du patient sur d'autres sensations corporelles, faisant

appel aux ressources puisées dans ses souvenirs et son imagination, plutôt qu'une véritable « dissociation » entre le corps et l'esprit. En cela le corps et l'esprit ne seraient donc pas à proprement parler « dissociés » lors du processus hypnotique, mais une **modification des perceptions** serait mise en jeu.

L'hypnose ne se limite pas seulement à la réorientation de l'attention. Il a été montré qu'elle agit également sur **la connectivité fonctionnelle cérébrale** en jouant sur la plasticité neuronale, ce qui permet de moduler la perception de symptômes physiques ou psychiques, ainsi que la perception du schéma corporel. Nous avons développé ce point précédemment dans la partie « Ce que dit la science » de notre travail, en évoquant les recherches d'imageries fonctionnelles, les troubles somatoformes et les études sur les mécanismes des colopathies fonctionnelles.

*« (...) ça a été démontré par Ernest Rossi dans son « free book (...) au début des années 2000 que quand on était en hypnose, on changeait les connexions. Ça a été retrouvé chez les dyslexiques notamment avant et après la rééducation orthophonique. Et on fabrique des neurones, on fabrique des neurones au niveau de l'hippocampe. Et depuis pas très longtemps on sait qu'on les fabrique à partir de cellules souches qui se trouvent au niveau de l'hypothalamus »,* ajoute l'un des médecins de notre étude.

## **B. Evolution du rapport aux mots et à la parole**

*« Et les mots sont à mon avis, qui n'est pas si humble, notre plus inépuisable source de magie. Ils peuvent à la fois infliger des blessures et y porter remède. » (61)*

*Albus Dumbledore, Harry Potter ET LES RELIQUES DE LA MORT.*

### **Un langage positif**

Si nous devons retenir un point essentiel émanant de nos entretiens concernant l'influence de la formation à l'hypnose dans le rapport à la parole, ce serait certainement l'évolution vers

**des mots et un discours plus positifs.** Il ne s'agit pas de nier l'existence des problèmes du patient, mais d'utiliser des mots à visée thérapeutique et d'éviter ceux dont l'impact peut être délétère.

« *Les mots font mal les mots* » chante Guy Béart. En effet, nous sous-estimons bien souvent les conséquences néfastes que peuvent avoir certains **mots à connotations négatives**, notamment dans le domaine du soin. Les médecins interrogés citent par exemple toutes les expressions qu'ils essaient d'éviter depuis leur formation à l'hypnose : « Attention je vous pique », « Je ne vais pas vous faire mal », « Ne vous tendez pas », etc.

Une étude menée par la radiologue américaine Elvira Lang illustre bien ceci. Lors d'actes de radiologie interventionnelle, en 2005, elle a constaté des scores d'anxiété et de douleur majorés chez les patients sous l'effet de mots fréquemment utilisés dans ce contexte, tels que « ne vous inquiétez pas », « vous n'allez pas avoir mal ». Le simple fait d'entendre un mot évoquant la douleur suffit à activer les zones cérébrales de celle-ci, et majore l'anxiété. Depuis cette étude, son équipe formée à l'hypnose s'attache à utiliser un discours plus apaisant. Elle s'appuie ainsi sur la remémoration de souvenirs agréables du patient et évite d'utiliser la négation car celle-ci active la peur que l'on veut éviter (62).

Pour Daniel Wegner, « l'effet ours blanc » est la tendance de l'esprit humain à difficilement pouvoir s'empêcher de penser à une idée qu'il essaye d'éviter. Ainsi il est possible de créer des idées intrusives par notre façon de formuler les phrases. Si l'on vous dit de ne pas penser à un « ours blanc », cette image viendra malgré vous à votre esprit (3).

Les médecins interrogés soulignent donc avoir pris conscience du **pouvoir iatrogène de certains mots**, mais leur formation à l'hypnose leur a également légué la conviction du pouvoir thérapeutique d'un langage positif. Trois axes concernant cette communication positive ressortent de nos entretiens : l'utilisation de mots positifs dans le discours du médecin, la reformulation du discours du patient par le médecin sous un angle positif, et enfin la valorisation des capacités du patient.

L'utilisation d'un langage positif peut sembler évidente, mais elle demande un certain apprentissage. En effet cela n'est pas forcément instinctif. Naturellement notre cerveau est plus enclin à se focaliser sur les informations négatives que positives ; c'est ce que l'on nomme

le « biais de négativité ». Les origines de ce phénomène s'inscrivent dans l'histoire de nos ancêtres lointains, pour lesquels la mémorisation prégnante de leurs expériences négatives en milieux hostiles ou en situations dangereuses augmentaient leurs chances de survie lorsque cette situation se présentait à nouveau (63).

L'apprentissage de l'utilisation de **mots à connotations positives** est l'un des fondements de la formation à l'hypnose. La séance d'hypnose formelle n'est pas obligatoirement un moment confortable en soi ; le confort du patient en est simplement le but final. L'objectif est de partir de l'inconfort vécu par le patient pour l'accompagner vers plus de confort, et certains mots peuvent favoriser cela : « agréable », « apaisant », « sécurisant », « confortable », « léger », etc. Le praticien en formation peut donc constater l'impact positif de ces mots en observant les réactions de son interlocuteur sous hypnose.

La plupart des formations à l'hypnose proposent des exercices où chacun est tantôt opérateur, tantôt sujet. Ainsi chaque soignant en formation expérimente sur lui-même les bénéfices liés à la réception de mots positifs. Fort de son expérience vécue dans cette dynamique d'usage de mots positifs, le médecin va pouvoir mettre en pratique ceci de manière plus naturelle avec ses patients, même lors de simples échanges au cours d'une consultation.

En hypnose conversationnelle, le soignant doit être sincère et dire ce qu'il pense, car dans le cas contraire le patient le sentira. Le sujet doit dans tous les cas se sentir respecté et entendu. Il est important de d'énoncer la réalité des choses, même si celle-ci peut être difficile à entendre, mais il est enseigné d'éviter les mots douloureux. Les médecins interrogés ont noté des changements dans leurs formulations depuis leur formation à l'hypnose ; par exemple « *vous n'allez pas avoir mal* » devient « *ça va être confortable* », « *ne vous inquiétez pas* » est remplacé par « *soyez tranquille* », etc.

Pour éclaircir cette **notion d'hypnose conversationnelle** prenons pour exemple ces propos, et vous trouverez en annexe 3 la façon dont ils pourraient être reformulés en mode hypnose conversationnelle : « Loin de nous l'idée de penser que vous ne comprenez pas, mais même si cela est difficile, vous devriez faire l'effort de bien lire nos explications. N'hésitez pas à poser des questions si votre esprit est confus ». (Cf Annexe 3)

**La reformulation** permet tout d'abord au médecin de s'assurer qu'il a bien cerné les propos et la réalité du patient : « Si j'ai bien compris, vous me dites que... ». D'autre part, la

reformulation ainsi que le recadrage des propos du patient peuvent aider celui-ci à éclaircir sa vision de la situation.

Dans *Le langage du changement*, Paul Watzlawick, reconnaît Antiphon comme « *l'inventeur d'un art de l'apaisement* », dont les principes s'approchaient grandement du concept actuel de communication thérapeutique. Selon Watzlawick, ce penseur de l'Antiquité « *encourageait le patient à parler de ses souffrances et ensuite l'aidait en utilisant une rhétorique qui reprenait à la fois le style et le contenu des propos du malade – en fait, il procédait à ce qui dans un sens très moderne, revient à un recadrage de ce que le malade considérait comme « réel » ou « vrai », et modifiait ainsi son image pathogène du monde* » (64).

Des médecins interrogés évoquent également repérer les mots négatifs du patient afin de pouvoir les reformuler en des termes plus positifs, permettant à celui-ci de changer son regard sur la situation. Il ne s'agit pas de mentir, ni de nier les problèmes, mais juste de permettre l'accès à d'autres points de vue. « (...) *ça reprend l'histoire que le patient dit avec ses mots à lui, mais avec des mots positifs, et ça l'aide déjà à transformer un tout petit peu les choses* », précise l'un des médecins interrogés. Nous pouvons ainsi imaginer que si un patient exprime : « Je suis un peu moins angoissé », le médecin pourra reprendre par : « Donc vous pensez être un peu plus apaisé... » ; ou alors face à un patient exprimant sa culpabilité d'avoir « rechuté dans l'alcool », le médecin pourra par exemple lui répondre « Si vous avez rechuté, c'est donc que vous avez par le passé réussi à vous sevrer, ce dont vous pouvez déjà être fier ».

Nous en venons donc au troisième axe du discours positif qui ressort de nos entretiens : **encourager la mobilisation des ressources et des capacités du patient**. En remarquant les réussites du patient, en le valorisant, le médecin va lui permettre « *d'expérimenter le sentiment d'être capable* », et l'encourager dans sa dynamique d'évolution (20). Cette idée est d'ailleurs l'une des bases de l'entretien motivationnel. L'hypnose repose en grande partie sur le principe de ressources présentes et mobilisables en chaque patient. La pratique du recadrage, notamment, permet au patient d'écarter certains aspects liés à sa problématique et de prendre conscience de ses réussites. Ceci le mène donc à réaliser qu'il a des ressources au sein desquelles il peut puiser pour aller mieux.

Le Dr Christophe Coppin évoque combien « *les mots de la communication hypnotique, font de ce mode de relation, un formidable vecteur de changement pour le patient (...)* » (34).

### **Ecoute, attention et adaptation du langage aux mots et au monde du patient**

La formation à l'hypnose semble aider le praticien à développer un sens de l'écoute particulier, une attention accrue aux mots du patient, et donner des clés pour mieux communiquer en s'adaptant au patient, à son langage verbal, et à son monde.

Tout d'abord, plusieurs médecins constatent **écouter davantage les patients** depuis leur formation, et disent se sentir plus à l'aise dans les moments de silence. En effet l'hypnose fait expérimenter un rythme particulier où les silences ont une place, voir un sens tout aussi important que les mots. De plus, l'écoute en elle-même peut être thérapeutique, car elle laisse place à l'expression du patient. Le psychiatre Christophe André souligne le pouvoir thérapeutique de l'expression orale du patient, qui en se sentant écouté pourra entre autres verbaliser ses émotions et mieux les appréhender (65).

Par ailleurs, certains médecins questionnés pensent écouter différemment les patients depuis leur formation à l'hypnose. Celle-ci leur a permis de développer une attention particulière à la manière dont les patients parlent, à leurs expressions langagières, leur vocabulaire ; tous ces éléments sources d'informations précieuses. En prêtant attention à cela, le médecin peut alors **adapter son langage à celui du patient**. La réception du message par le patient et la communication s'en trouvent ainsi facilitées. « *L'hypnose m'a vraiment appris ça : j'utilise les mots du patient* », déclare l'un des médecins de l'étude.

Dans cette démarche, le soignant ne s'adapte pas seulement au langage du patient, mais aussi à son monde. C'est ce que M. H. Erickson appelait l'adaptation à « ***l'orientation à la réalité du patient*** », c'est-à-dire sa vision de la réalité, qu'il incitait à respecter (3). « *Aussi sûrement que vous reconnaissez ce qu'est l'orientation du patient, vous pouvez établir une relation thérapeutique.* » Pour lui, la seule façon de soigner un symptôme via l'hypnose était de s'atteler dans un premier temps à vraiment le considérer, voire même à aider le patient à décortiquer la sensation de ce symptôme. Et c'est seulement après l'avoir pris en considération que le praticien pourra aider le patient à s'apaiser. « *Son orientation était telle*



*que sa douleur faisait partie de sa réalité. Je l'ai aidée à utiliser cette réalité d'une façon qui lui a également permis d'expérimenter ce confort. »* (3) L'un des médecins interviewés évoque cette importance de ne pas nier ou rejeter le symptôme du patient, et l'intérêt d'accueillir sa réalité : *« On s'adapte à leurs mots, à leurs peurs, on les prend en compte. On ne leur dit pas : « Ce n'est pas grave ». Si c'est grave pour eux, forcément c'est grave ».*

Un autre médecin de notre étude explique que la formation à l'hypnose lui a confirmé l'intérêt de **mener les patients à reformuler leurs propos** : *« (...) et du coup ça oblige les gens à réfléchir et faire un temps de silence pour essayer de me réexpliquer les choses (...) et ils se trouvent des solutions eux-mêmes à leurs problèmes en faisant ça (...) je les fais eux-mêmes réutiliser leurs mots et définir ce qu'ils veulent dire ».*

Selon le docteur Jean-Marc Benhaeim, fondateur en 2001 du premier Diplôme Universitaire d'hypnose en France, la pratique de l'hypnose inclue la **prise en considération des attentes et des objectifs du patient**. Le médecin va donc l'écouter et l'observer afin de s'adapter à son monde et son langage, puis l'aider à prendre conscience de ses capacités dans le but de lui permettre *« l'apprentissage du changement »* (42).

### **La puissance, le sens et l'effet mobilisateur de certains mots**

Des médecins de notre enquête disent avoir réalisé la puissance de certains mots par le sens et la symbolique qu'ils peuvent avoir pour le patient, ainsi que par la dynamique de mise en mouvement de certains verbes dits « mobilisateurs ».

*« Par les mots qu'ils vont te dire sur leur maladie, sur leur vie, il y a des mots qui mettent un sens que tu peux exploiter après pour les aider »,* exprime l'un des médecins concernant la valeur du sens des mots utilisés par les patients.

Un autre médecin de l'étude évoque l'importance de bien choisir ses mots en s'adressant au patient : *« C'est là j'ai vu que c'était, ouh !!! C'était très puissant l'hypnose à ce moment-là, mais que ça pouvait être aussi délétère si je ne choisissais pas le bon mot au bon moment ».*

Avec la formation à l'hypnose, les médecins disent avoir pris conscience de **l'impact que peuvent avoir les mots** du soignant sur le patient : *« (...) tu peux déjà amorcer un mouvement, rien qu'avec la parole ».* Pour aider le patient à *« se projeter dans l'action »* ou se placer dans une dynamique de mouvement, ils disent avoir appris durant leur formation à l'hypnose à

utiliser des **verbes mobilisateurs** tels que : « *cheminer, construire, bâtir, ériger* », ou encore « *jeter* », « *transformer* », etc.

Selon le docteur Patrick Bellet, les mots débutant par le préfixe « trans » comme « transporter », « transposer », donnent du mouvement. Il explique qu'il est intéressant avec l'hypnose de privilégier les verbes d'actions lentes, qui s'inscrivent dans la durée (60). L'hypnose ne prétend pas mener à une transformation brutale, mais à une possible évolution progressive du patient vers un mieux-être (46).

La remémoration d'un souvenir d'apprentissage, plutôt que d'un souvenir agréable, est souvent utilisée par certaines écoles pour construire une séance formelle d'hypnose. L'intérêt du souvenir d'apprentissage est qu'il est porteur d'une métaphore de changement pour le patient, et d'autre part il n'impose pas forcément un souvenir agréable qui parfois pourrait être inapproprié dans un moment d'inconfort du patient. Par exemple, demander à un patient très dyspnéique de se remémorer un souvenir confortable pourrait lui sembler décalé ou mal venu.

### **Métaphore, imaginaire et pensée plus libre**

**La métaphore** est un mode de communication indirecte fondée sur l'analogie, très utilisée en hypnose, et il ressort que les médecins formés à l'hypnose l'utilisent davantage.

Cette figure de style permet de « *parler d'une chose sans forcément la nommer* », comme le souligne l'un des médecins. Elle induit le patient à convoquer son imaginaire (21). Elle autorise celui-ci à se projeter, en associant son vécu à l'image ou la narration évoquée. Elle permet **d'adapter le langage au monde du patient** afin que le message lui soit plus parlant : « *Par exemple quand vous parlez à un jardinier, vous utilisez des métaphores de jardinerie* », illustre l'un des médecins.

Un autre praticien dit utiliser régulièrement des métaphores « *parce que pour des choses qui nous sont évidentes en médecine, pour les patients ça ne l'est pas du tout. Et avec certaines métaphores, ils comprennent beaucoup mieux* ».

Par la métaphore, le thérapeute peut en outre encourager différemment le cheminement de la pensée du patient en proposant des images : celle par exemple du randonneur qui gravit une montagne par étape.

Le travail de la métaphore permet également de s'adresser au corps du patient, via le langage verbal, par des analogies imageant les changements de ses sensations corporelles ; par exemple : « Vous sentez peut-être votre corps s'alléger comme une plume ».

L'hypnose thérapeutique mène le patient à accéder à d'autres points de vue, mais par lui-même, c'est-à-dire en lui laissant **un espace de liberté** au sein de ses pensées et de son imagination.

Il est souvent enseigné que plus le praticien est permissif dans ses suggestions, plus l'impact thérapeutique de l'hypnose sera important.

Dans ce sens, certains médecins de notre étude disent se servir des **mots flous ou vagues** pour « (...) ne pas être trop restrictif, c'est à dire utiliser des formules du style « peut-être » ou « cela n'a pas d'importance » pour éviter de rentrer dans des détails et enfermer le patient dans un schéma trop restrictif qu'on aurait imaginé », comme le souligne l'un d'entre eux.

Les suggestions faisant appel à **l'imaginaire** plutôt qu'à la volonté consciente permettent de libérer en quelque sorte la pensée et de contrer « la loi des effets inversés », cette loi qui régit que plus nous mettons de volonté à vouloir réussir quelque chose plus il est difficile d'y arriver (35).

L'hypnose mène donc le patient à stimuler son imaginaire, et le place aussi dans une disposition particulière lui permettant de regarder les choses sous un angle différent. Comme l'ajoute l'un des médecins : « L'hypnose c'est ça, c'est regarder les choses dans une autre posture, avec d'autres ressources, avec un autre imaginaire ». Roustang l'écrit : « Il s'agit d'affoler votre manière habituelle d'appréhender le monde » (46).

### La suggestion

La suggestion est une notion centrale en hypnose, mais est aussi présente dans la communication quotidienne. Elle est « l'art de faire naître une idée, un sentiment sans l'exposer ouvertement » (36).

**La question de la manipulation** inquiète souvent lorsque l'on fait allusion à la notion de suggestion. Les principes éthiques ne concernent finalement pas tant la suggestion elle-même, mais **l'intentionnalité qui l'accompagne**. La communication thérapeutique, par la suggestion, doit toujours se faire en faveur du patient et non du thérapeute, comme le

défendait Erickson. Il a de plus développé les **suggestions indirectes** et leur aspect permissif en hypnose, en conservant tout de même des suggestions directes dans sa pratique.

L'hypnose thérapeutique actuelle s'inscrit dans cette continuité en étant davantage permissive, et s'appuie entre autres sur l'utilisation de mots vagues, d'adverbes flous tels que « peut-être », « sans-doute », probablement », etc.

En laissant ainsi plus de choix au patient, le médecin pourra contourner les résistances de ce dernier et la portée thérapeutique s'en trouvera majorée (20).

Par ailleurs, Thierry Melchior, membre fondateur de l'Institut Milton H. Erickson de Belgique, évoque que la suggestion hypnotique peut faire passer d'une situation d'interlocution à une situation dite « d'intra-locution ». En suggérant les états internes du patient, par exemple : « *Peut-être sentez-vous votre respiration s'apaiser* », le thérapeute crée un rapport particulier avec ce dernier qui accepte de se laisser « énoncer » son propre vécu intérieur. La communication suggestive en elle-même mène donc le patient à accéder à un état hypnotique (37).

### Un dialogue quelque peu différent

Les médecins de notre étude constatent avoir appris une « *autre façon de dialoguer* », en termes de communication thérapeutique, par la pratique de l'hypnose conversationnelle. Plusieurs d'entre eux ajoutent qu'ils adoptent un **discours plus ouvert** depuis leur formation, et remarquent utiliser moins de questions fermées. Ils constatent que ceci favorise l'expression des patients et mène à « *ouvrir le dialogue* ». Les suggestions ouvertes sont également un moyen de guider le patient tout en le laissant **libre de choisir** (42).

Le professeur Pierre Yves Gueugniaud, chef de service du SAMU de Lyon, résume en ces quelques mots l'hypnose conversationnelle à laquelle son équipe a été formée : « *C'est avant tout une technique de communication bienveillante et positive avec laquelle il faut utiliser les bons mots ... et savoir écouter sans interprétation ni jugement !* » (66).

## La prosodie, le paraverbal

La prosodie (tonalité de la voix, rythme, volume...) contribue à la fluidité du langage permettant au message émis d'être mieux écouté, et apporte à la fois une valeur émotionnelle et une intentionnalité au discours. Elle donne une **musicalité**, un rythme et une dynamique à l'entretien. Comme dans une partition de musique, les silences ont leur importance au sein de ce langage para-verbal. Ils permettent notamment une meilleure intégration des messages. Ces silences laissent donc place à l'activité du « mode de fonctionnement par défaut » chez le patient, décrit dans les premières pages de notre travail.

Les médecins de notre étude disent observer un changement de leur prosodie en situation d'hypnose formelle ou conversationnelle.

Ils décrivent un **timbre de voix différent**, plus doux, plus posé et parfois plus grave. L'un des médecins souligne que ceci participe à l'apaisement du patient.

La formation à l'hypnose favorise une **modulation du rythme de parole** des médecins. L'un dit par exemple observer dans son langage un rythme plus lent, avec des pauses plus fréquentes pour faire passer ses messages. Ces pauses visant à mettre en valeur les mots qui les jouxtent font partie d'une technique hypnotique que l'on appelle le « **saupoudrage** » (27). Il n'existe cependant pas de règle absolue en termes de prosodie dans le domaine de la communication hypnotique. Erickson défendait l'idée que chaque thérapeute doit trouver sa propre façon de parler, avec authenticité. « *Soyez-vous-même* » disait-il (59).

L'hypnose enseigne aussi au thérapeute à **s'accorder sur le rythme du patient**, via entre autres la synchronisation de la respiration. Les médecins disent utiliser aussi le « *pacing* » appris lors de leur formation, et s'adapter parfois au débit de parole du patient, afin d'être plus en phase avec celui-ci.

Beaucoup de médecins remarquent laisser à présent **plus de place aux silences**, afin d'offrir notamment aux patients la possibilité d'enrichir leur réflexion. De plus, ils notent que les silences peuvent être des instants précieux au sein desquels se transmettent parfois des choses que de simples mots ne sauraient dire.

### C. Influence générale dans la pratique du médecin

Dans la continuité logique de notre travail, et au regard des résultats de l'analyse de nos entretiens, il apparaissait intéressant d'aborder la question de l'influence de la formation à l'hypnose sur la pratique du médecin de manière générale. Un travail de thèse réalisé en 2017 a étudié l'apport de l'hypnose ressenti par des soignants issus de différents corps de métiers (67). Nous retrouvons des idées communes entre les propos des médecins de notre étude et ceux des soignants interrogés dans cette thèse, tels que : l'autonomie du patient, la mobilisation de ses ressources et capacités, la notion de créativité et de changement, le lâcher-prise, et enfin la prévention de l'épuisement professionnel.

#### **Le patient acteur de sa santé**

Il apparaît nettement dans nos résultats que l'hypnose thérapeutique favorise **l'autonomie du patient**. Nous pouvons entendre par autonomie la capacité à « *faire par soi-même ; mais également, et tout aussi essentiellement, capacité à se déterminer soi-même, à faire des choix libres et assumés* », comme l'écrit Philippe Barrier (68). Ce philosophe considère que le patient est capable de penser par lui-même sa santé, en étroite collaboration avec le médecin qui l'accompagne.

De nombreux praticiens interrogés dans notre étude reconnaissent que la formation à l'hypnose leur a appris à vraiment considérer **les ressources** propres à chaque patient, ainsi qu'à s'adapter aux objectifs de celui-ci.

Il ressort de différents entretiens que, par l'hypnose, le médecin accompagne le patient à **prendre conscience de ses capacités** et l'invite à mobiliser ses ressources. Cette notion de ressources a d'ailleurs été mise en exergue dans une étude qualitative publiée en 2012, réalisée auprès de 14 patients suivis dans un service de radio-oncologie, qui s'est intéressée aux bénéfices de l'hypnose ressentis par ces patients. Dans cette enquête, « *Certains patients se disent surpris de découvrir, ou redécouvrir, des ressources internes qui sont aidantes durant et après la séance. Ils réalisent que ces ressources sont enfouies en eux sans qu'ils aient pensé*

*les utiliser ou sans qu'ils aient su comment les utiliser* ». Ils deviennent en quelque sorte « *leur propre « soignant* » » (69).

Pour la plupart des médecins de notre enquête, l'hypnose est un outil que l'on propose au patient afin qu'il s'en saisisse, selon ses besoins. En somme, le médecin est un « facilitateur » ; il accompagne le patient, et c'est en fait ce dernier qui effectue la plus grande partie du travail lors d'une séance d'hypnose. De surcroît, certains ont parlé d'autohypnose ou d'auto-activation qu'ils enseignent à leurs patients, et qui favorise l'autonomie dans le soin.

Du reste, nous retrouvons également dans nos entretiens l'idée de s'adapter à la réalité du patient, et par là même à **ses objectifs**, qui peuvent être parfois différents de ceux du médecin. La formation à l'hypnose semble avoir sensibilisé certains médecins à ces notions de potentialités et de réalité du patient.

### **Lâcher-prise et résistances**

**Le lâcher-prise** a plusieurs fois été évoqué au cours de nos entretiens. Il s'agit d'un terme à la mode, et nombreux ouvrages de développement personnel en ont d'ailleurs fait leur titre. Dans notre étude, l'un des médecins donne une définition imagée du « lâcher-prise ». Imaginons un varappeur sur sa falaise. Pour avancer, il devra lâcher prise, mais pas les quatre en même temps. Lâcher prise n'est pas se laisser tomber dans le vide, mais lâcher une main tout en gardant des points d'appui, pour permettre le mouvement, pour avancer. Ce mouvement, dans toutes ses significations, nécessite une certaine souplesse permettant de dépasser la rigidité et les crispations que certaines situations provoquent en chacun.

L'hypnose thérapeutique présuppose et favorise un certain lâcher-prise, non seulement de la part du patient mais aussi de celle du thérapeute. D'une certaine manière, il s'agit d'accepter de sortir du champ de la maîtrise.

La relation médecin-patient a longtemps reposé sur un modèle paternaliste où le médecin détenteur du savoir se plaçait en position haute. La tendance actuelle est au modèle de « décision partagée » (70), avec une participation des deux acteurs : le médecin et le patient

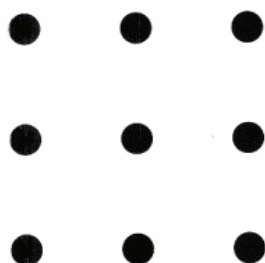
ont chacun des connaissances, des compétences, et apportent leur pierre à l'édifice du soin, ensemble. En hypnose, tout comme dans d'autres approches du soin, le thérapeute accepte de ne pas toujours être décisionnaire et même d'adopter parfois une position « basse » par rapport au patient, lorsqu'il juge cela nécessaire. Salem et Bonvin, dans leur ouvrage *Soigner par l'hypnose*, mettent en valeur le « mode d'interaction parallèle », qui consiste en « l'alternance souple des positions hautes et basses » (71). Ainsi, le médecin pourra choisir de se positionner différemment face au patient, selon le contexte.

Ce lâcher-prise de la part du médecin peut aussi donner la possibilité au patient de **lever ses résistances**. Des médecins de notre étude expliquent qu'ils ont appris à ne plus « lutter » contre les résistances du patient, mais au contraire à « *utiliser les résistances comme quelque chose sur lequel s'appuyer* » et s'en servir pour accompagner le patient à « *dépasser ses freins* ». Erickson disait à ce titre : « *Votre tâche est de transformer la situation en une situation qui ne soit pas une lutte* » (3). Bien entendu, ce travail nécessite au préalable une écoute et un repérage de ces résistances.

En aidant le patient à lever ses résistances, le médecin lui donne l'occasion de sortir d'un cadre de pensée rigide. Par le travail d'hypnose, le patient peut porter un autre regard sur sa situation, tout comme nous l'avions abordé avec la notion de recadrage. Le recadrage, comme son nom ne l'indique pas, peut être un moyen de **sortir du cadre**.

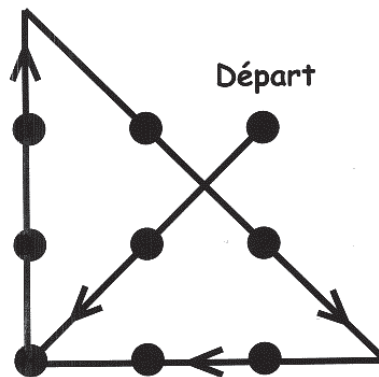
Le fameux « exercice des 9 points » illustre bien cette idée :

Tentez de relier ces 9 points par 4 droites sans lever le crayon.



Pour trouver la solution, il faut sortir du cadre des 9 points...





Aucune règle n'imposait de ne pas dépasser le cadre fictif délimité par ces 9 points, et pourtant la majorité d'entre nous s'impose cette limite.

Cet exercice suggère qu'en sortant de nos idées préconçues, conscientes ou non, de nouvelles solutions peuvent apparaître.

En ceci l'hypnose favorise une « remise en mouvement », et permet, comme le dit l'un des médecins interrogés, d'induire « *un processus de changement là où ça ne bouge plus, là où c'est figé, là où l'on est suspendu dans le temps* ».

Patrick Bellet parle d'une « *mise en mouvement prospectif d'un état physique ou psychique figé* », remobilisation induite par l'hypnose (60).

### Faciliter le lien au patient

La formation à l'hypnose semble avoir donné des clés aux médecins pour mieux accéder au patient et communiquer plus facilement.

Tout d'abord, certains remarquent un changement dans leur manière d'**accueillir les patients** et en observent un bénéfice dans la relation de soin. L'accueil est en effet le premier acte de soin lors de la rencontre du patient. Un « bon accueil » ressenti par le patient peut favoriser l'installation d'un climat de confiance.

L'hypnose médicale semble favoriser **l'empathie du médecin**, via différents éléments que nous avons développés, notamment la notion de neurones miroirs, l'orientation à la réalité

du patient, etc. L'empathie peut se définir comme « *la capacité à partager les émotions d'autrui sans être envahi, permettant leur compréhension* » (72).

Lors du travail de préparation à la séance d'hypnose avec le patient, le médecin le questionne sur ses centres d'intérêt, et peut même lui demander de raconter un souvenir pour construire la séance autour de son expérience. Il aborde ainsi le patient différemment, avec des questions parfois inhabituelles, et apprend à le connaître sous un autre angle. La prise en charge s'en trouve alors plus personnalisée.

Cette manière de « rencontrer » autrement le patient peut également accroître **la relation de confiance**, comme le soulignent certains médecins de notre étude.

En ce sens, nous pouvons dire que les principes véhiculés par l'hypnose thérapeutique rejoignent certaines notions chères à l'enseignement médical, notamment en médecine générale : approche centrée patient, relation de confiance et communication.

Par « **approche centrée patient** », il faut entendre une démarche clinique qui intègre à la fois les perspectives du médecin et celles du patient. Elle se décline en plusieurs points : explorer l'expérience vécue de la maladie par le patient, intégrer la dimension biopsychosociale et contextuelle de l'individu, comprendre le patient, s'accorder avec lui en vue d'une décision partagée et développer l'alliance thérapeutique par un travail de communication (73).

Balint et Rogers ont développé la notion d'effet thérapeutique du médecin, ou « remède médecin » (74). Une revue de la littérature menée en 2006, par d'autres chercheurs, s'est intéressée à caractériser les facteurs associés à l'efficacité thérapeutique de l'effet médecin. Cette étude a conclu à l'effet thérapeutique « *d'une attitude « émotionnelle » d'attention, d'empathie, de réassurance positive et des capacités à suggérer des changements comportementaux et psychoaffectifs chez le patient par une incitation à poser des questions, à exprimer des émotions, une prise en compte des attentes, des représentations et croyances. Il passe par une démarche explicative « cognitive » positive sur le diagnostic, le pronostic et le traitement, et des conseils adaptés. Il s'inscrit dans une approche globale centrée sur le patient* » (72).

Nous pouvons remarquer combien les principes véhiculés par la formation à l'hypnose, décrits par les médecins de notre étude, résonnent avec les facteurs associés positivement à « l'effet médecin » dépeints dans cette revue de la littérature.

## Un changement de regard par le médecin

La plupart des médecins interrogés ont réalisé, pendant leur formation à l'hypnose, qu'ils pratiquaient déjà **auparavant et de manière intuitive une forme d'hypnose sans le savoir**. Ils considèrent désormais l'hypnose comme un **phénomène naturel**, que la formation leur a appris à conscientiser, valider et développer pour s'en servir à des fins thérapeutiques.

Ils se sont aussi ouverts à une médecine qui accepte une forme d'inconnu. L'apprentissage et l'expérience de l'hypnose médicale confortent dans l'idée que l'on ne sait pas tout, bien que les effets de l'hypnose soient de plus en plus validés sur le plan scientifique.

L'hypnose thérapeutique permet également de sortir de l'idée qu'une absence de guérison est un échec, puisqu'elle vise humblement à accompagner au mieux le patient et à apaiser certains symptômes, sans les guérir à chaque fois. L'hypnose peut être considérée comme un **outil complémentaire** à toutes les thérapeutiques déjà validées pour une pathologie donnée.

Concernant **le rapport aux traitements médicamenteux**, il reste bien clair que l'hypnose ne peut se soustraire à la plupart des traitements, mais des médecins de notre étude constatent prescrire à présent moins d'antalgiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.

Une revue de la littérature médicale, menée par l'INSERM en 2015, a conclu à une diminution de la consommation de sédatifs et/ou d'antalgiques en peropératoire grâce à la pratique de l'hypnose, et relève que plusieurs études en suggèrent un effet bénéfique dans la prise en charge de l'intestin irritable (57).

Du reste, l'hypnose conversationnelle, en facilitant la communication, peut aussi être une aide à l'**éducation thérapeutique** et favoriser l'**observance du patient**.

## Une approche centrée sur les solutions du patient

Plusieurs médecins de notre étude considèrent l'hypnose comme une thérapie centrée sur la « *résolution du problème* ». Elle serait donc **une thérapie du « comment aller mieux »** plutôt

que « pourquoi va-t-on mal ». En effet, l'origine du problème ou de la pathologie doit au préalable avoir fait l'objet de recherches médicales, avant même de proposer l'hypnose.

Il s'agit donc d'une approche dite « solutionniste », concept bien décrit par Philippe Aïm et Jean-Pierre Kahn : « *L'idée est encore de pouvoir communiquer efficacement en se centrant non pas sur le problème et ses causes mais sur les compétences du patient et les solutions qu'il peut mettre en place* » (75).

Cette approche fait appel à **une certaine créativité** dans la recherche de solutions, tant de la part du thérapeute que du patient. « *Ce qui sera important face au patient, c'est de trouver le bon outil, au bon moment, qui convient au patient devant vous (...)* Donc en fait là c'est la question de la créativité, aussi, et l'hypnose permet ça », souligne l'un des médecins de notre étude. Le médecin fait aussi appel à sa créativité dans l'usage des métaphores pendant que le patient puise dans ses ressources internes, pour laisser émerger les solutions.

Milton Erickson considère l'inconscient comme un puits de ressources, auquel nous pouvons faire confiance. Pour mener le patient vers un mieux-être, des médecins interrogés évoquent cette mobilisation par l'hypnose des ressources enfouies chez le patient.

Ce travail de l'inconscient en hypnose est aussi décrit par Jean-Marc Benhaiem : « (...) *le sujet peut alors commencer son travail, sa thérapie, il peut placer son esprit conscient en retrait, et permettre à son inconscient de fonctionner afin de trouver ses solutions. L'inconscient va rechercher de nouvelles associations, une façon différente d'associer les apprentissages, les souvenirs, les événements de vie et les conflits ou problèmes actuels, afin de procéder à une restructuration, un réagencement, une réorganisation et obtenir un état plus stable* » (42).

Le docteur Jean Becchio, membre fondateur du Centre International des Thérapies d'Activation de Conscience (CITAC), nuance cette association de l'hypnose à l'inconscient et considère que le processus hypnotique est en réalité un processus « d'hyper-éveil » permettant à la conscience d'accéder à d'autres possibilités (76).

### **Un nouvel outil dans l'arsenal thérapeutique**

Un outil de plus dans l'arsenal thérapeutique plutôt qu'une fin en soi, voici comment la plupart des médecins de notre étude considèrent l'hypnose médicale. Certains remarquent des

résultats rapides et concrets chez leurs patients. Tous ont noté un changement positif lié à leur formation, mais ils ne mystifient pas pour autant l'hypnose. Il s'agit d'un outil qui peut aider le médecin tant sur le plan personnel que professionnel et qui, de surcroît, peut être transmis au patient.

### Un paragraphe à l'épuisement professionnel

Les professionnels de santé font partie des populations particulièrement exposées au *burnout*. Selon la Haute Autorité de Santé, « **Le syndrome d'épuisement professionnel**, équivalent en français du terme anglais **burnout**, se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » » (75). Trois dimensions de ce syndrome ont été décrites : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation vis-à-vis du travail (déshumanisation et indifférence), et la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle (77). Une méta-analyse (2000-2017) dans le cadre d'une thèse soutenue en 2017 estime la prévalence globale du *burnout* des médecins en France à 49%, dont 5% pour le *burnout* sévère. Les résultats montrent que « *les urgentistes présentent les taux les plus élevés de burnout, 57% versus 52%, 48%, and 44% respectivement pour les internes, généralistes et anesthésistes* ». De même pour le *burnout* sévère, qui touchait majoritairement les urgentistes : « *12%, versus 5%, 5%, et 2% respectivement pour les internes, généralistes et les anesthésistes* ». Dans cette étude, le *burnout* est caractérisé par : « *un épuisement émotionnel élevé, ou un score élevé de dépersonnalisation, ou un score bas d'accomplissement personnel*. Le *burnout* sévère, quant à lui, est reconnu chez un individu qui présente à la fois « *un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, associés à un score bas d'accomplissement personnel* » (78).

Les médecins de notre étude ont exposé dans quelle mesure l'hypnose pouvait protéger de l'épuisement professionnel. Cette pratique a permis à certains de gagner en sérénité, de **prendre du recul**, ainsi que de réapprendre à se poser et respirer entre deux patients. Un **regain de motivation** et de plaisir au travail suite à la formation à l'hypnose a également été évoqué. Un médecin a souligné avoir pris conscience, suite à sa formation, que certaines de

ses émotions négatives en consultation n'étaient finalement parfois que le simple transfert du ressenti douloureux du patient. Il a par conséquent appris à mieux s'en protéger.

Certaines prises en charge peuvent être lourdes à porter sur le plan émotionnel pour le soignant, et la **notion « d'accompagnement »** véhiculée par l'hypnose peut l'aider à se placer différemment dans ces situations et à prendre du recul. Comme nous l'explique l'un des médecins : « (...) *je crois que c'est vraiment aussi de permettre de se dire : « Ce n'est pas sur moi qu'il est en train de déverser tout ça, je ne suis pas en train de couler, je suis juste en train d'être en lien... »*, donc c'est plus facile de donner la main à quelqu'un, de le faire avancer que de l'avoir sur son dos quoi ! ».

Un article du docteur Myriam Belghazi Nciri publié en 2016 expose que « *l'hypnose qui agit sur la neuroplasticité exerce une véritable rééducation cérébrale et réduit significativement le stress des soignants* » (79).

#### **D. Quelques particularités**

Nous n'avons pas observé de réelle différence entre les deux échantillons de médecins (généralistes et hospitaliers) quant aux résultats de l'étude. Cela n'est finalement pas surprenant, puisque nous avons étudié l'aspect communicationnel de l'hypnose. Or communiquer avec un patient, quelle que soit la discipline exercée, soulève pour tous les médecins les mêmes interrogations et se heurte aux mêmes obstacles.

Par ailleurs, nous avons d'une part un échantillon de médecins généralistes donc homogène en termes de spécialités, et d'autre part un échantillon comportant un panel de praticiens hospitaliers aux spécialités médicales différentes dont chacune pouvait aussi avoir ses propres particularités. Enfin, le faible effectif de nos deux populations a pu limiter l'émergence d'éventuelles différences significatives.

Cependant quelques idées marquantes parmi nos résultats concernant l'apport de l'hypnose selon la spécialité médicale exercée méritaient d'être relevées.

La **médecine générale** est une médecine de premier recours, au sein de laquelle les demandes des patients peuvent être diverses et variées, menant parfois le praticien à se sentir désarmé.

Des médecins généralistes de notre étude ont fait part de l'aide apportée par l'hypnose en tant qu'ouverture du champ des thérapeutiques et des possibilités. « (...) *c'était d'aborder les patients d'une manière différente et puis j'ai trouvé que ça permettait aussi d'avoir des choses qui étaient beaucoup plus libres, beaucoup moins cartésiennes finalement, qui nous évitaient ce côté peut-être un peu routinier de la médecine, et qui nous permettaient d'élargir nos compétences* », confie l'un des médecins généralistes.

D'autres omnipraticiens évoquent à plusieurs reprises l'apport de l'hypnose dans la gestion de la douleur, lors de certains gestes inconfortables, tels que les poses de stérilets, les infiltrations, les incisions de panaris, etc.

Un médecin **addictologue** de notre étude explique que l'hypnose peut être une façon de restaurer le lien que les patients souffrant d'addiction ont souvent perdu avec eux-mêmes et avec les autres. « *L'addiction coupe le lien avec soi et avec l'autre. Et notre rôle c'est d'arriver à restaurer ce lien, un petit peu par petits morceaux et... Et de nouveau, entrer en contact, sans produit, se retrouver tel qu'il est, et en capacité de fonctionner. Et l'hypnose conversationnelle me permet souvent cette approche-là* », nous livre-t-il.

Les deux addictologues interrogés ont également évoqué la façon dont le travail avec l'hypnose peut aider le patient à se reconnecter aux sensations de son propre corps, souvent mises à mal par la consommation de produits et les tourments de l'esprit.

Dans le domaine de l'**anesthésie**, l'utilisation de la « projection positive » en préopératoire, apprise via la formation à l'hypnose, semble particulièrement intéressante. En effet, le patient est ici dans une situation où l'instant présent peut susciter du stress. L'emmener alors à se projeter dans un futur positif peut considérablement l'apaiser et le rassurer. Cette projection induite par l'anesthésiste chez le patient s'effectue via des questions très concrètes, telles que : « Quand l'intervention sera finie, quelle est la première personne qui viendra vous voir ? » ou lors d'une césarienne : « Quand vous rentrerez chez vous, quelle sera la première pièce dans laquelle vous allez vous assoir avec votre enfant ? ».

En outre, l'hypnoanalgésie au bloc opératoire ne cesse de faire l'objet d'études aux conclusions encourageantes.

De même, la réduction du stress des patients au bloc opératoire grâce à l'utilisation de mots positifs et apaisants par les anesthésistes a bien été décrite dans la littérature (62).

Le médecin du **centre pénitencier** a relevé un point intéressant concernant la liberté d'un moment que peut offrir l'hypnose thérapeutique : *« C'est un rapport à la communication qui permet de libérer le corps. L'incarcération, étymologiquement, c'est la « prise de corps ». Et l'hypnose permet de restituer ce corps aux personnes, parce que tout à coup elles se voient. Et il y en a qui le disent, ils se voient dans le voilier, ils se voient dans... Voilà... Donc je leur restitue un petit peu ce que la société leur a enlevé pour de bonnes raisons ».*

Dans le domaine des **urgences médicales adultes**, le praticien est particulièrement exposé à des situations génératrices de stress, et le rythme de travail est intense.

Le médecin urgentiste de notre étude a souligné combien la pratique de l'hypnose avait pu être bénéfique, tant sur la gestion des algies aiguës que sur celle du stress du patient et du soignant lui-même. L'hypnose est également pour lui une façon de se ressourcer. Il a par ailleurs constaté de meilleures récupérations physiques des patients en suite de soins de traumatologie après les prises en charge ayant eu recours à l'hypnose.

En soins **palliatifs** l'hypnose est un outil précieux, notamment en termes de pratiques analgésiques, comme le souligne le médecin de notre étude. La formation à l'hypnose l'a également sensibilisé à l'importance de prêter attention au sens des mots, parfois reçus plus intensément par le patient dans ce contexte particulier. D'autre part, l'accueil du patient dans un service de soins palliatifs demande un investissement particulier. La formation à l'hypnose lui a donné de nouvelles ressources pour accueillir le patient de façon adaptée en respectant son vécu et ce qu'il accepte de livrer.

Le médecin **gériatre** s'est particulièrement saisi de la notion de mobilisation des ressources de ses patients qui, vieillissants, ont tendance à ne plus croire en leurs capacités. *« J'ai un public âgé, et souvent ils peuvent nous faire le retour qu'ils ne sont plus bons à rien (...) Et le fait de leur remontrer, ou de leur redonner la parole ou l'action, ou leur dire : « vous êtes compétent dans ce domaine-là, vous êtes en capacité d'apprendre ou de modifier un*



*comportement même à votre âge », en fait on se rend compte qu'ils sont super contents », a-t-il confié.*

**Le gastro-entérologue** de notre étude s'est particulièrement intéressé à l'impact du psychisme sur le tube digestif, que peut moduler l'hypnose, notamment dans les troubles fonctionnels intestinaux et les MICI. L'efficacité de l'hypnose dans les troubles fonctionnels intestinaux est actuellement admise.

Dans le domaine de la **pédiatrie**, la convocation de l'imaginaire par l'hypnose est particulièrement appropriée. La représentation de la réalité de l'enfant peut être très différente de celle de l'adulte. La prise en compte de « *l'orientation à la réalité du patient* » décrite par Erickson est d'autant plus importante avec un enfant : « *La chose essentielle est de se joindre à l'enfant en appréciant son concept de réalité* » (3). Le médecin de notre étude exerçant aux **urgences pédiatriques** a bien illustré cela dans quelques exemples. Par ailleurs, certains gestes médicaux lui sont maintenant plus faciles à réaliser chez les enfants avec l'utilisation de l'hypnose.

Enfin, nombreux des pères fondateurs de l'hypnose médicale étaient psychiatres ou psychanalystes. Le bénéfice de l'hypnose est notamment reconnu dans de nombreux troubles psychiques tels que l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression, les phobies, etc.

Le **psychiatre** interrogé a souligné l'intérêt de soigner l'esprit en passant notamment par les sensations corporelles. Il nous a livré que sa formation à l'hypnose l'avait fait évoluer dans sa conception du lien corps-esprit : « (...) *je ne mets pas le corps d'un côté et le cerveau de l'autre. Pour moi c'est une seule et même entité avec laquelle je travaille y compris en tant que psychiatre* ». Il a également fait allusion à cette notion de disponibilité particulière nécessaire au thérapeute, bien décrite par Roustang (46), pour favoriser le lâcher-prise du patient et un processus de changement dans une situation figée, comme par exemple lors de la dépression. En ce sens, la formation à l'hypnose l'a également encouragé à employer un langage mobilisateur et à éviter les termes tels que « de toute façon » ou « jamais », qui figent les choses de façon délétère pour le patient.

Suite à cette exploration des apports de la formation à l'hypnose thérapeutique, nous pouvons constater de nombreux points communs avec les notions présentées au sein de la *Grille Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale et des processus de communication* (80). En effet cette dernière apporte des pistes pour construire au mieux la relation avec le patient, en évoquant notamment l'attention au langage verbal et non verbal, l'écoute active, le respect des silences, et la prise en compte des perspectives du patient.

## CONCLUSION

L'hypnose thérapeutique ne se résume pas seulement à la pratique de séances formelles. La formation enseigne également une forme de communication thérapeutique nommée hypnose conversationnelle. Celle-ci véhicule une approche globale de la communication dans le soin, en menant le praticien à travailler sur le langage verbal, paraverbal et non verbal.

En médecine, quelle que soit la discipline exercée, la communication constitue une part essentielle de la prise en charge des patients, elle est d'ailleurs au centre de « la marguerite des compétences » en médecine générale. Cette compétence peut se développer tout au long du parcours professionnel par l'expérience, le compagnonnage et les formations.

Notre étude qualitative visait à explorer plus précisément dans quelle mesure la formation à l'hypnose pouvait influencer le rapport au corps, aux mots et à la parole des médecins généralistes et hospitaliers, dans le cadre de leur pratique.

Dans cette optique, nous avons chacune conduit 12 entretiens semi-dirigés, respectivement auprès de ces deux populations, et mené une réflexion commune sur chaque élément de ce travail.

Nous constatons que les apports de la formation à l'hypnose médicale dans le champ de la communication ont en effet été multiples, et semblent avoir eu un réel impact dans la pratique quotidienne de ces médecins.

Concernant le rapport au corps, la formation à l'hypnose leur a fait prendre conscience dans quelle mesure leur propre langage corporel pouvait influencer le ressenti du patient, et les a sensibilisés à la lecture du langage non verbal de celui-ci. L'hypnose les a également invités à développer un soin plus axé sur l'écoute du corps et sur les perceptions sensorielles du patient. Les médecins se sont familiarisés à la pratique de « l'harmonisation », art de se synchroniser au patient via la respiration, la gestuelle et la posture, en convoquant le système des « neurones miroirs ». Enfin, ils ont évolué vers une conception différente du lien corps-esprit, où l'un et l'autre s'influencent. Dans cet espace, l'esprit peut moduler les perceptions corporelles et les émotions via l'hypnose.

S'agissant du rapport aux mots et à la parole, les médecins disent avoir changé leur façon de dialoguer.

Une idée phare véhiculée par l'hypnose thérapeutique est ressortie de tous nos entretiens : l'effet bénéfique d'un langage positif, évitant les mots à connotations négatives et leur effet nocébo.

Les médecins portent un nouveau regard sur les ressources présentes en chaque patient, mobilisables en faisant notamment appel à l'imaginaire par l'utilisation des métaphores. L'adaptation du langage du médecin à celui du patient est également l'un des adages de l'hypnose, dont ils ont pu tirer profit. Dans ce sens, leur faculté d'écoute s'est développée, avec plus d'attention portée aux mots du patient.

Ils mesurent à présent davantage l'importance du sens et de l'impact des mots qu'ils emploient. De même, ils ont expérimenté le bénéfice d'un dialogue plus ouvert, ainsi que de l'utilisation de mots aux effets mobilisateurs pour le patient.

Enfin, la communication hypnotique les a invités à porter une attention particulière au langage paraverbal : le rythme de parole, la tonalité de la voix et la place laissée aux silences.

Le dernier volet de notre travail s'intéressait à l'influence de la formation à l'hypnose dans la pratique des médecins, de manière générale. Plusieurs notions clés sont ressorties, dont notamment l'autonomie du patient que tend à favoriser l'hypnose médicale, en valorisant les capacités de chacun à mobiliser ses propres ressources.

L'hypnose thérapeutique semble donc aller dans le sens d'une approche centrée patient, et stimule davantage le praticien à s'intéresser à celui-ci dans son contexte bio-psycho-social. Le thérapeute se place alors en position d'accompagnateur, dans une approche pragmatique centrée sur les solutions pouvant mener le patient vers un mieux-être, en s'appuyant sur les ressources de ce dernier.

Dans cette dynamique, par l'hypnose, le médecin guide le patient à expérimenter un certain lâcher-prise, et peut l'aider à lever ses résistances. L'hypnose est un outil qui donne également au médecin quelques clés pour faciliter le lien au patient et mieux l'accueillir.

Il ressort que l'hypnose est en réalité un phénomène naturel, souvent déjà pratiqué intuitivement par tout médecin, sans même en avoir conscience. La formation mène à conscientiser et développer cette capacité, ainsi qu'à ouvrir le champ des thérapeutiques en

acceptant une part d'inconnu. L'hypnose médicale peut également contribuer à l'allègement de certaines prescriptions médicamenteuses. Enfin, il semble que sa pratique puisse permettre au médecin de se protéger de l'épuisement professionnel.

En somme, l'hypnose médicale peut donc être considérée comme un outil complémentaire précieux dans l'arsenal thérapeutique du médecin, notamment en termes de communication.

Il pourrait être intéressant d'ouvrir ce travail par une étude interrogeant des médecins sur les outils de communication qu'ils ont acquis ou ceux qu'ils penseraient bons d'acquérir pour enrichir leur pratique professionnelle. Par ailleurs, une étude questionnant les médecins sur leurs expériences de difficultés communicationnelles avec les patients, les éventuels moyens mis en œuvre pour les dépasser, et les outils de communication qui leur auraient semblé utiles à ces moments-là, pourrait s'avérer pertinente. Enfin, un travail complémentaire pourrait explorer le ressenti des patients en ce qui concerne les changements dans leur rapport au corps ou à leur pathologie, suite à une prise en charge par hypnose médicale.

## ANNEXE 1 : CANEVAS D'ENTRETIEN

### Thème découverte et vision de l'hypnose :

- 1) Racontez moi votre rencontre avec l'hypnose. Qu'est-ce qui vous a motivé à vous former à l'hypnose ?
- 2) Pour vous, quels seraient les 3 mots qui définissent l'hypnose ?

### Thème les mots :

- 3) Selon vous, qu'est-ce que la formation à l'hypnose a changé dans votre rapport à la parole et aux mots ?
  - 1ère Relance : Quels types de mots ou tournures de phrases utilisez-vous à présent davantage ?
  - 2ème Relance : En quoi votre rapport au silence et à l'écoute a-t-il changé ?
  - 3ème Relance : En quoi votre rapport aux mots du patient a-t-il changé ? A vos propres mots ?
- 4) En pratique qu'est-ce que ce rapport aux mots apporté par la formation à l'hypnose a changé dans votre façon de soigner ?

### Thème le corps :

- 5) Selon vous, qu'est-ce que votre formation à l'hypnose vous a fait découvrir sur le rapport au corps ?
  - 1ère Relance : Qu'avez-vous découvert et qu'a-t-elle changé dans votre rapport à votre propre corps ?
  - 2ème Relance : Votre respiration, vos gestes, votre posture, écoute ?
  - 3ème Relance : Et le langage corporel du patient ?
- 6) En pratique qu'est-ce que ce rapport au corps apporté par la formation à l'hypnose a changé dans votre pratique ?

Thème les répercussions thérapeutiques :

7) Pour vous, dans le binôme médecin-patient, au cours d'une séance formelle d'hypnose ou bien lors d'hypnose conversationnelle, qui est le principal acteur ?

Conclusion :

8) En somme si vous pouviez transmettre à vos confrères une chose essentielle que vous avez découverte grâce à l'hypnose en tant que soignant, quelle serait-elle ?

- Relance : En quoi selon vous l'hypnose est-elle utile à votre spécialité ?

9) Merci pour toutes ces réponses, auriez-vous un dernier mot pour la fin ?

10) Je vais à présent vous demander votre âge, nombre d'années d'installation, type et lieu d'exercice et date de votre première formation à l'hypnose ?

## **ANNEXE 2 : Article R1121-1**

**Modifié par Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 - art. 2**

I. – Sont des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches organisées et pratiquées sur des personnes volontaires saines ou malades, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales qui visent à évaluer :

1° Les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain, normal ou pathologique ;

2° L'efficacité et la sécurité de la réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques.

II. – 1° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent :

a) Pour les produits cosmétiques, conformément à leur définition mentionnée à l'article L. 5131-1, à évaluer leur capacité à nettoyer, parfumer, modifier l'aspect, protéger, maintenir en bon état le corps humain ou corriger les odeurs corporelles ;

b) A effectuer des enquêtes de satisfaction du consommateur pour des produits cosmétiques ou alimentaires ;

c) A effectuer toute autre enquête de satisfaction auprès des patients ;

d) A réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé.

2° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé.

3° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches ayant une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé conduites exclusivement à partir de l'exploitation de traitement de données à caractère personnel mentionnées au I de l'article 54 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qui relèvent de la compétence du comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations prévu au 2° du II du même article.



## **ANNEXE 3 : Reformulation en hypnose conversationnelle**

### **Phrases d'exemple extraites de la discussion :**

« Loin de nous l'idée de penser que vous ne comprenez pas, mais même si cela est difficile, vous devriez faire l'effort de bien lire nos explications. N'hésitez pas à poser des questions si votre esprit est confus »

### **... Reformulées sous forme d'hypnose conversationnelle :**

« Nous pensons bien que vous avez la capacité de comprendre, bien que cela ne soit pas facile, et peut-être que vos idées s'éclairciront à travers votre perception de nos explications. Sentez-vous libres de poser des questions si nos propos ne vous semblent pas assez clairs. »

### **... Ou encore une autre façon de traduire ces phrases en hypnose conversationnelle :**

« Nous savons que vous comprenez alors que cela n'est pas... facile. Autorisez-vous... à vous donner le temps ... pour percevoir ... ce qui vous est ... utile. Nous restons présentes ... pour compléter ces échanges riches avec vous ... si vous en ressentez... le besoin. »

*Recevez-vous différemment ces propos lorsqu'ils sont dits sous forme d'hypnose conversationnelle ?*

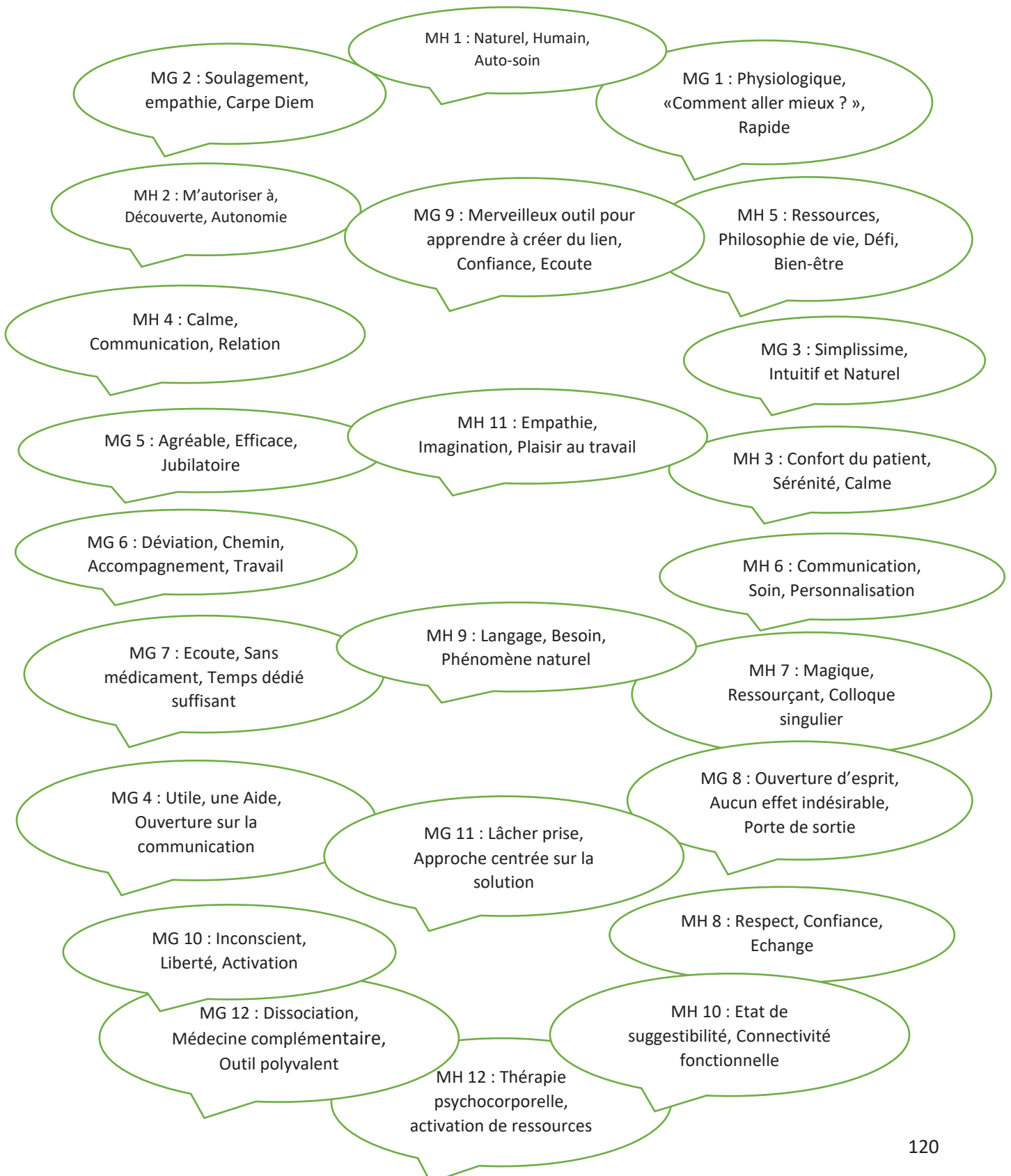
Il n'existe pas une mais plusieurs façons de « mieux » parler.

Les particularités de l'hypnose conversationnelle :

- ✓ Valoriser les capacités
- ✓ Eviter les mots à connotations négatives et privilégier ceux à connotations positives
- ✓ Laisser à l'interlocuteur son autonomie et sa liberté
- ✓ Avoir conscience que les négations ne sont pas toujours perçues
- ✓ Adopter une position basse vis-à-vis de l'interlocuteur

## ANNEXE 4 : Recueil des verbatims, l'hypnose en 3 mots

Recueil des verbatims des médecins en réponse à la question : quels seraient pour vous les 3 mots qui définissent l'hypnose ?



## **ANNEXE 5 : Accès aux entretiens**

La retranscription de tous les entretiens ainsi que l'arbre de codage complet ont été transmis aux membres du jury sous forme numérique.

Pour en disposer, la demande peut s'effectuer par mail à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

[c.pauchard74@gmail.com](mailto:c.pauchard74@gmail.com)

[barghouti.fatine@gmail.com](mailto:barghouti.fatine@gmail.com)

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bioy A. L'Hypnose. octobre 2017. (Que sais-je?).
2. Suarez B. Qu'est-ce que l'hypnose? Cerveau Psycho. août 2013;(58):38 à 45.
3. Erickson MH. Milton Erickson L'hypnose thérapeutique Quatre conférences. esf éditeur; 2017. (Art de la psychothérapie).
4. Becchio J. L'hypnose: des débuts difficiles. Cerveau Psycho. août 2013;(58).
5. Photo du baquet de Mesmer.
6. Bellet P. L'Hypnose. septembre 2016. (Odile Jacob, poches).
7. Brouillet A. Une leçon clinique à la Sapêtrière, peinture à l'huile. 1887.
8. Groening M. Série d'animation Les simpson.
9. L'Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
10. Roustang F. Qu'est ce que l'hypnose? Les éditions de minuit. 2002. (Broché).
11. Gorton BE. The physiology of hypnosis. I. Psychiatr Q. 1 avr 1949;23(2):317-43.
12. McGeown WJ, Mazzone G, Venneri A, Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. Conscious Cogn. déc 2009;18(4):848-55.
13. Raichle M. Un cerveau jamais au repos. Pour la Science. juill 2010;(393):42 à 47.
14. Weitzenhoffer AM, Hilgard ER. STANFORD HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY SCALE, FORM C. :56.
15. Faymonville M-E, Maquet P, Laureys S. Comment l'hypnose agit sur le cerveau. La Recherche. déc 2005;(392).
16. 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.
17. Suarez B. Power point : Imagerie fonctionnelle de l'hypnose: la preuve par l'image. Congrès en ligne e-SFAR. 2019.
18. Fransson KM Peter. Le connectome et les réseaux cérébraux [Internet]. [cerveauetpsycho.fr](http://cerveauetpsycho.fr). [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/neurosciences/le-connectome-et-les-reseaux-cerebraux-7703.php>

19. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cereb Cortex*. 1 août 2017;27(8):4083-93.
20. Felten DL, Shetty AN. *ATLAS DE NEUROSCIENCES HUMAINES DE NETTER*. 2ème édition. Elsevier Masson; 2011.
21. Faymonville M-E. Hypnosis and consciousness. *Douleur Analgésie*. Springer 2008;
22. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Les Neurones miroirs*. Odile Jacob. 2006. (Poches).
23. Rizzolatti G. *Les Systèmes de Neurones Miroirs*. 2006.
24. Cerveau et psychologie [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.puf.com/content/Cerveau\\_et\\_psychologie](https://www.puf.com/content/Cerveau_et_psychologie)
25. Crossman AR, Naevy D. *Neuroanatomie*. Elsevier Masson; 2004. (Campus illustré).
26. Ph.D ELR, Rossi KL. The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis. *Am J Clin Hypn*. 1 avr 2006;48(4):263-78.
27. Bernard F, Musellec H. *La communication dans le soin. Hypnose médicale et techniques relationnelles*. 2013. (BOOKS e-BOOKS).
28. Bioy A, Servillat T, Gouchet A, Morvan J. *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose*. Dunod. 2017. (Psychothérapies).
29. Witcher SJ, Fisher JD. Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting. *J Pers Soc Psychol*. janv 1979;37(1):87-96.
30. Définitions : corps - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corps/19404>
31. Définitions : esprit - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/esprit/31059>
32. *SAVOIR MEDICAL ET REPRESENTATIONS DU CORPS HUMAIN XVII–XIXEME SIECLES*. 2011.
33. Descartes R. *Les passions de l'âme*. Le livre de poche. 1649. (Les Classiques de la Philosophie).
34. Descartes R. *Discours de la méthode*. Libro. 1637.
35. Bernard M. *Le corps*. Editions du seuil. (Points Essais).
36. Millette B, Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé*. Sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Editions du Renouveau pédagogique Inc. 2005.
37. Bonaz B. *Le VEN miroirs de nos émotions*. avr 2016;(76).
38. Desvaux C, Pin R. *Cerveau et langage*. *Quest Clés Sci*. mai 2018;

39. Dehaene S. Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines. Odile Jacob. 2018.
40. Kahlaoui K, Joannette Y. Sémantique et hémisphère droit. médecine/sciences. 1 janv 2008;24(1):72-6.
41. Bioy A, Celestin-Lhopiteau I, Wood C. Hypnose en 50 notions. DUNOD. 2016. (Aide-Mémoire).
42. Benhaiem J-M. L'hypnose médicale, 2ème édition. MED-LINE. 2012.
43. Moroianu Zlatescu I, Popescu O. La science de la communication dans la relation médecin-patient. Chapitre 4. « Journal International de Bioéthique ». ESKA. Vol. 18. 2007. 45 à 50.
44. Place des mots dans la pratique de l'hypnose en médecine générale - Dr Christophe COPPIN, médecin généraliste [Internet]. Institut Français d'Hypnose. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/du-hypnose/place-des-mots-dans-la-pratique-de-lhypnose-en-medecine-generale-coppin/>
45. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;20(87).
46. Roustang F. Il suffit d'un geste. Odile Jacob, poches. 2003.
47. Asan O, Smith P, Montague E. More Screen Time, Less Face time – Implications for EHR Design. J Eval Clin Pract. déc 2014;20(6):896-901.
48. Ancelin Schützenberger A. La Langue secrète du corps | Payot. Payot & Rivages. Paris; 2015. (Petite Biblio Payot Essais).
49. Guilloux R. Le toucher en médecine chinoise. Corps. 2006;n° 1(1):99-106.
50. Gueguen C. Pour une enfance heureuse. Robert Laffont. 2014. (Pocket).
51. Lane A, Luminet O, Mikolajczak M. Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion. L'Année Psychol. 2013;Vol. 113(2):255-85.
52. Mascaux F, Houet J-L, Hâgelstein M-T, Crasson M, Legros J-J. L'ocytocine est libérée lors du Massage Holistique ® . Étude pilote chez l'homme jeune. /data/revues/00034266/00670005/442/ [Internet]. 16 févr 2008 [cité 6 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/76977>
53. Deleplancque J. L'hypnose dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable: évaluation de l'amélioration de l'état général, du stress perçu, et des stratégies de coping: étude de terrain grenobloise. :95.
54. 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.

55. Vincent L. Faites Danser votre Cerveau! Odile Jacob. 2018.
56. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Gallimard. 1945. (Tel).
57. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM Santé Ment Santé Publique. juin 2015;213.
58. Dehaene S. Le Code de la conscience. Odile Jacob. 2014. (Sciences).
59. Les conseils de Milton H. Erickson [Internet]. Hypnosium - Institut Milton H.Erickson Biarritz Pays basque. [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.hypnosium.com/video/les-conseils-de-milton-h-erickson/>
60. Bellet P. L'hypnose pour réhumaniser le soin. Odile Jacob. 2015.
61. Rowling JK. Harry Potter ET LES RELIQUES DE LA MORT. 2007.
62. Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. Pain. 1 mars 2005;114(1):303-9.
63. Ovadia D. Pourquoi ne voit-on que le négatif? Revue Cerveau & Psycho. août 2018;(101).
64. Watzlawick P. Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique. du Seuil. 1978.
65. André C. Le pouvoir des mots. Cerveau Psycho. juin 2013;(57).
66. Communiqué de presse des HCL. Le SAMU vous hypnotise! 7 janv 2019; Disponible sur: <http://www.chu-lyon.fr/fr/le-samu-de-lyon-vous-hypnotise>
67. Vial I, Moreau A. Apports de l'hypnose médicale pour le soignant: une étude qualitative auprès de onze praticiens de métiers et fonctions différents. Lyon, France; 2017.
68. Barrier P. Le patient autonome. puf. 2014. (Questions de soin).
69. 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. Rech Soins Infirm. 2012;N° 110(3):78-89.
70. Décision medicale partagée.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/836/fichier\\_fiche34\\_decision\\_medical\\_partagee6347f.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/836/fichier_fiche34_decision_medical_partagee6347f.pdf)
71. Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose Approches théoriques et cliniques. Elsevier Masson, 6ème édition. 2017. (Pratiques en psychothérapie).
72. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. The "doctor" effect in primary care. Presse Médicale. 2006;35(6, Part1):967-73.
73. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. Exercer [Internet]. avr 2017;(132). Disponible sur: [www.exercer.fr](http://www.exercer.fr)

74. Remède médecin, Effet médecin [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/851/fichier\\_fiche41\\_remede\\_medecin\\_effet\\_medecin1bd62e.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/851/fichier_fiche41_remede_medecin_effet_medecin1bd62e.pdf)
75. Aïm P, Kahn J-P. Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *Inf Psychiatr.* 2012;Volume 88(9):711-9.
76. Becchio J, Lelong P, Meyzer J-P, Pourchet S, Suarez B, Verstraete J-P. Polycopie D.I.U d'Hypnose Clinique. Université Paris XI-Orsay. Faculté de médecine de Bicêtre. 2015.
77. Wb S. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. *HAS.* mars 2017;5.
78. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France: Méta-analyse (2000-2017). oct 2017;89.
79. Myriam BN. HYPNOSE ET GESTION DU STRESS CHEZ LES SOIGNANTS. *Espérance Médicale.* mars 2016;Tome 23(218):4.
80. Lussier M-T, Richard C, Bourdy C, Millette B. Le Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - Les processus de communication. Version française. Extrait de *La communication professionnelle en santé.* [Internet]. Renouveaux Pédagogiques; 2004. Disponible sur: <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources>





Nom, prénom du candidat : BARGHOUTI Fatine

## CONCLUSIONS

L'hypnose thérapeutique ne se résume pas seulement à la pratique de séances formelles. La formation enseigne également une forme de communication thérapeutique nommée hypnose conversationnelle. Celle-ci véhicule une approche globale de la communication dans le soin, en menant le praticien à travailler sur le langage verbal, paraverbal et non verbal.

En médecine, quelle que soit la discipline exercée, la communication constitue une part essentielle de la prise en charge des patients, elle est d'ailleurs au centre de « la marguerite des compétences » en médecine générale. Cette compétence peut se développer tout au long du parcours professionnel par l'expérience, le compagnonnage et les formations.

Notre étude qualitative visait à explorer plus précisément dans quelle mesure la formation à l'hypnose pouvait influencer le rapport au corps, aux mots et à la parole des médecins généralistes et hospitaliers, dans le cadre de leur pratique.

Dans cette optique, nous avons chacune conduit 12 entretiens semi-dirigés, respectivement auprès de ces deux populations, et mené une réflexion commune sur chaque élément de ce travail.

Nous constatons que les apports de la formation à l'hypnose médicale dans le champ de la communication ont en effet été multiples, et semblent avoir eu un réel impact dans la pratique quotidienne de ces médecins.

Concernant le rapport au corps, la formation à l'hypnose leur a fait prendre conscience dans quelle mesure leur propre langage corporel pouvait influencer le ressenti du patient, et les a sensibilisés à la lecture du langage non verbal de celui-ci. L'hypnose les a également invités à développer un soin plus axé sur l'écoute du corps et sur les perceptions sensorielles du patient. Les médecins se sont familiarisés à la pratique de « l'harmonisation », art de se synchroniser au patient via la respiration, la gestuelle et la posture, en convoquant le système des « neurones miroirs ». Enfin, ils ont évolué vers une conception différente du lien corps-esprit, où l'un et l'autre s'influencent. Dans cet espace, l'esprit peut moduler les perceptions corporelles et les émotions.

S'agissant du rapport aux mots et à la parole, les médecins disent avoir changé leur façon de dialoguer.



Une idée phare véhiculée par l'hypnose thérapeutique est ressortie de tous nos entretiens : l'effet bénéfique d'un langage positif, évitant les mots à connotation négative et leur effet nocébo. Les médecins portent un nouveau regard sur les ressources présentes en chaque patient, mobilisables en faisant notamment appel à l'imaginaire par l'utilisation des métaphores. L'adaptation du langage du médecin à celui du patient est également l'un des adages de l'hypnose, dont ils ont pu tirer profit. Dans ce sens, leur faculté d'écoute s'est développée, avec plus d'attention portée aux mots du patient. Ils mesurent à présent davantage l'importance du sens et de l'impact des mots qu'ils emploient. De même, ils ont expérimenté le bénéfice d'un dialogue plus ouvert, ainsi que de l'utilisation de mots aux effets mobilisateurs pour le patient. Enfin, la communication hypnotique les a invités à porter une attention particulière au langage paraverbal : le rythme de parole, la tonalité de la voix et la place laissée aux silences.

Le dernier volet de notre travail s'intéressait à l'influence de la formation à l'hypnose dans la pratique des médecins, de manière générale. Plusieurs notions clés sont ressorties, dont notamment l'autonomie du patient que tend à favoriser l'hypnose médicale, en valorisant les capacités de chacun à mobiliser ses propres ressources.

L'hypnose thérapeutique semble donc aller dans le sens d'une approche centrée patient, et stimule davantage le praticien à s'intéresser à celui-ci dans son contexte bio-psycho-social. Le thérapeute se place alors en position d'accompagnateur, dans une approche pragmatique centrée sur les solutions pouvant mener le patient vers un mieux-être, en s'appuyant sur les ressources de ce dernier.

Dans cette dynamique, par l'hypnose, le médecin guide le patient à expérimenter un certain lâcher prise, et peut l'aider à lever ses résistances. L'hypnose est un outil qui donne également au médecin quelques clés pour faciliter le lien au patient et mieux l'accueillir.

Il ressort que l'hypnose est en réalité un phénomène naturel, souvent déjà pratiqué intuitivement par tout médecin, sans même en avoir conscience. La formation mène à conscientiser et développer cette capacité, ainsi qu'à ouvrir le champ des thérapeutiques en acceptant une part d'inconnu. L'hypnose médicale peut également contribuer à l'allègement de certaines prescriptions médicamenteuses. Enfin, il semble que sa pratique puisse permettre au médecin de se protéger de l'épuisement professionnel.

En somme, l'hypnose médicale peut donc être considérée comme un outil complémentaire précieux dans l'arsenal thérapeutique du médecin, notamment en termes de communication.

Il pourrait être intéressant d'ouvrir ce travail par une étude interrogeant des médecins sur les outils de communication qu'ils ont acquis ou ceux qu'ils penseraient bons d'acquérir pour enrichir leur pratique professionnelle. Par ailleurs, une étude questionnant les médecins sur leurs expériences de difficultés communicationnelles avec les patients, les éventuels moyens mis en œuvre pour les dépasser, et les outils de communication qui leur auraient semblés utiles à ces moments-là, pourrait s'avérer pertinente. Enfin, un travail complémentaire pourrait explorer le ressenti des patients en ce





qui concerne les changements dans leur rapport au corps ou à leur pathologie, suite à une prise en charge par hypnose médicale.

**Le Président de la thèse,**  
*Nom et Prénom du Président*  
*Signature*

*Pr Yves ZERBAS*

**Vu :**

**Pour le Président de l'Université,  
Le Doyen de l'UFM de Médecine Lyon Est**



*Gilles Rode*  
**Professeur Gilles RODE**



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **25 FEV, 2019**

---

**BARGHOUTI Fatine**

**Influence de la formation à l'hypnose sur le rapport au corps et à la parole chez les médecins généralistes et hospitaliers dans le cadre de leur pratique**

---

**RESUME**

Introduction et contexte : L'hypnose thérapeutique suscite un intérêt grandissant en médecine dans diverses disciplines et de nombreuses formations voient le jour. Au-delà de l'apprentissage de la séance formelle, la formation à l'hypnose médicale enseigne une forme de communication thérapeutique. L'objectif de notre travail était d'explorer les changements concrets ressentis par des médecins généralistes et hospitaliers, suite à leur formation à l'hypnose, concernant leur rapport au corps, aux mots et à la parole, dans leur pratique.

Méthode : Pour explorer cela, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 12 médecins généralistes et 12 médecins hospitaliers exerçant en région Rhône-Alpes.

Résultats et discussion :

La formation à l'hypnose thérapeutique semble avoir un réel impact dans la pratique quotidienne des médecins, en particulier sur le plan de la communication.

Concernant le rapport au corps, les médecins formés à l'hypnose remarquent prêter à présent davantage attention à leur propre langage corporel et à celui du patient. Ils développent un soin plus axé sur les perceptions sensorielles et tendent à s'harmoniser avec le patient par une attitude en miroir. Ils portent dorénavant un nouveau regard sur l'interaction entre le corps et l'esprit.

S'agissant du rapport à la parole, ils favorisent désormais des mots plus positifs dans leur discours. Ils s'appuient à présent sur l'usage de suggestions et de métaphores afin d'aider le patient à mobiliser ses ressources. Les notions d'écoute et d'attention accrue portée aux mots du patient sont mises en avant, ainsi que la prise en compte du sens et de l'impact des mots. Ils se disent également sensibilisés à la musicalité de la parole que constitue le langage paraverbal.

Enfin, la formation à l'hypnose ainsi que sa pratique influencent les médecins dans leur façon de soigner, de manière générale. Plusieurs notions clés sont ressorties des entretiens, dont l'autonomie du patient, la mobilisation de ses ressources, l'allègement de certaines prescriptions médicamenteuses, le lâcher-prise, la levée des résistances, et la facilitation du lien médecin-patient. L'hypnose médicale semble donc aller dans le sens d'une approche centrée patient, et invite ce dernier à découvrir ses propres solutions pour aller mieux. Cette pratique représente également un passage à l'épuisement professionnel.

Conclusion : L'hypnose est ici considérée comme un phénomène naturel, que la formation peut aider à développer à des fins thérapeutiques. Elle peut représenter un outil complémentaire précieux dans l'arsenal thérapeutique du médecin, notamment dans toutes les dimensions de la communication.

---

**MOTS CLES**

Hypnose thérapeutique, formation, parole, mots, corps, médecins, communication, langage verbal, langage non verbal, ressources, soin

---

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB  
Membres : Monsieur le Professeur Frédéric AUBRUN  
Monsieur le Professeur Alain MOREAU  
Monsieur le Docteur Vianney PERRIN

---

**DATE DE SOUTENANCE** 26 Mars 2019

---

**ADRESSE DE L'AUTEUR** 186 Avenue des frères Lumière 69008 Lyon

barghouti.fatine@gmail.com