

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



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



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019

N° 238

« L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU BURNOUT : LE VECU DES PATIENTS »

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 24 octobre 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Pauline RIVOIRE

née le 29 novembre 1990 à Toulouse (31)

Sous la direction du Professeure PAUMIER Françoise



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019

N° 238

« L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU BURNOUT : LE VECU DES PATIENTS »

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 24 octobre 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Pauline RIVOIRE

née le 29 novembre 1990 à Toulouse (31)

Sous la direction du Professeure PAUMIER Françoise

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE
Secteur Santé :	
Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT
Secteur Sciences et Technologie :	
Directeur de l'UFR Sciences et Technologies	M. Fabien DE MARCHI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yanick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN

Directeur de l'IUT

Pr Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières et
Assurances (ISFA)

M. Nicolas LEBOISNE

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Pr Isabelle DANIEL

Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (ESPE)

Pr Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2019/2020

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
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle

Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie digestive
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
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
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
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MOREL	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON	Emmanuel	Néphrologie

MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
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
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
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
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; 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
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

TILIKETE	Caroline	Physiologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GIRARD	Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne

HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
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
ROMAN	Sabine	Physiologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Physiologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

BERARD	Annick
FARGE	Thierry
LAMBLIN	Gery
LAINÉ	Xavier

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GOUILLAT	Christian	Chirurgie digestive
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

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
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
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 Conférences – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologies
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie

PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUA	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARA	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologies
VENET	Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie Clinique Pharmacovigilance
ROLLAND	Benjamin	Psychiatrie d'adultes
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

PIGACHE	Christophe
DE FREMINVILLE	Humbert
ZORZI	Frédéric

Maître de Conférences

LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie,
VINDRIEUX	David	Physiologie

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.

LISTE DES ABREVIATIONS

DSM V : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux - 5^{ème} édition

CIM 11 : Classification Internationale des Maladies - 11^{ème} édition

MBI : Maslach Burnout Inventory

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EMDR : Eye Movement Desentization and Reprocessing (pouvant se traduire par :
Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et la Recherche Médicale

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Marie Flori, qui m’a fait l’honneur d’accepter de présider ce jury, et qui a pris du temps pour encadrer ce travail.

A Monsieur le Professeur Thierry Damato, que je remercie sincèrement d’avoir accepté d’être membre du jury de thèse.

A Madame la Professeure Françoise Paumier, qui m’a accompagnée durant tout ce travail de thèse, que je remercie pour ses conseils et son expérience.

A Monsieur le Professeur Christian Dupraz, pour l’intérêt porté à mon travail, et pour avoir accepté d’être membre du jury de thèse.

Ce travail est dédié

A mes maîtres de stage qui m’ont formée, et qui m’ont permis d’évoluer pour être le médecin que je suis aujourd’hui.

A tous les patients qui ont accepté de participer à ce travail, qui ont pris de leur temps pour que ce travail aboutisse ! Et également *à tous les hypnothérapeutes* qui ont participé et ont cru en mon travail.

A ma famille et à mes ami(e)s,

A mes parents, pour leur soutien, les valeurs qu’ils m’ont transmises, et pour m’avoir donné l’opportunité de réaliser cette carrière. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi !

A mon frère et Lison, pour leur exemple de courage quant à leurs carrières et leurs choix de vie, pour les bouffées d’oxygène dans le Vercors !

A ma sœur, pour sa douceur, sa bienveillance, sa bonne humeur. A Michaël pour les nombreux sauvetages informatiques ! Et à leur petite Emmy, qui est un vrai rayon de soleil !
A ma grand-mère, pour toute sa sagesse, ses précieux conseils et son ouverture d'esprit.
A mon grand-père, à qui j'aurais aimé pouvoir présenter ce travail mais dont la mémoire m'accompagne, et dont les conseils me suivent toujours.
A toute ma famille, mes nombreux cousins et cousines qui sont comme des frères et sœurs !
A tous ces moments partagés de cousinades, de Noël et autres que j'attends toujours avec impatience !

A Laurent, pour son soutien sans faille, ses conseils, sa bonne humeur. Je suis heureuse d'avoir traversé cette épreuve à tes côtés et de partager ta vie.

A Pauline et Sharmila, pour toutes les expériences vécues, pour avoir grandi et évolué ensemble. Aux discussions enrichissantes avec Pauline à nos cours de méditation, au rire inégalable de Sharmila !

A mon ancienne colocataire Pauline, avec qui toute cette aventure de médecine a commencé.

A Agathe, Marc et Nicolas pour les années de médecine passées à se soutenir, et pour tous les merveilleux souvenirs de voyage de la PoneyVallée qui resteront gravés à jamais !

A celles qui sont plus loin mais que je prends toujours plaisir à revoir, Estelle, Lydia, Anabel, Béatrice !

A mes amis lyonnais Tatiana, Alexandra, Justyna, Matthieu qui m'ont fait apprécier cette période lyonnaise, et à tous ceux rencontrés pendant l'internat.

A Thery, qui a été d'un grand soutien pendant de nombreuses années.

A Guillaume, que j'ai soutenu durant sa propre thèse, pour toutes les aventures vécues.

Aux membres du DU d'hypnose thérapeutique à Grenoble, à nos rencontres et nos échanges intéressants sur l'hypnose.

A tous les gens qui ont croisé ma route durant mes périples en Australie et en Nouvelle-Zélande, notamment à Brice qui m'a hébergée et soutenue.

A tous ceux et toutes celles que je n'ai pas mentionnés mais qui ont croisé mon chemin et m'ont fait évoluer.

TABLE DES MATIÈRES

<u>Liste de l'Université</u>	1
<u>Liste des Professeurs de la Faculté de Médecine Lyon Est</u>	3
<u>Serment d'Hippocrate</u>	13
<u>Liste des abréviations</u>	14
<u>Remerciements</u>	15
<u>Table des matières</u>	17
<u>I. Introduction</u>	21
<u>II. Notions générales, bibliographie</u>	22
<u>A. Le burnout</u>	22
1. Définition, prévalence, symptômes	22
2. Diagnostic et évaluation	23
3. Facteurs de risque organisationnels et individuels	24
4. Prise en charge	26
<u>B. L'hypnose</u>	28
1. Définitions	28
2. Histoire de l'hypnose	31
3. Apport des neurosciences	32
4. Indications et contre-indications	34
<u>C. Revue de la littérature</u>	34

<u>III. Matériel population et méthode</u>	35
<u>A. Matériel et logiciels</u>	35
<u>B. Méthode</u>	35
<u>C. Population</u>	36
<u>D. Entretiens</u>	36
<u>E. Analyse des données</u>	37
 <u>IV. Résultats</u>	 39
<u>A. Caractéristiques des entretiens</u>	39
1. Nombre d'entretiens, saturation des données	39
2. Durée et lieux des entretiens	39
<u>B. Caractéristiques de la population</u>	39
<u>C. Principaux résultats</u>	39
1. Le burnout	40
1.a. Les symptômes	40
1.b. Les conséquences et les séquelles	40
1.c. La prise en charge	41
1.d. La reprise du travail	44
2. Pourquoi l'hypnose ?	45
2.a. Pourquoi le choix de l'hypnose ?	45
2.b. Comment ?	46
2.c. Les attentes	47
3. Le vécu et les ressentis de l'hypnose	48
3.a. L'image de l'hypnose	48
3.b. Les ressentis durant les séances	48
3.c. Une thérapie différente	49

3.d. Une thérapie puissante, qui remue	49
3.e. Une thérapie saine et bienveillante	50
3.f. Une thérapie de durée variable, à poursuivre	51
3.g. Une thérapie à recommander	52
4. Les bénéfices ou points positifs de l'hypnose	53
4.a. Des résultats globaux positifs	53
4.b. Le lâcher prise et la diminution de l'anxiété	54
4.c. Un important développement personnel	55
4.d. Eviter la prise de traitements médicamenteux	57
4.e. Un travail dans l'inconscient bénéfique et durable	58
4.f. La responsabilisation et l'autonomisation	59
5. Les limites ou points négatifs de l'hypnose	60
5.a. L'investissement	60
5.b. Les difficultés de l'hypnothérapie	61
5.c. L'inefficacité, les changements non durables et les rechutes	62
5.d. Des changements parfois ressentis négativement	64
5.e. Une thérapie non encadrée, non reconnue	64
5.f. Des résultats qui dépendent de plusieurs facteurs	64
<u>V. Discussion</u>	67
<u>A. Discussion de la méthode</u>	67
1. Forces de l'étude	67
1.a. Les thèmes abordés	67
1.b. Méthodologie	67
2. Limites de l'étude	69
2.a. Les thèmes abordés	69
2.b. Méthodologie et analyse	69

<u>B. Discussion des résultats</u>	70
1. Caractéristiques des entretiens	70
2. Caractéristiques de la population	70
3. Principaux résultats	71
3.a. Le burnout	71
3.b. Pourquoi l'hypnose	74
3.c. Le vécu et les ressentis de l'hypnose	76
3.d. Les bénéfices ou points positifs de l'hypnose	77
3.e. Les limites ou points négatifs de l'hypnose	81
 <u>VI. Conclusion</u>	 87
 <u>VII. Annexes</u>	 89
<u>A. MBI test</u>	89
<u>B. Modèle de Karasek et Siegrist</u>	91
<u>C. Canevas d'entretien</u>	92
<u>D. Arbre de codage</u>	95
<u>E. Tableau des caractéristiques de la population</u>	99
<u>F. Grille de lecture d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille</u>	
<u>Côté-Turgeon)</u>	101
 <u>VIII. Bibliographie</u>	 102

I. INTRODUCTION

Concept relativement récent, le burnout devient de plus en plus fréquent (1,2).

L'évolution des conditions et de l'organisation du travail conduit à l'augmentation des risques psychosociaux pouvant nuire à la santé des salariés (1).

Le burnout est mal défini. Il ne fait pas partie des diagnostics officiels de maladie du DSM V et de la CIM-11 (3,4). Sa prise en charge est peu codifiée, et les médecins généralistes peuvent se sentir démunis face à la souffrance de leurs patients (1,5,6).

Les patients cherchent de plus en plus le contact humain, l'écoute. Ils souhaitent être acteurs et au centre d'une prise en charge plus globale (7,8).

L'hypnose thérapeutique répond à cette demande, car elle permet de soigner un sujet en relation avec son environnement (9).

Les études neurophysiologiques montrent qu'il s'agit d'un état de conscience modifié différent de l'état de veille et de relaxation, et légitiment ainsi son utilisation (10). Il existe quelques indications validées pour la prise en charge par hypnose (7).

En revanche, il n'existe aucune littérature scientifique sur l'hypnose dans la prise en charge du burnout.

L'hypnose thérapeutique pourrait être une piste intéressante (11), comme l'est aussi la méditation de pleine conscience (12–16), en complément d'autres mesures afin de garantir une prise en charge pluridisciplinaire optimale (1,17).

En effet, l'hypnose est utile dans la prise en charge des troubles anxieux, présents dans le burnout (9,18–20). Elle pourrait diminuer la prise médicamenteuse (21) et être à l'origine d'un développement personnel important (11,22).

L'objectif principal de ce travail est donc d'étudier la place éventuelle de l'hypnose thérapeutique dans la prise en charge du burnout, au travers du vécu des patients.

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, auprès de patients ayant eu un diagnostic de burnout par un professionnel de santé, un psychologue ou hypnothérapeute, et ayant bénéficié d'une prise en charge par au moins deux séances d'hypnose.

II. NOTIONS GENERALES, BIBLIOGRAPHIE

A. Le burnout

1. Définition, prévalence, symptômes

Le burnout, encore appelé syndrome d'épuisement professionnel, a été défini par Schaufeli et Enzmann en 1998 comme un « *épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes* » (23).

Il avait été décrit pour la première fois par Freudenberger en 1975 comme « *le fait de ne pas y arriver, s'user, être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressources* », caractérisant l'état d'épuisement de professionnels et bénévoles travaillant dans un centre de désintoxication (23).

Cette entité clinique ne fait pas partie des diagnostics officiels de maladie des nomenclatures internationales telles que le DSM V de l'American Psychological Association, et la nouvelle CIM-11 de l'OMS qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (3,4). Le burnout est cité dans la CIM-11 dans la catégorie des problèmes liés au travail, catégorie 24 « *Factors influencing health status or contact with health services* ⁽¹⁾ » sous-catégorie « *Problems associated with employment or unemployment* ⁽²⁾ » QD85 « *Burnout* » (4).

La prévalence du burnout est difficile à chiffrer car il n'y a pas de critères diagnostiques précis. Une étude de Santé Publique France sur les salariés actifs en France entre 2007 et 2012 estime à 480 000 le nombre de personnes concernées par la souffrance au travail (sur 24 millions) sur l'année 2012, dont environ 7% - soit 30 000 cas - de burnout (2).

Une étude de 2014 du cabinet Technologia estimait que 3,2 millions de salariés actifs en France - soit 12% de la population active - seraient en risque élevé de développer un burnout (24).

¹ *Factors influencing health status or contact with health services* = Facteurs influençant l'état de santé ou le contact avec les services de santé

² *Problems associated with employment or unemployment* = Problèmes associés à l'emploi ou au chômage

Le coût social du burnout n'est pas connu. Néanmoins, l'Institut National de Recherche et de Sécurité estime le coût du stress professionnel en France en 2007 entre 2 et 3 milliards d'euros (25). Le stress serait à l'origine de 50 à 60 % des journées de travail perdues (26).

Selon les travaux de Christina Maslach, le burnout présente trois dimensions : un épuisement professionnel émotionnel, physique et psychique ; une dépersonnalisation ; une perte d'accomplissement personnel au travail (27,28).

Ce syndrome se traduit par des manifestations : (1)

- **émotionnelles** : épuisement, dévalorisation, tristesse, perte de contrôle, peurs mal définies, crises de larmes.
- **physiques** : fatigue chronique, céphalées, vertiges, troubles gastro-intestinaux, palpitations, troubles du sommeil.
- **cognitives** : diminution de la concentration, difficultés à prendre des décisions, erreurs, fautes et oublis.
- **comportementales ou interpersonnelles** : repli sur soi, comportement agressif voire violent, cynisme, diminution de la tolérance à la frustration, diminution de l'empathie, comportements addictifs.
- **motivationnelles** : désengagement, baisse de motivation.

Cela peut s'associer à des pathologies cardiovasculaires et à des troubles musculo-squelettiques. Un lien est suspecté avec les dyslipidémies, le diabète de type 2, les infections à répétition, les dermatoses, ainsi que les pathologies de la grossesse et néonatales (29–32).

2. Diagnostic et évaluation

De nombreux outils d'évaluation existent. Le Maslach Burnout Inventory (MBI, *cf annexe A p.89*), est utilisé dans 90% des études (23). Ses critères psychométriques sont valides selon une étude de l'Institut National de Recherche et de Sécurité, sauf pour la version française de l'échelle de dépersonnalisation qui présente une consistance interne insuffisante (33).

Le MBI comporte 22 questions explorant l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement personnel. Chaque réponse peut être donnée selon 7 modalités sur une échelle de fréquence, de jamais à quotidienne.

Les résultats sont classés en burnout léger, modéré ou sévère pour chacune des trois dimensions. Cependant, il n'existe pas de valeur seuil permettant de considérer le patient en burnout (1).

La version en langue française du MBI a été validée en 1994 par Dion et Tessier (34).

Le burnout et la dépression semblent être deux entités distinctes, même si elles partagent certains symptômes et certaines conséquences sur la vie courante. Cependant, le burnout sévère pourrait mener certains patients à une dépression caractérisée (1,30). Un antécédent de dépression est un facteur de risque de développer un burnout (1).

Il n'a pas été trouvé de marqueur biologique spécifique du burnout. Le burnout est une pathologie du stress chronique, pouvant entraîner des altérations de l'axe hypothalamo-hypophyso-adénocorticotrope, et des cytokines pro-inflammatoires (1,3,35).

3. Facteurs de risque organisationnels et individuels

Dans le syndrome d'épuisement professionnel, les facteurs personnels représenteraient 40% des causes, et les facteurs organisationnels 60% (36).

Tous les types d'emploi peuvent être concernés (37), mais les métiers où il est nécessaire de montrer ou de réprimer ses émotions, et les métiers où il faut faire preuve d'empathie seraient plus à risque (3).

- **Les facteurs de risque liés au travail** sont les facteurs de risques psychosociaux cités dans le rapport Gollac : les exigences du travail ; les exigences émotionnelles ; le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ; le manque de soutien social et de reconnaissance au travail ; les conflits de valeurs ; l'insécurité de l'emploi et du travail (1,38).

- **Les facteurs de risque liés à l'individu** sont plus controversés. Plusieurs facteurs semblent liés au burnout : perfectionnisme, tendance à l'hyperactivité et à l'addiction au travail, faible estime de soi, faible sentiment d'auto-efficacité, neuroticisme (affectivité négative), vulnérabilité, lieu de contrôle externe ⁽²⁾, labilité émotionnelle, introversion, style de coping ⁽³⁾ évitant (3,40).
- **La situation familiale** : le célibat augmenterait l'épuisement émotionnel (41).
- **Le sexe** : les différences retrouvées sont infimes sauf sur les données épidémiologiques françaises qui retrouvent deux fois plus de souffrance psychique liée au travail chez les femmes que chez les hommes (1). Les femmes sont plus confrontées à un conflit de rôle famille-travail (42).
- **La catégorie sociale** : les résultats divergent. Sur les données épidémiologiques françaises, le risque augmente dans les catégories sociales plus élevées. Cela pourrait être corrélé au type de métier exercé (1).
- **L'âge** : le risque augmenterait avec l'âge selon les données épidémiologiques françaises (1).

Deux modèles établis successivement par Karasek et Siegrist (*cf annexe B p.91*) ont tenté d'expliquer l'apparition du burnout. Selon Karasek en 1979, la tension apparaît lorsque des exigences élevées sont associées à un faible contrôle. Elle est aggravée par l'absence de soutien. La théorie de Siegrist décrit l'apparition d'une tension lors du déséquilibre entre les efforts perçus et les récompenses attendues (3,43).

² Lieu de contrôle = « croyance du sujet dans le lien entre sa conduite et l'origine d'un événement auquel il doit faire face. Lorsqu'elle considère que l'événement dépend de son propre comportement, une personne témoigne d'une croyance en un contrôle interne. Lorsqu'elle pense que l'événement est le produit de forces extérieures à elle, comme la chance, le hasard, Dieu, elle manifeste un contrôle externe. » (39).

³ Coping = de l'anglais *to cope* (supporter), signifie « l'ensemble des réactions et des stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes. » Richard LAZARUS, « *Psychological Stress and Coping Process* » (1966)

4. Prise en charge

La prévention primaire

La prévention du burnout devrait être plurimodale : politique, organisationnelle et individuelle (1,44).

Les partenaires sociaux européens ont signé un accord sur le stress au travail en 2004 puis un accord-cadre sur le harcèlement et la violence au travail en 2007, donnant obligation à l'employeur de prendre les mesures préventives adéquates concernant les causes individuelles et collectives du stress (26).

La prise en charge et la prévention secondaire

La réponse au burnout devrait être pluridisciplinaire, car seules les interventions centrées conjointement sur la personne et sur l'organisation sont efficaces (1,17).

Elle reste mal codifiée (1,45,46), mais il semblerait qu'elle nécessite la même prise en charge plurimodale qu'en prévention primaire.

Différents acteurs peuvent être sollicités :

- **Le médecin de prévention ou médecin du travail (5,43) :**

Il est difficile à l'heure actuelle de faire reconnaître le burnout comme maladie professionnelle, car les maladies psychiques ne disposent pas d'un tableau de maladie professionnelle permettant de préjuger du lien entre le travail et la pathologie. Cependant, le système dit « complémentaire » du quatrième alinéa de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité Sociale, permet une reconnaissance au cas par cas. En 2015, 418 cas sur 1221 demandes ont reçu un avis favorable.

- **L'employeur :** L'employeur doit évaluer l'ensemble des risques professionnels auxquels ses salariés sont exposés, et mettre en place les mesures de prévention qui permettent d'éviter l'apparition de risques psychosociaux ou de souffrance au travail, en respectant l'article Art. L. 4121-2 du code du travail. Il doit ensuite adapter l'environnement pour permettre le retour à l'emploi du salarié (43,47).

- **Le médecin conseil de la CPAM** se prononce sur la légitimité de l'arrêt de travail prolongé, et peut décider de la mise en invalidité (43,47).
- **Le Comité Social et Economique** (anciennement CHSCT) peut participer par ses missions d'écoute, d'information, de conseil, de recueil des difficultés, d'assistance, d'analyse des risques professionnels, et d'expertise externe (43,47).
- **Les consultations professionnelles dans le cadre de la souffrance au travail**, encore peu connues (48), peuvent permettre au salarié de réaliser une analyse précise de sa situation (43).
- **Le psychiatre et/ou psychologue** : La prise en charge en psychothérapie de type comportementale et cognitive (TCC) a prouvé une relative efficacité même si des actions de rappel régulières doivent être effectuées. Elle reste la technique psychothérapeutique étudiée la plus efficace (1,39,49–51).
- **Le médecin généraliste** : Il permet de faire le lien entre les différents acteurs, d'orienter le patient et d'effectuer un suivi.
Il prescrit l'arrêt de travail nécessaire afin d'éloigner le sujet de son environnement professionnel. L'arrêt de travail dure en moyenne 10 mois (49). Une reprise à temps partiel thérapeutique peut s'avérer nécessaire pour favoriser la réadaptation.
- **Les traitements médicamenteux** : Les médicaments n'occupent pas une place centrale dans le traitement du burnout (1,52). Les antidépresseurs peuvent être prescrits dans le trouble anxieux généralisé ou le syndrome dépressif caractérisés, et les hypnotiques en cas de trouble du sommeil (1,52).
- **Les traitements complémentaires** : La méditation a démontré son efficacité sur la diminution des symptômes du burnout, sur la relaxation, et sur la satisfaction personnelle des patients (12–16). Un mode de vie sain, avec notamment une pratique sportive, est également recommandé (39).

B. L'hypnose thérapeutique

1. Définitions

- L'hypnose

Jean Godin (1931-2002), psychiatre considéré comme l'initiateur de l'hypnose ericksonienne en France, avait proposé comme définition de l'hypnose dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale en 1991 : « *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 débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure, qui suppose un certain « lâcher-prise », équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme un état. 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.* »

L'American Psychological Association définit quant à elle l'hypnose comme : « *un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion.* » (7).

- Suggestion

En hypnose ericksonienne, le terme « suggestion » désigne un message indirect, destiné à faire apparaître des comportements ou des réponses souvent inconscients. Le sujet a la liberté de l'accepter ou de la rejeter (53).

- L'hypnotisabilité

L'hypnotisabilité est la capacité d'un sujet à être hypnotisé, et peut se mesurer à l'aide d'échelles de susceptibilité hypnotique, telles que l'échelle de Stanford ou de Harvard (54). Il semblerait qu'elle soit stable dans le temps pour chaque personne (18). Tous les patients seraient hypnotisables, puisqu'il s'agit d'un état naturel (9). Cependant, environ 25 % des patients ne sont pas sensibles aux suggestions directes utilisées pour les tests d'hypnotisabilité (9,53).

- **La transe hypnotique**

Elle désigne l'état modifié de conscience, c'est à dire l'état hypnotique. Les indicateurs de l'état de transe habituellement décrits sont : des mouvements des yeux sous les paupières fermées, l'immobilité corporelle, le ralentissement de la respiration et du rythme cardiaque, le relâchement des muscles du visage, la fixité du regard, une salivation excessive ou au contraire une disparition partielle du réflexe de salivation et de déglutition (9,55).

La profondeur de la transe n'est pas prédictive de l'efficacité obtenue.

Il semble que la réponse hypnotique soit dépendante de trois facteurs : la variabilité individuelle à la suggestibilité, les suggestions spécifiques, et de façon plus controversée l'induction hypnotique (56–58).

- **Le déroulement classique d'une séance d'hypnose** (9,55)

Une séance d'hypnose comporte habituellement 4 phases s'enchaînant de façon continue :

- **l'induction** : voie d'accès à l'inconscient, elle sert à induire l'état de transe par une voix lente rythmée sur la respiration, et une focalisation de l'attention. Elle permet de dissocier le sujet : il peut alors entretenir deux activités mentales simultanées, dont une inconsciente (59).

- **l'approfondissement ou transe** : elle permet au sujet de focaliser son attention sur les phénomènes internes. Il peut alors réorganiser son fonctionnement cognitif, grâce à ses ressources inconscientes, par les suggestions, métaphores et autres techniques spécifiques de communication hypnotique, toujours formulées de façon positive.

- **les suggestions post-hypnotiques** : données par le thérapeute lorsque le sujet est toujours en transe, elles programment un comportement qui surviendra après la séance, et permet d'étendre le bénéfice au delà de la séance.

- **le réveil** : permet de réassocier le patient et de le ramener confortablement dans le moment présent.

L'hypnose fait partie des thérapies dites « brèves », et nécessite entre une et dix séances pour un problème donné. Le but n'est pas de trouver les causes du problème, mais de proposer des solutions.

- **Les différents types d'hypnose** : (9,53,54,60,61)

-**L'hypnose dite classique**, se base sur des suggestions directes et autoritaires. Le thérapeute se situe en position haute, directive, et l'induction est rituelle et formalisée. Elle est plutôt utilisée en hypnose de spectacle.

-**L'hypnose Humaniste** cherche à ré-associer ou éveiller davantage le patient, sans manipulation, même thérapeutique, de la part du thérapeute.

-**L'hypnoanalyse** provient de la rencontre entre l'hypnose et la psychanalyse. Elle est très peu pratiquée à l'heure actuelle.

-**L'hypnose ericksonienne** est centrée sur le patient, l'alliance thérapeutique est primordiale. Les suggestions utilisées sont indirectes et floues, pour être les plus congruentes possibles au patient. Il en existe deux formes :

- **L'hypnose formelle** respecte les 4 phases décrites ci-dessus. Le sujet est en transe moyenne ou profonde, yeux fermés et ne communique pas ou peu durant la séance.
- **L'hypnose conversationnelle** utilise des techniques de communication employées lors de séances formelles d'hypnose, sans la phase d'induction, mettant ainsi le patient dans une transe légère, yeux ouverts, lui permettant de communiquer verbalement.

-**L'auto-hypnose** permet au patient d'induire la transe par lui-même. Elle nécessite un apprentissage, permettant d'obtenir une transe légère à moyenne.

2. Histoire de l'hypnose : (9,62)

L'utilisation de l'hypnose à des fins thérapeutiques semble utilisée depuis des millénaires. Les premières traces furent retrouvées en Mésopotamie il y a plus de 6000 ans.

Paracelse (1493-1541) écrivit que les moines du couvent d'Ossiach guérissaient les malades après les avoir endormis par la fixation d'une boule de métal. Ce médecin utilisa lui-même fréquemment cette méthode qu'il appelait Cure magnéto-sympathique.

En 1774, **Mesmer** (1734-1815) emprunta la technique du Père Hell qui guérissait les malades au moyen de fers aimantés. Mesmer mit en avant la capacité de certains individus à influencer les autres grâce à l'existence d'un fluide qu'il baptisait le "fluide animal". Pour lui, la maladie provenait d'une mauvaise répartition de ce fluide dans le corps. Mesmer utilisait alors le magnétisme animal pour rétablir la bonne circulation du fluide et guérir le patient.

Dans la période qui suivit, **James Braid** (1795-1860), chirurgien Anglais, découvrit le magnétisme au cours d'un spectacle de théâtre. Il acquit la certitude que cet état n'était pas dû à un magnétisme, nomma ces techniques « hypnotisme », et mit en valeur le rôle des suggestions : *« Il n'y a pas de magnétisme ; tout est suggestion. L'action thérapeutique dépend en partie du thérapeute, mais aussi du patient qui doit accepter la suggestion. »*.

Auguste Liebeault (1823-1905) démontra que la transe hypnotique pouvait être induite par le simple fait d'une induction verbale.

Deux grands courants de l'hypnose s'opposèrent ensuite, l'un soutenu par **Hippolyte Bernheim** (1840-1919), Professeur à la faculté de médecine de Nancy et l'autre par **Jean-Martin Charcot** (1825-1893). L'école de Nancy défendit l'idée que l'hypnose était un phénomène parfaitement naturel réduit à la seule suggestion, et qu'elle n'apparaissait pas uniquement chez des personnes hystériques, comme le soutenait Charcot.

Sigmund Freud (1856-1939), utilisa l'hypnose au début de sa carrière mais l'abandonna rapidement, trouvant que la technique ne marchait pas de façon égale sur les patients et variait avec la qualité de la relation thérapeutique.

Au début du 20^e siècle, **Milton H. Erickson** (1901-1980), à l'origine de l'hypnose ericksonienne, fut particulièrement novateur en adoptant une position basse, respectueuse par rapport aux patients. Il développa un langage riche et élaboré, qui inspira par la suite des écoles diverses : thérapies familiales, thérapies brèves, programmation neuro-linguistique.

3. Apport des neurosciences : (7,9,53,56,63–67)

Malgré de nombreuses études de neuro-imagerie, les mécanismes de l'hypnose restent imprécis.

L'électroencéphalogramme a permis d'objectiver en 1949 que l'hypnose était un état distinct du sommeil, avec un tracé de type alpha et bêta, ainsi qu'une production d'ondes thêta associées à la détente et à la concentration.

En 1993, grâce à l'étude de M.E Faymonville et P. Maquet en imagerie fonctionnelle, l'hypnose a pu être définie avec certitude comme un état modifié de conscience, distinct de l'état de veille et de l'état de relaxation, avec perte d'attention pour les stimuli extérieurs.

De nombreuses études ont ensuite démontré que l'état hypnotique est associé à des variations de flux sanguin cérébral.

Il existe une augmentation du flux sanguin dans les aires corticales occipitales, notamment le gyrus lingual (cortex visuel favorisant la production d'images mentales), et diminution dans la partie mésencéphalique du tronc cérébral et au niveau du lobe pariétal droit (impliqué dans la distinction entre le corps et l'environnement). Il y a également une mobilisation du circuit de l'absorption mentale avec augmentation du flux sanguin dans le tronc cérébral ponto-mésencéphalique, le thalamus médian, le cortex cingulaire antérieur, le lobe frontal inférieur et le lobe pariétal de l'hémisphère gauche (structures cérébrales impliquées dans l'attention et le contrôle moteur des mouvements, les perceptions sensorielles et émotionnelles).

En hypnoanalgésie, l'hypnose pourrait agir sur les 2 composantes de la douleur : le ressenti émotionnel et la sensation douloureuse elle-même.

Les recherches récentes montrent que l'hypnose entraîne des modifications dans préférentiellement trois réseaux neuronaux cérébraux :

- **le réseau exécutif** : Il se situe au niveau du cortex pré-frontal dorso-latéral et du cortex pariétal postérieur. Il est impliqué dans la flexibilité cognitive, dont la création et la manipulation des images mentales. Il permet de maintenir l'attention sur les représentations mentales pertinentes lors de l'absorption cognitive. Il permet la surveillance rétrospective de la fluidité entre les intentions et les actions.

Il exerce une influence sur le réseau par défaut.

- **le réseau par défaut** : Il se situe au niveau du cortex cingulaire postérieur et du cortex pré-frontal médian. Il correspond à l'état de base, lorsque le sujet se laisse aller au moment présent et que des pensées spontanées surgissent. Son activité diminue lorsque le sujet doit répondre à une tâche.

Durant l'hypnose, la diminution de l'activité de la partie frontale de ce réseau diminue les pensées spontanées. Cela montre que l'état d'hypnose est différent de l'état de repos.

Durant l'hypnose, il semble y avoir une déconnexion entre le réseau par défaut et le cortex pré-frontal dorso-latéral du réseau exécutif, ce qui conduit à l'absorption mentale.

- **le réseau de saillance** : Il se situe au niveau du cortex fronto-insulaire et du cortex cingulaire antérieur dorsal. Il intègre les signaux provenant de sources internes et externes, pour régir les réponses neuronales aux événements. Les modulations de ce réseau en hypnose permettraient des variations de la réception des signaux internes et externes. Ce réseau pourrait coordonner les modifications des réseaux neuronaux exécutifs et par défaut observés durant l'hypnose. On note également une augmentation de la connexion entre l'insula et le cortex pré-frontal dorso-latéral en hypnose, impliquant l'émotion, l'empathie, le contrôle du corps. Enfin, on retrouve une diminution de l'activité du cortex cingulaire antérieur dorsal, entraînant une diminution de l'attention à l'environnement extérieur et une diminution du jugement critique, ainsi qu'une meilleure suggestibilité.

4. Indications et contre-indications :

L'hypnose semble être utile dans de nombreuses pathologies (7,9,18,19,21,55,68–72). Elle a fait ses preuves uniquement sur la diminution de la consommation de sédatifs et/ou d'antalgiques lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'un acte de médecine ou de radiologie ; et dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable (7).

Les contre-indications habituellement retenues sont les patients présentant une dissociation psychiatrique (schizophrénie, hallucinations, paranoïa...), les déficiences mentales et démences, et les déficiences auditives du fait de la difficulté de réalisation (7).

C. Revue de la littérature

Les mots clés suivants ont été utilisés dans les bases de données anglophones (PubMed, Cochrane, Web of Science) : hypno* AND burnout*

Ces recherches n'ont trouvé aucun résultat évoquant la prise en charge du burnout par l'hypnose, mais certains articles sur la diminution du burnout chez les soignants pratiquant l'hypnose.

Les mots clés ont donc été étendus à : Burnout* AND (alternative OR complementary OR mind-body therap*)

Professionnal stress AND (hypnosis OR alternative therap* OR complementary therap* OR mind-body therap*)

Dans les bases de données francophones, à savoir la bibliothèque Lyon 1, Doc'CISMEF, Lissa, SUDOC, Thèses.fr, EM premium et CAIRNinfo, les mots clés suivants ont été utilisés : burnout*, hypno*, stress pro*, stress*, thérapies complémentaires, thérapies corps-esprit, méditation

D'autres articles ont été sélectionnés à partir de la bibliographie des articles pertinents et intéressants. Des ouvrages ont été empruntés dans les bibliothèques universitaires de la faculté de médecine Rockefeller ainsi qu'à la faculté de Bron, et un numéro du magazine « Hypnose et thérapies brèves » a été acheté. Pour obtenir les articles complets, le portail de recherche de la bibliothèque universitaire Lyon 1 a été utilisé.

II. MATERIEL, POPULATION ET METHODE

A. Matériel et logiciels

L'enregistrement des entretiens a été réalisé par le logiciel Enregistreur Vocal° sur Android° et sur Ipod°.

La bibliographie a été rédigée à l'aide du logiciel Zotero°.

B. Méthode

- **Type d'étude**

Une méthode de recherche qualitative a été choisie.

Elle est la mieux adaptée à la question de recherche. Elle permet de recueillir les verbatims afin de réaliser une démarche interprétative, d'étudier les émotions, les sentiments, les comportements et expériences personnelles des patients (73).

La méthode des entretiens semi-dirigés individuels a été choisie pour disposer d'une trame facilitant le déroulement de l'entretien, tout en laissant une certaine liberté à l'intervieweur et à l'interviewé. Ce type d'entretien permet de ne pas préjuger des informations recherchées. Il est plus facile à analyser que les entretiens libres.

La méthode des focus-groups n'aurait pas été adaptée à la question de recherche du fait du caractère intime des thèmes abordés.

- **Avis comité d'éthique et CNIL**

Les responsables universitaires n'ont pas jugé nécessaire de demander l'avis du comité d'éthique.

Une déclaration a été faite à la CNIL. Une déclaration de conformité à une méthodologie de référence a été reçue le 29 novembre 2017, sous le numéro de déclaration 2125515v0.

C. Population

- **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion ont été :

- Avoir eu un diagnostic de burnout par un professionnel de santé, un psychologue ou un hypnothérapeute.
- Avoir bénéficié d'au moins deux séances d'hypnose.

Les critères d'exclusion ont été :

- Avoir fait de l'autohypnose uniquement.
- Avoir fait de l'EMDR en plus de l'hypnose.

- **Recrutement**

Les patients ont été recrutés :

- dans la patientèle d'un médecin hypnothérapeute et d'un médecin généraliste connus du chercheur.
- auprès des participants au DU d'hypnose de Grenoble de 2017.
- auprès des Instituts Milton H. Erickson de Lyon et Milton H. Erickson du Rhône.
- auprès d'hypnothérapeutes de la région lyonnaise puis de la région toulousaine, via les pages jaunes.

Au total, plus d'une centaine d'hypnothérapeutes ont été contactés.

Les hypnothérapeutes contactaient les patients afin d'avoir leur consentement, puis transmettaient les coordonnées au chercheur ou donnaient les coordonnées du chercheur au patient.

L'échantillonnage en boule de neige a été choisi.

D. Entretiens

- **Canevas d'entretien**

Les recommandations des entretiens semi-dirigés ont été suivies pour son élaboration (74,75). La dernière version se trouve en annexe C p.92.

Le canevas d'entretien a été réalisé de façon à répondre à l'objectif principal, en tenant compte des recherches bibliographiques effectuées.

Il a été relu par des proches non médecins, ainsi que par deux médecins généralistes. Il a été présenté lors d'un atelier d'initiation à la recherche qualitative à Grenoble, puis à l'atelier de méthodologie de la recherche qualitative à Lyon.

Il a ensuite été testé sur des proches, puis sur 2 patients qui ont été inclus car les modifications n'ont pas été majeures. Il a ensuite bénéficié de reformulations et d'ajustements mineurs, avec conservation des versions successives.

- **Déroulement des entretiens**

Les patients ont signé un consentement de participation, avec un droit de sortir de l'étude à tout moment.

Après une brève présentation de l'étude, un rappel de l'anonymat, et après avoir vérifié le consentement pour l'enregistrement de l'entretien, celui-ci débutait selon la trame prévue.

Un double enregistrement était réalisé.

E. Analyse des données

- **Retranscription**

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot, ainsi que le non verbal (silence, rires...) pour une analyse aisée et une bonne compréhension du texte.

La retranscription a été faite rapidement après la réalisation des entretiens, afin de limiter les biais de mémorisation sur les éléments non-verbaux.

L'anonymat de chaque participant a été respecté.

- **Imprégnation**

Chaque entretien a tout d'abord été entièrement lu afin de prendre connaissance des données et des thèmes émergents.

- **Codage**

Le codage de chaque entretien a ensuite été réalisé en se centrant sur la question de recherche.

L'analyse a tout d'abord consisté en une analyse des verbatims par surlignage, puis en un classement en thèmes et sous-thèmes, également appelés occurrences. Ce classement constitue l'arbre de codage. Un exemple de l'arbre de codage se trouve en annexe D p.95.

- **Analyse et interprétation**

L'interprétation a été faite à partir de l'arbre de codage, qui a permis de sélectionner les résultats les plus pertinents.

L'arbre de codage a permis de dégager les thèmes des résultats suivants :

- Le burnout
- Pourquoi l'hypnose ?
- Le vécu et les ressentis de l'hypnose
- Les bénéfices ou points positifs de l'hypnose
- Les limites ou points négatifs de l'hypnose

L'analyse a été triangulée par Marie-Laure Paquet, interne de médecine générale.

IV. RESULTATS

A. Caractéristiques des entretiens

La saturation des données a été obtenue au 10ème entretien. Un 11ème entretien a été effectué afin de s'en assurer.

Les entretiens ont été numérotés par ordre de réalisation.

Ils ont duré entre 53mn et 02h16, avec une moyenne de 01h20.

Les lieux d'entretien étaient choisis par le patient. 9 entretiens se sont déroulés au domicile du patient, dans une pièce isolée. Dans un cas le conjoint était présent dans la même pièce, mais non visible.

Un entretien s'est déroulé dans un coin isolé d'un bar calme, un autre dans un cabinet de médecine générale.

B. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population sont décrites dans le tableau en annexe E p.99.

Les patients avaient entre 33 et 60 ans. Il y avait 5 hommes et 6 femmes.

3 patients vivaient en milieu rural, 4 en semi-rural et 4 en milieu urbain.

Les patients avaient entre 5 ans et demi et 37 ans d'expérience dans la vie active, avec un niveau d'étude allant du Baccalauréat au Bac +5.

6 patients n'occupaient pas le même emploi après le burnout. 1 était en cours de changement. 2 occupaient le même emploi. 2 étaient en arrêt de travail.

C. Principaux résultats

Les entretiens ayant été très riches, il a été décidé d'analyser uniquement les verbatims qui répondaient à la question de recherche.

1. Le burnout

1.a. Les symptômes

Des symptômes physiques

Les patients ont décrit de nombreux symptômes physiques, qu'ils ont rapportés a posteriori au burnout : lombalgies, sensation de jambes lourdes, céphalées, vertiges, palpitations, infections, paralysie de corde vocale, douleurs diffuses.

- E3 *"Un rhume qui a duré mais... qui s'est transformé quasiment en bronchite... [...] des démangeaisons dans les mains mais quelque chose d'affreux ! [...] après y'a eu les vertiges [...], les palpitations [...], maux de tête..."*

Des symptômes psychiques

Tous les patients ont décrit des symptômes psychiques : difficultés de concentration, troubles anxieux, troubles du sommeil, cynisme.

- E2 *"J'ai l'impression d'avoir une cervelle qu'était devenue du brouillard, [...] j'arrivais plus en fait. Le truc, cramé quoi !" "J'arrivais plus à lire, par exemple ! J'avais du mal, des problèmes de concentration super pénibles [...], j'arrivais pas à mener un truc au bout"*

Idées suicidaires

Deux patients ont décrits des idées suicidaires.

- E7 *"J'étais quand même entre deux mondes, à un moment donné j'étais entre deux mondes, je partais en vélo faire du VTT je voulais emmener la corde avec moi, donc j'en étais à un point..."*

1.b. Les conséquences et les séquelles

Des troubles anxieux et de la concentration

Six patients ont décrits des troubles anxieux, des troubles de la concentration et de la mémoire persistants.

- E5 *"Fin ya des restes, sur la mémoire, [...] beaucoup plus de problèmes de mémoire qu'auparavant... Et la fatigue [...] j'mets longtemps à récupérer quoi"*

Des conséquences sur la vie personnelle

Plusieurs patients ont évoqué des conséquences sur leur vie personnelle : vie de couple, enfermement sur soi-même, abandon de loisirs.

- E2 *"Déjà je vais être obligée d'aller à Paris... [...] ça va me pourrir ma vie personnelle, ça s'appelle un célibat géographique"*

1.c. La prise en charge

L'arrêt de travail

L'arrêt de travail a duré entre 4 mois et 3 ans.

- E7 *"[...] sept mois d'arrêt complet, c'est moi qui ai demandé à retourner dans l'entreprise"*

Le médecin généraliste

Plusieurs patients ont mis en avant le rôle important du médecin généraliste, qui a été leur premier recours, et au centre de leur prise en charge.

- E5 *"[...] le Dr X elle m'a bien suivie [...] on se voit tous les quinze jours pendant trois mois [...] j'ai la chance qu'elle a pris du temps de passer une heure quand fallait passer une heure"*

Le psychiatre

Six patients ont consulté un psychiatre. Plusieurs patients ont regretté et jugé trop systématique la prescription d'antidépresseurs de la part de leur psychiatre.

- E6 *"[...] Donc elle me conseille d'aller voir une psychiatre psychanalyste, que j'ai trouvé beaucoup plus à l'écoute, beaucoup plus dans la présence."*
- E10 *"J'ai été au CMP de mon secteur, et le psychiatre qui m'a reçue bon voilà il voulait me mettre sous antidépresseurs déjà"*

Les autres acteurs et l'entourage

Beaucoup de patients ont consulté des psychologues. Certains ont eu recours à un conseiller professionnel, ou à un avocat. D'autres ont souligné l'importance de l'entourage.

- E2 *"Elle [la psychologue] m'a donné des conseils de vie [...], plus apprendre à laisser couler [...] sur l'éthique, la morale, enfin vraiment plus sur la façon de prendre la vie en fait"*

Certains ont été reçus par le médecin de prévention ainsi que par le médecin de la CPAM.

Plusieurs patients ont jugé que ces médecins n'avaient pas été à l'écoute. D'autres ne les ont pas mentionnés.

- E7 *"Quand j'vois les entretiens que j'ai eu avec la sécu [...] mais quand j'y allais j'étais comme ça quoi (montre ses mains tremblantes) [...] il m'a balancé des trucs un peu durs par moment"*

Les traitements médicamenteux

La plupart des patients ont refusé les traitements antidépresseurs. Quatre y ont eu recours.

Plusieurs patients ont bénéficié d'autres traitements : phytothérapie, compléments alimentaires, anxiolytiques.

- E11 *"[...] Donc j'ai un antidépresseur et un anxiolytique, mais qui sont très faibles. "*

Plusieurs patients ont regretté que le burnout ne soit pas reconnu, du point de vue médical et sociétal, en l'absence de la prise de traitements antidépresseurs.

- E2 *"Sauf que du coup ils me prennent pas au sérieux, parce que j'ai pas vraiment été malade, "ah ben oui t'avais pas eu d'antidépresseurs." "*

Les thérapies complémentaires

Les patients ont tous eu recours à différentes thérapies complémentaires : médecine chinoise, ostéopathie, méditation de pleine conscience, magnétiseur et soins énergétiques, acupuncture, yoga, sophrologie, relaxation, haptonomie, homéopathie et exercices de respiration de type cohérence cardiaque.

Quelques patients ont souligné le rôle qu'ont eu l'alimentation et la nature dans leur prise en charge. Pour une patiente, le repos a été le plus bénéfique, pour un autre, le temps.

- E1 *"La médecine chinoise c'est vachement bien ! C'est une approche un peu holistique sur les causes, et pas... ben on mal là on file un truc pour là [...] c'est une approche un peu différente, c'est un peu long"*
- E3 *"La chose qui m'a fait le plus de bien c'est le repos, mais vous pouvez pas savoir comme j'ai apprécié de pouvoir rester tranquille chez moi"*
- E11 *"[...] J'ai fait de la cohérence cardiaque, donc voilà, ça aussi super outil, ça m'a énormément aidée pour les crises d'angoisse."*

La complémentarité des thérapies

Quelques patients ont exprimé l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire, et de la complémentarité des thérapies, que ce soit entre l'hypnose et la TCC, ou entre la médecine traditionnelle et l'hypnose.

- E3 *"Moi j'trouve quand même que c'est bien de...[...] coupler les deux [hypnose et thérapie cognitivo comportementale], [...] quand y'a du comportemental, on va plus loin, et donc si on voit plus de choses dans la conversation ben après on peut aller travailler des sujets plus profonds ou qu'on aurait p'tet pas décelé, en hypnose."*

La prévention du burnout par l'hypnose

Certains patients ont évoqué l'importance de la prévention du burnout. Certains ont émis l'idée de l'utilisation de l'hypnose comme outil de prévention du burnout.

- E4 *"[...] j'me dis qu'il aurait fallu que j'le vive avant que ça explose [...] j'aurais aimé connaître l'hypnose avant, pour ne pas arriver à ce burnout, pour m'aider à appréhender mieux tout ça, je pense que ça peut aider."*

Trouver des solutions par soi-même

Quatre patients ont souligné avoir dû chercher des solutions par eux-mêmes, ayant eu peu de conseils de la part des médecins consultés.

- *E9 "Ouais je me suis bien prise en charge. [...] Mais il m'a pas conseillée lui, mais comme je sentais que de toute façon j'y arrivais pas, je me suis dit faut que j'me prenne en charge !"*

1.d. La reprise du travail

Quelques patients ont exprimé vouloir exercer un travail dans des conditions différentes, correspondant mieux à leurs attentes, car ils n'étaient plus en mesure d'accepter certaines contraintes. Une patiente a exprimé être toujours en train de chercher une vie qui lui corresponde.

- *E11 "Parce que moi en fait j'ai beaucoup avancé, donc j'ai plus du tout les mêmes attentes et les mêmes besoins [...], ce que j'ai accepté pendant 30 ans c'est fini quoi ! [...] Je sais que si j'y retourne je vais pas survivre donc c'est pas la peine ! Au niveau de la santé..."*

Plusieurs patientes ont dit se sentir épanouies dans leur nouveau travail, ou sereines quant à la reprise.

- *E9 "Donc j'ai postulé, j'ai été embauchée, et aujourd'hui je suis hyper heureuse (sourit)."*

D'autres patients ont eu une reprise du travail difficile.

- *E2 "Alors par contre la reprise a été dure hein, donc j'ai repris à mi-temps, donc heureusement, t'façon j'aurais pas pu faire plus hein, déjà ça a été limite à un moment donné j'ai cru que j'allais pas tenir."*

Certains ont vu des modifications dans leur comportement au travail.

- *E3 "Ben j'ai l'impression d'être un peu moins à pinailler sur des choses dans mon travail"*

Le burnout

Les patients interrogés ont décrit la plupart des symptômes reconnus du burnout : **l'épuisement physique et psychique**, la **perte d'accomplissement personnel**. Une seule a évoqué la **dépersonnalisation**. Deux patients ont évoqué des **idées suicidaires**.

Plusieurs patients ont rapporté des **séquelles** liées au burnout : des troubles anxieux, des troubles de la concentration persistants, et des conséquences sur leur vie personnelle.

Tous les patients ont bénéficié d'une **prise en charge pluridisciplinaire**, par le médecin généraliste, un psychiatre ou psychologue, ainsi que des thérapies complémentaires.

L'arrêt de travail a duré entre 4 mois et 3 ans.

La plupart des patients ont **refusé les traitements antidépresseurs**, et regrettaient que le burnout ne soit pas reconnu sans la prise de ces traitements. Certains y ont eu recours, et plusieurs patients ont bénéficié d'autres traitements : phytothérapie, compléments alimentaires, anxiolytiques.

La reprise du travail a été épanouie et sereine pour certains, et difficile pour d'autres.

Quelques patients ont exprimé vouloir exercer un travail dans des **conditions différentes**, correspondant mieux à leurs attentes.

2. Pourquoi l'hypnose ?

2.a. Pourquoi le choix de l'hypnose ?

Vouloir une thérapie différente

Cinq patients interrogés ont mentionné vouloir une thérapie différente de la médecine conventionnelle ou d'une psychothérapie classique.

- E3 "[...] J'ai essayé de chercher différentes choses parce que j'ai vite su que... la médecine classique n'allait pas me proposer des choses qui me conviendraient"
- E4 " Les pys j'en ai vu mais ça me convient pas, c'est un travail qui est trop long, dont on n'a pas l'écho enfin c'est pas un dialogue, c'est souvent un monologue"

Echec des autres thérapies

Certains patients se sont tournés vers l'hypnose suite à l'échec ou au manque d'efficacité des autres thérapies.

- E9 "*[...] Je me suis tournée vers une psychologue, et vers une psychiatre [...]. Mais ça me suffit plus en fait, j'ai fait une thérapie pendant cinq/six ans et puis j'ai stagné, voilà j'avais fait ma thérapie mais voilà ça me suffisait pas.*"

Proposé par les thérapeutes ou l'entourage

Six patients ont eu recours à l'hypnose suite à la proposition de leur thérapeute ou de leur entourage.

- E7 "*Ca a pas été un choix personnel, ça a été proposé par les psychologues*"

Ne pas vouloir de traitement médicamenteux

Malgré le fait que certains y aient eu recours, dix patients ont souligné être réfractaires à la prise d'antidépresseurs, ce qui a contribué à leur choix de l'hypnose.

- E3 "*J'aime bien qu'on me propose autre chose que de la chimie, [...] mais les médecins ils insistent parce qu'ils ont que ça à proposer !*"

2.b. Comment ?

Par un médecin

Quatre patients ont pratiqué l'hypnose avec un médecin généraliste, une avec un psychiatre, et un avec un gastro entérologue formé à l'hypnose ericksonienne.

- E1 "*[...] Enfin j'ai changé de médecin généraliste pour ça, parce que le Dr X donc, fait de l'hypnose, donc j'ai fait une séance*"

Par un psychologue hypnothérapeute ou un hypnothérapeute

Cinq patients ont consulté un psychologue hypnothérapeute, et cinq autres un hypnothérapeute non psychologue. Certains patients ont donc consulté plusieurs types de thérapeutes.

- E7 "[...] une psychologue justement spécialisée dans le burnout. Et en la rencontrant, elle elle m'a proposé de faire de l'hypnose"

2.c. Les attentes

Les attentes des patients étaient différentes pour chacun : trouver des réponses, comprendre ce qui se passe, lever des blocages inconscients, lâcher prise, avancer plus vite dans la thérapie, arrêter les traitements médicamenteux. Une patiente n'en attendait rien car elle n'y croyait pas du tout.

- E4 "Et ben j'espérais trouver des réponses ou trouver des choses que j'avais p'tet pas consciemment."

Pourquoi l'hypnose ?

Le choix de l'hypnose a été motivé pour certains patients par **l'échec des autres thérapies**, pour d'autres par l'envie de s'orienter vers **une thérapie différente** des psychothérapies classiques ou de la médecine conventionnelle. Certains y sont allés sur **proposition de leur thérapeute** ou de leur entourage.

La quasi totalité des patients ont souligné être plutôt **réfractaires aux traitements antidépresseurs**, et vouloir essayer d'autres thérapies.

Les **attentes initiales** des patients vis à vis de l'hypnose étaient de trouver des réponses, avancer plus vite dans la prise en charge, diminuer la prise de traitements, ou encore lâcher prise.

Quatre patients ont eu recours à un **médecin**, cinq à un **psychologue hypnothérapeute**, et cinq à un **hypnothérapeute non psychologue**.

3. Le vécu et les ressentis de l'hypnose

3.a. L'image de l'hypnose

Avant la prise en charge

Beaucoup de patients avaient une image de l'hypnose avant la thérapie correspondant à l'hypnose de spectacle ; certains n'avaient pas d'a priori mais étaient sceptiques.

- E8 *"L'image que j'avais c'est celle qu'on connaît, celle qu'on voit à la télé dans les films etc !"*
- E10 *"Franchement, j'y croyais pas du tout. [...] Le truc bidon (rires), le truc auquel on croit pas j'me disais non mais c'est pas possible ça va pas... "*

Après la prise en charge

A posteriori, les patients décrivaient l'hypnose comme de la relaxation approfondie, une berceuse, un rêve éveillé, ou la découverte de l'inconscient.

- E7 *"C'est un état entre deux mondes [...] une sorte de berceuse pour adulte entre deux monde."*

3.b. Les ressentis durant les séances

La transe hypnotique

La majorité des patients ont selon eux réussi à entrer en transe hypnotique, qu'ils ont décrite pour les uns comme une sensation d'endormissement, pour une autre par une sensation de bras lourds. Un patient n'a pas réussi à lâcher prise et à entrer en transe malgré qu'il ait pratiqué des séances d'hypnose avec plusieurs praticiens.

- E4 *"Donc la séance en fin de compte je pars, et tout tout tout se détend en moi, aussi bien au niveau cérébral que tous mes organes quoi, parce que j'suis une boule de nerfs à l'intérieur"*

Les visualisations

Les patients interrogés ont décrit avoir visualisé beaucoup d'images, hormis un patient qui n'arrivait pas à en visualiser. Cette visualisation a permis à un patient de mieux comprendre ce qu'il traversait.

- E7 "*[...] l'avantage c'est que ça a mis des images sur ce que je vivais, ça m'a permis de voir des choses [...] Parce que l'image j'crois que c'est très parlant, dès qu'on met une image sur des mots c'est très... ça fait avancer d'un bon pas*"

3.c. Une thérapie différente

La plupart des patients ont décrit l'hypnose comme une thérapie différente d'une psychothérapie classique, car elle est moins longue et utilise une communication différente. Certains patients ont affirmé que l'hypnose est une thérapie centrée sur les solutions, et non sur la recherche des problèmes sous-jacents. Selon une autre patiente, il s'agit de rechercher les problèmes dans son inconscient.

- E2 "*[...] Le burnout on peut vraiment pas dire que ce soit pas psy, mais t'as pas forcément pour autant envie de faire une psychanalyse ou j'sais pas quoi ! [...] On est pas là pour le pourquoi, on est là pour le comment !*"

3.d. Une thérapie puissante, qui remue

Magique et puissante

Certains patients ont décrit l'hypnose comme quelque chose de magique - notamment par les visualisations - de profond et intense.

- E1 "*Ouais y'a un côté un peu magique de c'truc là, de l'hypnose.*"
- E4 "*[...] l'hypnose c'est différent pour moi c'est une thérapie [...] beaucoup plus profonde*"

Une thérapie qui remue... ou pas

Beaucoup de patients ont ressenti une grande fatigue après les séances d'hypnose. Du temps leur a été nécessaire pour digérer les séances.

- E11 *"Alors les séances d'hypnose en fait on est... on est vidé, on ressort de l'hypnose on est vidé." "[...] Oui y'a des séances qui sont assez déroutantes"*

Deux patients ont au contraire évoqué un travail doux, naturel.

- E1 *"[...] l'hypnose, qui fait écho et qui est un travail doux et me convient"*

3.e. Une thérapie saine et bienveillante

Rester conscient et garder la maîtrise

La majorité des patients ont décrit l'hypnose comme une thérapie saine, bienveillante. Contrairement à l'image véhiculée par l'hypnose de spectacle, le patient reste conscient et garde la maîtrise.

Un des patients a décrit l'hypnose comme un état normal, contrairement aux traitements antidépresseurs avec lesquels ses ressentis étaient modifiés.

- E4 *"[...] l'hypnose pour moi c'est différent, c'est une thérapie beaucoup plus saine [que les médicaments antidépresseurs]" "Parce qu'après avec les antidépresseurs j'arrive plus à ressentir le malheur des gens [...] Une séance d'hypnose on est toujours dans son état normal"*
- E7 *"[...] on ne dort pas, on est bien présent dans la salle, on entend tout"*

Une patiente a déclaré avoir la sensation que quelqu'un pénétrait dans ses pensées.

- E10 *"Je veux dire, ouais j'avais l'impression que c'est bien la seule fois que quelqu'un rentrait dans mes pensées quoi !"*

Garder son intimité

Un patient a apprécié de ne pas avoir besoin de totalement se dévoiler, puisqu'il s'agit d'une thérapie centrée sur les solutions.

- E8 "*[...] Le point positif comme je t'ai dit c'est que tu gardes une certaine intimité par rapport à tes soucis, la personne n'a pas forcément besoin de connaître les détails pour t'aider.*"

3.f. Une thérapie de durée variable, à poursuivre

Durée de la thérapie

La plupart des patients ont bénéficié d'une thérapie sur plusieurs mois ou années. Une n'a eu besoin que de 4 séances. Un autre n'a fait que 2 séances puis n'a pas poursuivi.

Les patients ont pour la plupart souligné qu'il s'agissait d'une thérapie longue, nécessitant de la patience et de la persévérance.

- E9 "*[...] les séances c'est sur une période assez longue, on évolue doucement [...] il faut avoir la volonté de se dire bon ben c'est pas aujourd'hui ça sera demain, ça va arriver ! [...] Ouais c'est long, c'est lent, voilà.*"
- E11 "*Donc au niveau des séances je fais, donc depuis un an à peu près, deux séances par mois.*"

Plusieurs patients ont cependant jugé qu'il s'agissait d'une thérapie plus rapide qu'une psychothérapie classique, dont ils ressentaient un apaisement tout de suite après les séances.

- E4 "*plus rapide que... même une thérapie de psychologie j'dirais [...] une séance d'hypnose on palpe le bienfait tout de suite.*"

Un travail à poursuivre

Beaucoup de patients ont ressenti le besoin de continuer l'hypnose, de faire des exercices au quotidien ou des séances de rappel de temps en temps. Ils ont ainsi souligné que l'hypnose est un apprentissage, et que l'autohypnose serait intéressante à développer.

- E2 "*[...] il faudrait améliorer l'autoformation... en fait j'ai l'impression qu'une séance de temps en temps ça suffit pas et qu'il faudrait réussir à le pratiquer soi-même [...] c'est pas si évident que ça !*"

La formation en hypnose

Trois des patients interrogés se sont formés à la sophrologie ou à l'hypnose, après avoir été pris en charge par cette méthode. Une des patientes s'est même réorientée en tant qu'hypnothérapeute, et plusieurs patients l'ont envisagé.

- E6 "*Et puis bon après du coup, voilà je me suis inscrite à une formation en hypnose humaniste*"

3.g. Une thérapie à recommander

Tous les patients interrogés ont affirmé qu'ils recommanderaient l'hypnose à leur entourage en burnout. Deux patients ont cependant émis des réserves ; il est difficile de conseiller quelqu'un car chacun doit choisir son chemin, et les patients en burnout peuvent avoir des résistances pour entrer en hypnose, car ils ont généralement des difficultés à lâcher prise.

- E4 "*[...] si je dois dire à quelqu'un de prendre le bon choix, ça sera plutôt l'hypnose qu'un traitement ou un arrêt de travail.*"

Le vécu et les ressentis de l'hypnose

Pour les patients interrogés, l'hypnose est une **thérapie différente** d'une psychothérapie classique, car elle est moins longue, et centrée principalement sur les **solutions**. Il s'agit d'une thérapie **puissante, saine et bienveillante** où le patient garde la **maîtrise** et son **intimité**. Elle peut cependant provoquer de la **fatigue** après les séances.

La majorité des patients ont réussi à entrer en **transe hypnotique**, et ont pu **visualiser beaucoup d'images**, ce qui a permis à certains patients de mieux comprendre ce qui leur arrivait. Un patient n'a pas réussi à lâcher prise et à entrer en transe ni à avoir de visualisations.

La plupart des patients ont souligné qu'il s'agit d'un **apprentissage** long et à poursuivre, mais permettant déjà un **bien-être** après chaque séance.

Tous les patients ont affirmé qu'ils **recommanderaient l'hypnose** à leurs proches en situation de burnout.

4. Les bénéfices ou points positifs de l'hypnose

4.a. Des résultats globaux positifs

La plupart des patients ont ressenti des résultats positifs suite à l'hypnose, qui a concouru à leur mieux-être. Quelques patients ont ainsi regretté de ne pas s'être tournés plus tôt vers l'hypnose.

- E6 "[...] si j'avais rencontré ça plus tôt ça m'aurait vraiment épargné de la souffrance [...] c'est efficace, vraiment... c'est tellement efficace que le jour où je l'ai fait, j'me suis dit wow pourquoi je l'ai pas fait avant ?"
- E10 "Ah moi ça m'a sauvé la vie hein "

4.b. Le lâcher prise et la diminution de l'anxiété

La prise de recul

L'hypnose a permis à de nombreux patients de modifier la perception de leur environnement : en prenant du recul, ou en apprenant que l'on peut interpréter les choses de différentes manières.

Une patiente a par exemple pu apprendre à changer son comportement face à des gens qui lui semblaient auparavant malveillants.

- E2 *"J pense que j'suis plus capable de prendre du recul sur les choses. Vraiment, c'est vraiment ça le truc, c'est d'être capable de prendre du recul, c'est un truc que j'savais pas du coup faire avant. [...] J'arrive mieux à prendre du recul, de la hauteur comme vous voulez"*.
- E4 *"L'hypnose m'a permis ça en fin de compte, ce que je ressens là, ce que je traduis, c'est pas obligatoirement ce que j'ai réellement, c'est une interprétation qu'est pas la bonne, et l'hypnose m'a aidé à réinterpréter ça" "[...] d'essayer d'en tirer que du positif et puis le négatif d'en faire autre chose"*

Le lâcher prise

L'hypnose a appris à beaucoup de patients à lâcher prise, à vivre dans l'instant présent.

Deux patientes ont soulevé le fait que l'hypnose leur a appris à se poser et à s'accorder du temps.

- E2 *"Oui, j pense que j'suis plus capable de rien faire aussi, c'est vraiment un gros changement ça, c'est un truc que j'm'autorisais pas du tout avant."*
- E10 *"En fait l'hypnose, mais y'a plein de choses, avant je prêtais attention à tout, je... Maintenant je m'en fous des trucs qui sont pas essentiels quoi (avec un air détaché), avant tout était important, je me prenais la tête pour tout..."*

Diminution du stress et de l'anxiété

La majorité des patients ont vu diminuer leurs manifestations d'anxiété. Beaucoup se sont sentis plus apaisés, plus sereins et plus légers tout de suite après les séances d'hypnose, alors qu'ils arrivaient dans un état d'angoisse et d'agitation.

- E10 " [...] J'me dégonflais quoi ! C'était vraiment... J'arrivais ma tête elle était pleine, j'étais hyper tendue, et je repartais mais j'étais... molle mais dans le bon sens du terme hein " "Je me vidais, j'avais l'impression que je me vidais."

Un outil pratique

L'hypnose a été décrite par de nombreux patients comme un outil, dont ils peuvent se servir pour gérer l'anxiété ou les situations difficiles.

- E11 "Vous imaginez une commode avec plein de tiroirs, et donc selon la situation que je dois gérer ben au lieu de prendre ce que mon cerveau, mon conscient va essayer de me donner en automatique comme réponse, et ben moi je vais aller ouvrir ma boîte à suggestion. [...] Dès que j'ai quelque chose qui m'arrive, maintenant c'est automatique, j vais chercher dans ma commode, y'a un tiroir pour telle situation, un tiroir pour tel autre. J'me le suis vraiment imaginé comme ça."

4.c. Un important développement personnel

Une évolution, un nouvel état d'esprit

Plusieurs patients ont affirmé avoir évolué dans leur vie personnelle ou professionnelle grâce à l'hypnose. Beaucoup ont décrit un nouvel état d'esprit, plus positif, plus bienveillant et plus ouvert.

- E1 "Ce que j'ai appris, c'est à être plus bienveillant et tolérant avec moi-même"
- E9 "Ah mais oui j'ai changé du tout au tout en fait, que ce soit dans le travail, dans la vie perso, dans la vie amicale, avec les enfants"

Mieux se connaître, retrouver confiance en soi

L'hypnose a permis à beaucoup de patients de mieux se connaître et de retrouver confiance en eux. Certains ont appris à se juger à leur juste valeur, à prendre du recul sur l'opinion des autres vis-à-vis d'eux, à se positionner d'égal à égal avec les gens, ou encore à ne plus avoir peur de dire ce qu'ils pensent.

- E11 *"Ben l'hypnose ça m'a appris à me connaître [...] j'ai vraiment appris à me connaître, de l'intérieur, et j'ai appris à m'aimer, aussi forcément."*
" Alors le regard des autres m'est beaucoup moins pénible, maintenant je... j'ai appris à me juger à ma juste valeur. [...]"

Apprendre à gérer ses émotions

Un patient a évoqué avoir appris à gérer ses émotions et ses pensées.

- E4 *"Donc c'est d'appivoiser ce qu'on ressent, et d'essayer de le mettre à un second plan, et d'essayer d'en tirer que du positif et puis le négatif d'en faire autre chose."*

Mieux comprendre son corps, reconnecter son corps et son esprit

Plusieurs patients ont exprimé avoir acquis une meilleure compréhension et une meilleure maîtrise de leur corps.

L'hypnose a également permis à certains patients de reconnecter leur corps et leur esprit.

- E1 *"Réconcilier son corps et son esprit pour aller vers quelque chose qui me convienne"*
- E9 *"[...] On se découvre comme si on était un nouveau-né [...] On n'a pas l'habitude du corps en fait. Et voilà, du coup de travailler avec son corps, ben ça permet de débloquer des choses qui sont bloquées en vous en fait"*

Une amélioration des symptômes physiques

Selon certains patients, l'hypnose a été bénéfique sur leurs symptômes physiques comme des migraines, des douleurs au dos, une capsulite rétractile.

- E2 *"[...] y compris des trucs physiques en fait, là le dos... desfois j'y arrivais, quand j'avais mal au dos en fait, j'allais la voir et j'sortais j'avais plus mal au dos."*

Savoir ce qui est bien pour soi, s'écouter, revoir ses priorités

Beaucoup de patients ont appris à mieux s'écouter pour finalement être en accord avec eux-mêmes. Deux patients ont déclaré avoir revu leurs valeurs et leurs priorités dans leur vie personnelle et professionnelle, afin de trouver un meilleur équilibre.

- E1 "*[...] C'est l'envie d'entreprendre quand même mais à mon rythme et non au rythme qu'on m'a imposé, et faire les choses plus qui me conviennent et qui me plaisent [...] de pas se laisser embarquer dans quelque chose qui est contraire à ce qu'on aime quoi*"
- E4 "*Donc l'hypnose en fin de compte, j'me recentre sur l'essentiel...*"

Avancer, se dépasser

Selon plusieurs patients, l'hypnose les a aidés à avancer, et à arrêter de ressasser.

Quelques patients ont exprimé que l'hypnose leur avait permis de se dépasser, et d'ouvrir des barrières fixées par eux-mêmes, par l'éducation, l'entourage ou la société. Cela a ainsi pu aider certains patients à prendre des décisions, notamment pour quitter leur travail.

- E4 "*[...] pour moi l'hypnose ça va permettre d'avancer, parce que ça élimine certains freins, certains points négatifs*"
- E10 "*Ca m'a enlevé toutes les barrières que j'avais dans la tête, tout ce qu'on m'avait mis là (montre sa tête)... Tout le cadre que j'avais, les barrières*" "*Et je veux dire que, si j'avais pas eu l'hypnose, j'aurais jamais demandé ma... [rupture conventionnelle] enfin ça m'a aidé à franchir le pas*"

4.d. Eviter la prise de traitements médicamenteux

La moitié des patients interrogés ont affirmé que l'hypnose les avait aidés à éviter la prise de traitements antidépresseurs, ou à diminuer les traitements anxiolytiques ou antalgiques.

- E10 "*Ben les points positifs, ça peut nous guérir d'un burnout sans prendre de la chimie quoi ! [...] Ca peut nous sortir de l'angoisse sans médicaments quoi.*"

4.e. Un travail dans l'inconscient bénéfique et durable

L'hypnose, un travail bénéfique de l'inconscient

La plupart des patients ont décrit l'hypnose comme un travail bénéfique permettant d'aller chercher des blocages inconscients pour les résoudre.

- E1 *"J'ai l'impression que mon inconscient il se recâble dans la bonne direction"*
- E9 *"Donc on essaie quand on est en hypnose, d'enlever les blocages, d'essayer d'aller chercher au fond de soi, qui sont inconscients en plus, ce sont pas des blocages conscients. Donc grâce à l'hypnose et à la visualisation, on va à l'intérieur de soi et on débloque."*

Un travail durable

L'hypnose a été décrite par beaucoup de patients comme un travail durable, puisqu'ils ont modifié leur comportement et leur façon de concevoir leur vie. Cependant, la plupart estiment que des rappels sont nécessaires (cf Partie 3. Le vécu et les ressentis de l'hypnose – 3.f. Une thérapie de durée variable, à poursuivre – *Une thérapie à poursuivre* p.51).

Une patiente a insisté sur le fait que l'hypnose est un travail central, qui va traiter les racines du problème.

- E6 *"Ah oui c'est durable, puisqu'en fait on est allé à la racine, la racine des blessures donc..."*

Une thérapie qui traite au-delà du problème initial

La plupart des patients ont affirmé que l'hypnose leur avait permis de traiter des problématiques personnelles, au-delà du burnout.

- E1 *"[...] c'est que j'en ai profité pour régler un peu les problèmes que j'ai avec moi-même, en même temps."*

4.f. La responsabilisation et l'autonomisation

La responsabilisation

L'hypnose a pu rendre certains patients acteurs et responsables de leur prise en charge. Le thérapeute a eu un rôle d'accompagnateur, de guide.

- E6 *"Et en plus c'est moi qui prenait conscience, et c'est moi qui agissait, c'est pas la thérapeute qui agissait à ma place [...] c'est moi qui décidait, donc ça permet de se sentir responsable, de reprendre son propre pouvoir"*

La découverte des possibilités du mental

Beaucoup de patients ont exprimé que l'hypnose leur avait permis de découvrir le potentiel et les ressources de leur propre mental, et donc leur capacité d'auto-guérison.

- E2 *"Mais bon alors y'a des prises de conscience de force... j'ai pas envie de dire force mentale, mais si c'est un peu ça en fait, c'est que quelque part on a des ressources bien au delà de... enfin d'autoréparation, enfin moi j'ai l'impression qu'on arrive effectivement à somatiser dans un sens, mais qu'on arrive aussi à se faire du bien, voilà"*

L'autohypnose

Peu de patients ont déclaré recourir à l'autohypnose car il leur semble difficile de pratiquer sans le thérapeute. Seules deux patientes ont été formées.

- E2 *"J'arrive pas bien, j'arrive très bien quand elle est là mais quand j'suis toute seule... j'ai un p'tit peu de mal."*

Les bénéfices ou points positifs de l'hypnose

La thérapie en hypnose a permis pour la plupart des patients un **développement personnel** positif. Les patients ont acquis un état d'esprit plus **bienveillant**, plus **ouvert** et plus **positif**.

L'hypnose a aidé la majorité des patients à **prendre du recul**, à **apprendre à lâcher prise**, à **diminuer leur anxiété** ou leurs **douleurs physiques**.

Elle leur a aussi appris à **mieux se connaître** et à **mieux connaître leur corps**, à **s'écouter**, à **revoir leurs priorités** et à **retrouver confiance** en eux.

Plusieurs patients ont déclaré avoir pu **éviter ou diminuer des traitements**.

Elle a permis à quelques patients de prendre **les décisions de changements de vie** nécessaires.

Pour la plupart des patients interrogés, il s'agit d'un travail bénéfique de **l'inconscient**, qui permet de **lever des blocages**. C'est donc un **travail durable**.

Beaucoup de patients se sont sentis **acteurs et responsables** de leur prise en charge, et ont ainsi découvert leur potentiel **d'autoguérison**. Peu pratiquent **l'autohypnose**.

5. Les limites ou points négatifs de l'hypnose

5.a. L'investissement

Financier

Les patients ont soulevé comme point négatif principal que la prise en charge en hypnose nécessite un investissement financier considérable.

- E4 "[...] Bon c'est pas donné non plus -c'est là que j'dis que la Sécurité Sociale devrait se pencher sur tout ça, parce que j'pourrais être encore sous antidépresseurs aujourd'hui si vous voulez quoi... Ou j'pourrais être encore arrêté"

Une patiente a cependant exprimé qu'il ne s'agit pas pour elle d'un frein, mais plus d'une question de priorité dans les dépenses.

- E6 *"Pour moi c'est pas un problème de coût [...] c'est pas une question d'argent, c'est à dire qu'il y a des gens ils vont mettre leur argent dans autre chose qui leur semble important [...] je décide de mettre l'argent là-dedans."*

En temps

Quelques patients ont rapporté que les séances d'hypnose demandent du temps.

- E3 *"Donc là je peux parce que j'ai du temps parce que j'suis encore pas à 100% mais après quand j'vais reprendre un 100%... Ca va être plus difficile mais j'pense quand même que je continuerai l'hypnose, j'prendrai une demie journée de RTT tous les quinze jours."*

Personnel

Selon plusieurs patients, l'hypnose demande un investissement personnel dans la thérapie. Il s'agit véritablement d'un travail.

- E9 *"Ca demande un investissement sur soi qui desfois peut être douloureux donc on n'a pas envie d'y aller. [...] ça demande un investissement personnel qui est compliqué, et long"*

5.b. Les difficultés de l'hypnothérapie

Difficultés du lâcher prise, peur de l'emprise mentale

Plusieurs patients ont confié avoir été initialement réticents à l'hypnose par peur de l'emprise mentale.

- E2 *" Non j'veux un médecin [...] en fait j'ai peur de la prise mentale en fait, j'ai pas envie d'me faire embarquer dans un truc un peu sectaire"*

Certains ont évoqué des peurs et des difficultés à lâcher prise. Pour l'un des patients, l'hypnose ne serait pas l'outil le plus adapté dans le burnout, car les personnes en burnout sont souvent dans le contrôle, alors que l'hypnose demande de lâcher prise.

- E5 *"J'sais pas si c'est le bon outil [...] les gens qui sont en burnout, c'est souvent des gens qui sont quand même fortement dans le contrôle [...] c'est ce qui est peu compatible avec l'hypnose [...] c'est contradictoire. [...]"*

La dépendance

Une patiente a confié être devenue dépendante de l'hypnose, et avoir eu beaucoup de difficultés à arrêter la thérapie.

- E10 *"Oui ça été très long, mais après en fait c'est elle qui m'a dit qu'il fallait arrêter, parce que moi par contre j'étais accroc à l'hypnose après"*

La réticence à aller voir un psychologue

Quelques patients ont relaté que la réticence à aller voir un psychologue était l'un des freins à la prise en charge.

- E7 *"Après j pense qu'il y a une barrière, y'a beaucoup de gens aujourd'hui quand on parle de psy, ça bloque énormément ! Aller voir quelqu'un c'est une très grosse étape hein [...] autant aller chez le médecin c'est courant, mais d'aller chez un psychologue, wahou !"*

5.c. L'inefficacité, les changements non durables et les rechutes

L'inefficacité

Pour trois patients, l'hypnose n'a pas apporté de résultats ou de changements évidents.

- E3 *"Ben aucun travail, aucun sujet sur lequel on a travaillé qui a... qui a réellement abouti"*

Les changements non durables et les rechutes

L'une des patientes avait vu des bénéfices puis a fait une rechute, avant de faire une thérapie plus durable.

Un des patients a déclaré avoir ressenti un bénéfice dans les suites immédiates de la séance, mais celui-ci n'a pas duré.

- E8 *"Malheureusement ça n'a pas duré longtemps, du coup la jauge de scepticisme est un peu remontée, du coup j'étais un peu...déçu."*

Une réelle efficacité propre à l'hypnose ?

Trois patients, dont deux ayant déclaré que l'hypnose n'avait pas apporté de changements évidents, ont évoqué des difficultés à savoir ce qui a conduit à des évolutions : l'hypnose, d'autres outils thérapeutiques, l'arrêt de travail ou les prises de conscience liées au burnout.

- E5 *"J'peux pas dire ce qui vient de l'hypnose, de la sophrologie, du shiatsu, et de la déconnexion avec le boulot... C'est un ensemble de choses, euh... l'hypnose y a certainement participé, [...] comme plein d'autres choses"*

La nécessité de prise de décisions

Plusieurs patients ont souligné que pour régler un burnout, des prises de décisions sont indispensables. L'hypnose ne doit pas être là pour permettre d'encaisser une situation dysfonctionnelle au travail.

- E1 *"Ce qui soigne vraiment un burnout, ben c'est de prendre des décisions, changer son mode de vie, changer de boulot... C'est pas l'hypnose, alors si vous pouvez faire des séances toutes les semaines qui vont vous permettre d'encaisser tout ça, mais vous serez pas guéri pour autant."*

5.d. Des changements parfois ressentis négativement

Un patient a exprimé avoir vécu beaucoup de changements, qu'il a jugé parfois négatifs. Suite à la prise en charge il est devenu moins patient, s'est mis à moins interioriser et à beaucoup plus exprimer ses ressentis, entraînant des répercussions négatives pour son entourage.

- E4 *"Ffffff, beaucoup de choses ! Pas qu'en bien hein... Mes humeurs, j'essaie de surmonter ça"*

5.e. Une thérapie non encadrée, non reconnue

Un des points négatifs cité par les patients, est le fait que l'hypnose ne soit pas reconnue ni encadrée. Certains ont jugé que l'hypnose est taboue, les obligeant à se cacher pour pratiquer l'autohypnose, ne pouvant pas en parler à leur entourage voire même à leur médecin.

- E1 *"Parce qu'après, y'a des charlatans là dedans, y'a des gens qui sont... qui en profitent"*
- E11 *"L'amélioration ce serait aussi plus de relation entre les différents... entre les différents types de médecine, aujourd'hui ça c'est encore un problème pour moi, de pas pouvoir en parler librement avec la médecine traditionnelle. "*

5.f. Des résultats qui dépendent de plusieurs facteurs

La réceptivité

La réceptivité peut être différente selon les patients.

- E5 *"[...] sur moi [...] ça bloque un peu.[...] en tant qu'autiste Asperger ils ont beaucoup beaucoup de mal à rentrer en hypnose. [...] il a dit oui en effet t'es un peu trop dans le contrôle, et t'as du mal à lâcher prise..."*

La phase du burnout ou de sa vie

Beaucoup de patients ont souligné que l'hypnose peut être adaptée ou non, en fonction du moment de sa vie, mais aussi selon la phase du burnout. Plusieurs patients ont pratiqué l'hypnose après les autres thérapies. Ils pensent que cela a fonctionné car ils étaient plus ouverts.

- E9 "*[...] ça peut convenir à une personne à un certain moment donné de sa vie, moi quand j'ai eu ma fille et que j'ai eu des complications à la naissance [...] c'était pas ça qui allait me convenir [...] Voilà ça dépend aussi du moment de sa vie, de ce qu'on vit, d'où on en est !*"

La préparation, la motivation, l'ouverture

Plusieurs patients ont souligné l'importance d'être ouvert d'esprit, préparé et motivé pour que la séance d'hypnose fonctionne.

- E7 "*[...] déjà faut être open, si on est pas dispo ben la séance elle fonctionne pas ! [...] c'est surtout être bien ouvert, bien décontracté, et puis bien se laisser guider par ce que la personne souhaite faire avec vous quoi !*"

L'importance du thérapeute

Beaucoup de patients ont insisté sur la nécessité d'avoir confiance dans le thérapeute pour pouvoir lâcher prise et accepter de se laisser guider. Certains patients ont d'ailleurs eu recours à plusieurs thérapeutes avant de ressentir des bénéfices à l'hypnose.

- E10 "*Ah oui, ça c'est clair ! Tout vient de là pour moi [l'hypnothérapeute]. [...] C'est sûr que ça dépend vraiment de la personne sur qui on tombe hein.*"

Les limites ou points négatifs de l'hypnose

Le principal point négatif cité par les patients a été l'**investissement** financier, en temps et personnel.

Les difficultés liées à la méthode de l'hypnothérapie ont été la **réticence à consulter un psychologue** et la **peur de l'emprise mentale**, les **difficultés à lâcher prise**, et la **dépendance** pour l'une les patientes. Plusieurs patients ont regretté que l'hypnose soit taboue, **non encadrée et non reconnue** par la médecine conventionnelle.

Pour quelques patients, la thérapie a été **inefficace** ou a entraîné des **effets à court terme**, voire des **changements négatifs** pour l'un.

La prise en charge de tous les patients ayant été **pluridisciplinaire**, certains ont eu du mal à distinguer si les bénéfices étaient réellement liés à l'hypnose.

Plusieurs patients ont souligné que l'hypnose seule ne peut régler le burnout, et que des **prises de décisions** sont nécessaires.

Selon les patients interrogés, les résultats peuvent dépendre de plusieurs facteurs : la **réceptivité**, la **phase du burnout**, la **motivation** préalable, et surtout le **thérapeute** et la nécessité d'être en confiance.

V. DISCUSSION

A. Discussion de la méthode

1. Forces de l'étude

1.a Les thèmes abordés

Ce travail est novateur car il n'existe aucune littérature scientifique quant à la prise en charge du burnout par hypnose thérapeutique. Selon un article de N. Ruysschaert, il semble pourtant que cela puisse être une thérapie intéressante (11), en complément d'une prise en charge pluridisciplinaire puisque celle-ci offre une efficacité optimale (1,17).

Il s'agit de deux sujets d'actualité, car les gens se tournent de plus en plus vers des thérapies privilégiant l'écoute et la prise en charge globale (7,8,76), et le burnout est de plus en plus fréquent (1).

1.b. Méthodologie

Une étude qualitative a été choisie, car l'hypnose n'a jamais été étudiée dans le burnout. Il est donc nécessaire en premier lieu d'étudier le vécu des patients vis-à-vis de cette thérapie. Il s'agit de la meilleure méthode d'étude quant à la question posée, puisqu'elle étudie des facteurs subjectifs difficilement quantifiables (73).

Le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose souligne d'ailleurs que « *Certes il est possible et utile de réaliser des études comparatives randomisées. Mais on se rend compte que des études qualitatives bien menées sont tout autant indispensables pour déterminer ce que les patients ont vécu subjectivement lors de ces prises en charges. Ce point de vue subjectif est essentiel compte tenu des cibles thérapeutiques de l'hypnose.* » (7).

Le choix des entretiens semi-dirigés semble également le plus approprié. Les entretiens libres sont plus difficiles à analyser, avec un risque de dévier du sujet. Les focus group sont difficiles à animer, et les thèmes personnels y sont plus délicats à aborder.

Les patients ont été interrogés hors de la phase aiguë du burnout, afin qu'ils aient le recul nécessaire pour analyser l'impact de la prise en charge en hypnose.

Un échantillonnage en variation maximale a été recherché en âge, sexe, niveau d'étude.

Seuls deux patients ont consulté le même hypnothérapeute, afin de limiter les résultats liés au thérapeute.

Il était précisé aux hypnothérapeutes contactés que le recrutement incluait tous les patients ayant fait au moins deux séances d'hypnose pour un burnout, qu'il y ait eu des résultats positifs ou non, afin de limiter les biais de sélection.

Les patients ayant fait de l'autohypnose uniquement ont été exclus car il s'agit d'un sujet différent. Les patients ayant fait de l'EMDR en plus de l'hypnose ont également été exclus, car il s'agit de deux techniques trop semblables. Il n'aurait pas été possible d'identifier les ressentis liés à l'une ou l'autre technique.

Afin de minimiser les biais de compréhension, le canevas d'entretien a été relu par différentes personnes, médecins ou non. Les questions ont été tournées de la façon la plus neutre possible afin de ne pas influencer les patients.

Les entretiens ayant été longs, et les questions sur les bénéfices et les limites de l'hypnose étant abordées sur la fin, cela a pu aider les patients à répondre de façon sincère, en étant plus à l'aise, et non à répondre ce qu'ils pensaient attendu (77).

Il était précisé au début de l'entretien qu'il n'y avait pas de «bonne ou de mauvaise réponse attendue». Les entretiens se terminaient toujours en demandant au patient s'il n'avait rien à rajouter, afin de laisser la place aux sujets qui n'auraient pas été abordés.

Les entretiens ont toujours été menés dans un endroit calme afin d'aider à la libération de la parole. En laissant libre cours à la parole des patients sans les couper, en respectant les silences, et en étant dans une écoute bienveillante, une grande richesse d'informations a été obtenue. Malgré le fait que les sujets abordés soient difficiles et intimes, le chercheur n'a pas perçu de réticence de la part des patients, voire même plutôt un enthousiasme à pouvoir parler de ces sujets.

La grille Côté-Turgeon de lecture critique d'un article de recherche qualitative a été utilisée pour s'assurer de la qualité de l'étude. (*cf annexe F p.101*)

2. Limites de l'étude

2.a. Les thèmes abordés

Les difficultés liées au thème abordé résident dans le fait que le burnout n'est pas classifié comme une maladie et n'a pas de critères diagnostiques précis (1,78).

Les études scientifiques réalisées sur l'hypnose sont souvent controversées ou insuffisantes.

Les difficultés d'évaluation sont liées au fait que l'hypnose n'est pas standardisable, car elle doit s'adapter à chaque patient pour être congruente, la comparaison en double aveugle est très difficilement réalisable, et les résultats sont difficilement mesurables quantitativement.

Comme le souligne le rapport de l'INSERM sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, *« les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ont du mal à être traduits en termes numériques à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Par exemple, dans le traitement de la douleur, c'est l'impact émotionnel de la douleur qui serait réduit par l'hypnose plus que l'intensité de la douleur elle-même. »* (7).

2.b. Méthodologie et analyse

Il existe plusieurs limites liées au recrutement.

Les patients qui ont accepté de participer à l'étude sont probablement des patients pour lesquels l'hypnose a eu un impact. Il est possible que des patients qui n'ont pas vu de bénéfices n'aient pas souhaité participer.

L'inclusion a été longue et difficile, du fait du faible taux de réponse des hypnothérapeutes contactés. Certains hypnothérapeutes ont semblé réticents à contacter leurs patients ou ont affirmé ne pas prendre en charge de patients en burnout.

Il a été décidé de ne pas considérer les résultats du Maslach Burnout Inventory comme un critère d'inclusion car il n'y a pas de valeur seuil diagnostique du burnout (1). De plus, les hypnothérapeutes contactés ne sont pas forcément à l'origine du diagnostic. Par ailleurs, ce test est utilisé à des fins de recherche, mais peu en pratique courante (1,23).

Les sujets ont donc été inclus sur l'affirmation de leur thérapeute d'avoir fait un burnout.

Une autre limite de cette recherche est le manque d'expérience du chercheur quant à la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Il a néanmoins suivi les recommandations sur la confection d'un canevas d'entretien et sur la réalisation des entretiens.

Le fait que le chercheur soit médecin, l'utilisation d'un dictaphone, et l'abord de questions personnelles, ont pu empêcher certains patients de parler librement.

Trois des patients ayant fait une formation en hypnose thérapeutique ou en sophrologie, ils ont eu tendance à parler de généralités sur l'hypnose, et ont eu plus de difficultés à aborder leur propre vécu. Seuls les verbatims concernant leur vécu ont été inclus dans l'analyse.

Plusieurs patients n'avaient pas fini leur thérapie au moment de l'entretien, ce qui est une limite pour l'analyse des résultats, en particulier concernant la durée et la durabilité de la thérapie.

L'analyse des verbatims reste subjective. La retranscription ainsi que l'analyse des verbatims n'ont pas été envoyées aux participants pour vérifier la compréhension de leurs allégations.

Enfin, il n'existe aucune littérature sur l'hypnose comme outil thérapeutique dans le burnout, rendant difficile l'analyse de la validité externe des résultats.

B. Discussion des résultats

1) Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été longs et très riches, en revanche il y a eu beaucoup de hors-sujets qui ont complexifié l'analyse.

2) Caractéristiques de la population

L'échantillonnage a permis un recrutement hétérogène au niveau du sexe, du mode de vie et du niveau d'études, mais peu au niveau de l'âge et du nombre d'années dans la vie active.

Les données épidémiologiques françaises montrent que le burnout augmente avec l'âge. La souffrance psychique en lien avec le travail était sept fois plus élevée pour les hommes âgés

de 45 à 54 ans par rapport aux hommes de moins de 25 ans (1). Les caractéristiques de la population de cette étude sont donc concordantes avec les données françaises.

De plus, l'objectif d'une étude qualitative n'est pas d'obtenir une représentation moyenne de la population, mais un échantillon d'une population ayant une expérience personnelle à analyser (79).

3. Principaux résultats

3.a. Le burnout

Les patients interrogés ont décrit les principaux symptômes retrouvés dans la littérature sur le burnout (1,27) : l'épuisement physique et psychique. La dépersonnalisation n'a été évoquée que par une patiente, ainsi que la perte d'accomplissement personnel.

L'épuisement est en effet le trait principal retrouvé dans la littérature sur le burnout (27).

La prise en charge du burnout a été pluridisciplinaire pour tous les patients, comme cela est recommandé dans la littérature (1,17). La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne que « *Plus les interventions sont ajustées au public cible, continues et répétées, plus elles sont efficaces, et ce, surtout si l'on combine différents types d'interventions.* » (1).

La complémentarité des thérapies est en effet très intéressante, comme l'ont évoqué plusieurs patients, entre médecine traditionnelle et complémentaire ou entre hypnose et TCC.

M. Legenne déclare dans son Editorial « Pourquoi recourir aux thérapies non conventionnelles ? » que « *En effet, il n'est pas absolument nécessaire d'opposer systématiquement la médecine conventionnelle et les médecines complémentaires sous prétexte que leur système de validation n'est pas le même. Nous pouvons aussi choisir de voir ce qui les rassemble, les différencie et en quoi celles-ci peuvent s'enrichir.* » (8).

La notion de thérapie « complémentaire » prend ici tout son sens, signifiant que, le plus souvent, les patients « *recherchent un soutien en complément des traitements médicaux* », sans forcément y opposer la médecine conventionnelle (8).

On sait que la TCC améliore l'épuisement émotionnel selon la majorité des études. Elle reste la technique psychothérapeutique étudiée la plus efficace dans le burnout (1,39,49–51).

Un article de S.J. Lynn et I. Kirsch cite plusieurs études, dans lesquelles les chercheurs ont montré que l'hypnose associée à la TCC peut contribuer aux résultats thérapeutiques pour la dépression, le trouble anxieux aigu, ou l'anxiété de parler en public (80).

Il serait donc intéressant d'étudier l'hypnose en complément de la TCC dans la prise en charge du burnout, comme l'a suggéré une patiente, pour voir si cela pourrait améliorer l'efficacité et la durabilité de la thérapie.

Plusieurs patients ont souligné qu'ils avaient dû trouver des solutions par eux-mêmes pour prendre en charge leur burnout, et avaient été peu conseillés par leur médecin. Cela corrobore l'hypothèse de départ que la prise en charge est actuellement peu codifiée, et que les médecins peuvent se sentir démunis face à la souffrance de leurs patients (1,5,6,45,46).

Une patiente a souligné que cela n'était pas dérangeant, car cela l'avait poussée à se rendre actrice de sa prise en charge, et à aller vers une thérapie qui lui convienne vraiment.

Il serait intéressant de développer une information concrète et synthétique d'aide à la prise en charge pour les médecins généralistes, qui doivent connaître les différents outils envisageables afin de proposer une approche centrée patient.

Un patient a soulevé l'idée de l'hypnose en prévention du burnout. Plusieurs patients ont regretté de ne pas avoir pratiqué l'hypnose plus tôt, afin d'éviter le burnout.

La prévention est en effet primordiale dans ce syndrome. Le rôle de l'hypnose ne doit cependant pas être de permettre à l'individu de s'adapter à des conditions de travail dysfonctionnelles. Néanmoins, elle pourrait permettre aux patients de mieux s'écouter, de reconnaître de façon précoce les signes de burnout, de mieux gérer leur stress, et peut-être d'induire des modifications de leurs conditions de travail grâce à l'évolution personnelle induite par la thérapie.

Nicole Ruysschaert souligne ainsi dans *Hypnose et Thérapies Brèves sur le Burnout*, que « *L'hypnose est un atout non seulement comme traitement curatif, mais aussi préventif tant en séance individuelle que collective.* » (11).

Selon T.Robles, qui a pratiqué des séances d'hypnose ericksonienne en groupe pour la prévention du burnout, la pratique de l'hypnose a permis aux participants d'apprendre à gérer le stress et la pression, à écouter leur corps, à se relier à leur corps quand le corps veut se reposer mais que le mental continue à travailler, à apprendre de nouvelles façons d'établir des relations avec les autres et donc à diminuer ou à faire disparaître le syndrome de fatigue chronique au travail (22).

L'autohypnose a également été soulevée par plusieurs auteurs comme potentiellement intéressante dans la prévention du burnout.

Une revue de la littérature en 2010 sur l'hypnose dans le traitement de l'anxiété et des pathologies liées au stress, notait que l'autohypnose améliorait les symptômes liés au stress tels que les migraines, les symptômes fonctionnels intestinaux, et accroissait l'estime de soi, ainsi que la sensation d'efficacité personnelle, facteurs protecteurs de burnout (20).

Selon l'hypnothérapeute Adrien Ménard, l'autohypnose permet en effet « *de prendre quelques instants pour revenir au moment présent et surtout accueillir tous les messages corporels et émotionnels, sans jugement de valeur. Car, on le sait, le burn-out découle d'une longue succession de messages répétés d'alerte du corps et du cerveau, et qui ne sont pas pris en compte. L'auto-hypnose est donc un bon moyen de prévention du risque de burn-out* » (81).

Lors de la reprise du travail, il semble que les patients n'ayant pas changé de travail ont présenté plus de difficultés que les autres, malgré des bénéfices de l'hypnothérapie.

Certaines patientes ayant changé d'emploi ont pu reprendre le travail de façon sereine et épanouie.

D'autres ont signalé ne plus accepter certaines contraintes, et vouloir un travail correspondant mieux à leurs attentes, grâce au travail effectué par la thérapie qui les a aidés à mieux s'écouter, mais aussi probablement suite au burnout en lui-même.

Comme l'a évoqué un patient, l'hypnose ne suffit donc pas à prendre en charge le burnout, qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et notamment organisationnelle, et la prise de décisions vis-à-vis de leur travail.

En effet, « *Il ressort cependant que la combinaison d'interventions centrées d'une part sur la personne (dont la relaxation et les techniques psychocorporelles) et d'ordre organisationnel d'autre part, montre une meilleure efficacité, bien que les effets ne dépassent que rarement les 12 mois.* » (1).

Cependant, « *Deux méta-analyses récentes ont montré que les interventions centrées sur la personne sont plus efficaces que celles d'ordre organisationnel concernant spécifiquement la dimension de l'épuisement émotionnel.* » (1).

Ces dernières méta-analyses semblent contradictoires avec le fait que selon certains auteurs, les facteurs personnels entreraient en compte dans 40 % des causes du syndrome d'épuisement professionnel et les facteurs organisationnels dans 60 % (36).

Une hypothèse qu'il serait intéressant d'étudier est que les évolutions personnelles induites par les thérapies centrées sur la personne conduiraient les patients à susciter des modifications organisationnelles dans leur travail.

3.b. Pourquoi l'hypnose

Cette étude montre que beaucoup de patients se sont tournés vers l'hypnose avec la volonté d'essayer une thérapie différente, notamment par refus des traitements médicamenteux, et parfois devant l'échec des autres thérapies.

Cela est également retrouvé dans la thèse d'Anne-Sophie Bouyer Troussard sur L'intérêt et place de l'hypnose en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quinze patients. Les attentes des patients étaient en effet de « *trouver une autre alternative thérapeutique,[...] notamment un traitement ne nécessitant pas par la prise de médicaments.* » (82).

Ainsi, la quasi-totalité des patients interrogés ont déclaré être plutôt réfractaires aux traitements antidépresseurs, et peu y ont eu recours.

Il semble pourtant que la prescription d'antidépresseurs était 2,53 fois plus fréquente chez les individus présentant un burnout sévère comparativement à des individus sans burnout, après ajustement sur les troubles dépressifs et l'anxiété, chez des employés finlandais de 30 à 64 ans (1).

On peut penser que les patients interrogés dans cette étude ne sont pas représentatifs de la population générale sur ce point, et que les patients qui se tournent vers l'hypnose sont peut-être réticents aux traitements antidépresseurs.

Les patients regrettaient ainsi souvent que les médecins et psychiatres consultés insistent sur la prescription d'un traitement antidépresseur. Une patiente suggérait que les médecins insistaient probablement car ils n'avaient que cela à proposer. Cela corrobore l'hypothèse de départ, que les médecins peuvent se sentir démunis face au burnout dont la prise en charge n'est pas codifiée (1,6).

Plusieurs patients ont par ailleurs regretté que le burnout ne soit pas reconnu en l'absence de la prise d'antidépresseurs. Certains ont évoqué le stress lié aux contrôles de l'Assurance Maladie, qui exigeait la prise d'antidépresseurs pour justifier de l'arrêt de travail.

Il est important de faire évoluer les mentalités car selon les recommandations de la HAS, les médicaments ne doivent pas être au centre de la prise en charge, et « *Le traitement du trouble peut comporter une prise en charge non médicamenteuse basée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques.* » (1).

Le rapport de l'Académie Nationale de Médecine de 2016 constate également que « *le recours aux antidépresseurs (notamment les ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie par le prescripteur, alors que le burnout ne semble être ni une dépression ni un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) stricto sensu. À côté de la prise en charge psychothérapique, ils recommandent que d'autres traitements, mieux adaptés à une « forme subclinique de dépression/SSPT », soient développés.* » (3).

Ainsi, les patients sont de plus en plus attirés par les thérapies complémentaires (8,76).

Comme cela est souligné par M. Legenne dans son Editorial « Pourquoi recourir aux thérapies non conventionnelles ? », « *un dénominateur commun à toutes ces thérapeutiques qui est l'approche de la personne dans sa globalité et en tant que sujet-acteur de sa vie, ce qui semble faire de plus en plus défaut dans la médecine conventionnelle.* » (8).

Il semble donc intéressant de connaître ces thérapies, afin de pouvoir les proposer aux patients, qui s'y tournent spontanément de plus en plus.

3.c. Le vécu et les ressentis de l'hypnose

Les patients interrogés ont souligné que l'hypnose est une thérapie saine et bienveillante. Le rapport de l'INSERM confirme que les études sur la sécurité de l'hypnose sont rassurantes (7). Une étude de Lynn, Rhue et Kirsch en 2010 montre que l'hypnose n'est pas une procédure dangereuse, et qu'elle est généralement vécue comme plaisante et relaxante (80).

La plupart des patients interrogés ont suivi une thérapie sur plusieurs mois ou années, et plusieurs sont en cours de thérapie, alors que l'hypnose est supposée être une thérapie brève.

Olivier Lockert, hypnothérapeute auteur de plusieurs livres sur l'hypnose et formateur à l'international, explique que « *Le souci est qu'il est difficile de donner une liste des symptômes susceptibles d'être traités rapidement et de ceux qui nécessiteront une thérapie plus longue... Seule une bonne discussion avec votre thérapeute lui permettra de « cibler » à peu près l'origine probable de vos soucis : structurels (thérapie courte) ou de terrains (thérapie longue).* » Il définit les problèmes de terrains comme « *l'Inconscient fonctionne très bien, mais il vous procure une vie de souffrance... [...] c'est toute la vie de la personne qui lui a forgé un Inconscient pathogène... [...]. La thérapie va consister ici en une rééducation complète, de nombreuses prises de conscience, de tous les mécanismes qui entretiennent le système pathogène.* » (83).

Il semble donc que le burnout fasse partie des problèmes profonds nécessitant une thérapie longue. Il est important d'expliquer cela au patient, qui peut chercher en l'hypnose une solution « magique ».

Certains patients ont souligné que l'hypnose diffère des psychothérapies classiques, car elle est davantage centrée sur les solutions que sur les problèmes.

En effet, selon Jane Turner, psychothérapeute ayant été présidente et vice présidente de la Société Française d'Hypnose, « *l'hypnose facilite l'apprentissage de nouvelles attitudes, croyances et capacités permettant au sujet de vivre différemment. Grâce au travail indirect,*

nul besoin de faire prendre conscience au sujet des raisons de ses problèmes, on peut changer sans savoir pourquoi. » (60).

Les patients interrogés ont dévoilé que la réticence à aller voir un psychologue était l'un des freins à la prise en charge. Ainsi, l'hypnose pourrait être proposée préférentiellement aux patients qui ne veulent pas effectuer de psychothérapie, qui sont réticents à dévoiler leurs problèmes à un psychologue.

3.d. Les bénéfices ou points positifs de l'hypnose

L'étude montre que la plupart des patients ont ressenti de façon globale des résultats positifs suite à la thérapie en hypnose.

Il n'y a pas d'articles scientifiques évaluant l'hypnose dans le burnout.

Dans plusieurs ouvrages pour la prise en charge du burnout, l'hypnose est cependant recommandée, sans étude de validation scientifique (11,39,53,81).

Certaines thérapies telles que la méditation ont montré leur efficacité (12,14,16), et laissent à penser que d'autres thérapies corps-esprit pourraient être intéressantes.

Plusieurs études et articles suggèrent également des résultats positifs.

Les patients interrogés pour la thèse d'Anne-Sophie Bouyer-Troussard sur la place de l'hypnose en médecine générale, notaient un bénéfice de la thérapie en hypnose au niveau de leur travail, avec un sentiment de vivre davantage l'instant présent (82).

Selon l'article présenté dans le magazine Hypnose et Thérapies brèves par N. Ruyschaert sur le burnout, l'hypnose permet en effet de diminuer le niveau de tension, de réduire les humeurs dépressives, d'augmenter les perceptions positives, de redonner au patient confiance en lui. Cela lui donne également le pouvoir de développer son autonomie et sa proactivité, et donc de favoriser un lieu de contrôle interne, ainsi que de gérer son anxiété. Les représentations hypnotiques de réussite, de gestion efficace contribuent à leur réalisation dans la vie réelle (11).

Certains des patients interrogés dans le cadre de la thèse qualitative de F. Deligne sur l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la fibromyalgie notaient une amélioration sur le plan professionnel, avec notamment une meilleure gestion du stress et de la pression, une plus grande sérénité, ainsi qu'une prise de distance plus facile. (21)

Selon T.Robles, la pratique de l'hypnose en groupe dans la prévention du burnout a permis pour les participants de diminuer ou faire disparaître le syndrome de fatigue chronique au travail (22).

Un des résultats important de l'étude est que l'hypnose a eu un effet bénéfique sur la diminution de l'anxiété pour la majorité des patients. Cela est concordant avec les données de la littérature.

Une étude réalisée par Craciun et al. en 2012 a montré une diminution du stress et de l'anxiété sur les échelles Perceived Stress Scale et State-Trait Anxiety Inventory, après des séances d'hypnose ericksonienne chez des patients souffrant d'anxiété généralisée (84).

Selon Djayabala Varma, Vice-Président de la Société Française d'Hypnose, l'hypnose permet dans le traitement des troubles anxieux la stabilisation et le renforcement du moi, la relaxation, l'auto-apaisement, le développement des affects positifs, et peut également traiter les causes d'un problème par l'hypnoanalyse (19).

Selon l'article de Barling et Raine, l'hypnose, par des suggestions pertinentes, peut éliminer les tensions, l'anxiété, la peur, et restaurer graduellement la confiance en soi et la capacité à résoudre ses propres problèmes, diminuant ainsi les affects négatifs (85).

L'hypnose a été décrite par quelques patients comme un outil qu'ils pourront utiliser pour gérer leur anxiété ou de futures situations difficiles. Lors du retour au travail, les patients auront ainsi les outils nécessaires pour affronter les situations stressantes.

Djayabala Varma, Vice-Président de la Société Française d'Hypnose, souligne ainsi que « *l'hypnose n'est pas qu'une technique de relaxation mais permet au patient de se préparer à affronter avec calme les futures situations stressantes.* » (19).

Un des points positifs importants souligné par plusieurs patients, est que l'hypnose leur a permis d'éviter ou de diminuer la prise de traitements médicamenteux.

Cette notion est retrouvée dans la thèse de F. Deligne sur l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la fibromyalgie, où les patients interrogés rapportaient une diminution de leur consommation d'antalgiques, d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (21).

Beaucoup de patients interrogés ont souligné que l'hypnose leur a permis d'effectuer un travail durable. En effet, ils ont changé leur comportement, leur vision des choses, ils ont revu leurs priorités, ont appris à gérer leurs émotions, et ont retrouvé confiance en eux. Ils sont devenus plus positifs, plus bienveillants, plus ouverts et ont appris à s'écouter pour savoir ce qui leur convient ou non.

Ils sont devenus acteurs et responsables de leur prise en charge, et ont ainsi découvert leur capacité d'autoguérison. Nous avons vu ci-dessus que c'est l'une des raisons principales pour laquelle les patients se tournent vers les thérapies complémentaires.

Certains patients ont également expliqué que l'hypnose leur avait permis d'apprendre à se dépasser, et à prendre des décisions qu'ils n'auraient pas osé prendre autrement, par exemple de quitter leur travail.

L'hypnose a ainsi permis de traiter au-delà du problème initial du burnout. Elle peut aider à faire le travail nécessaire de remise en question et de développement personnel pour aboutir à la prise de décision adéquate.

Les Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout soulignent que « *Les personnes atteintes d'un burnout subissent la plupart du temps une crise de sens et elles considèrent leur mode de vie orienté jusqu'à présent vers la performance et le succès comme étant inadapté à la transposition de leurs valeurs et de leurs objectifs intrinsèques.[...] Il s'agit de déployer une autre attitude intérieure favorisant une auto-prise en charge valorisante et une authenticité personnelle, telle qu'elle aboutisse ainsi à la prise de responsabilité et de contrôle quant à l'aménagement du propre cadre de vie.* » (52).

Plusieurs auteurs soulignent l'importance dans la prise en charge du burnout de l'acceptation de soi, de la remise à l'écoute de son corps, de la remise en ordre des priorités et des valeurs, afin que les patients soient en mesure de reprendre la responsabilité et la maîtrise de leur vie. « *Une remise en question et une réflexion philosophique, psychologique et éthique de leur mode de fonctionnement est donc primordiale* » (17,49,86).

L'hypnose paraît donc être une solution pertinente dans ce but.

A. Bioy souligne d'ailleurs dans son livre intitulé l'Hypnose que « *L'hypnose permet une certaine reconnexion à ses perceptions, à sa corporalité, et facilite une flexibilité*

psychologique plus importante. Sa pratique régulière [...] apporte un mieux-être, c'est-à-dire que la personne se sent plus en phase avec ce qu'elle est et ce qu'elle vit. » (9).

N. Ruysschaert explique dans le magazine Hypnoses et Thérapies Brèves sur le burnout que *« l'hypnose donne une autre perspective de soi même et de son mode de vie, en devenant plus conscient de sa manière de vivre, afin de permettre un choix en pleine conscience de son style de vie pour un meilleur équilibre. Cela peut également amener à retrouver les valeurs importantes à chacun » (11).*

Plusieurs patients ont également évoqué avoir appris à mieux connaître leur corps. C'est une notion importante, car dans le burnout, les patients ont tendance à négliger leur corps comme le souligne T. Brühlmann : *« Le patient en burnout néglige typiquement son corps. La conscience de son physique disparaît dans la vie de tous les jours; [...] C'est la raison pour laquelle les thérapies centrées sur le corps sont indiquées soit en complément des entretiens thérapeutiques, soit éventuellement seules au début de la prise en charge » (52).*

L'autohypnose pourrait être une piste intéressante pour développer l'autonomisation des patients, et pour assurer la durabilité des bénéfices de la thérapie. Dans cette étude, seules 2 patientes ont été formées à l'autohypnose.

Il semble donc important, comme l'a souligné une patiente, de développer la formation à l'autohypnose.

Dans l'article L'hypnose et les troubles anxieux, les auteurs soulignent que *« Si, au départ, le patient a souvent une position passive face aux consignes du thérapeute qui le guide par ses suggestions, l'enseignement de techniques d'autohypnose vise à lui permettre d'être rapidement autonome dans sa pratique. Le thérapeute passe ainsi du statut de guide à celui d'accompagnateur, jusqu'à ce que sa présence ne soit plus nécessaire. » (87).*

Une étude de 2005 sur les effets de l'hypnose sur le système immunitaire et les affects négatifs chez des sujets sains ayant bénéficié d'hypnose, montre qu'il y a une corrélation positive significative entre la fréquence d'écoute de la cassette audio enregistrée de la séance (étant assimilée à de l'autohypnose) et la diminution du stress, de la dépression et plus encore du burnout (85).

Nicole Ruysschaert rapporte par ailleurs que l'autohypnose a montré des preuves dans la relaxation, la diminution du niveau de stress, la capacité de lâcher-prise, l'augmentation de la résilience, ainsi que le développement des ressources personnelles chez des sujets en burnout (11).

Plusieurs patients ont vu une amélioration de leurs symptômes physiques grâce à l'hypnose, tels que les migraines, lombalgies, capsulite rétractile.

Cela était prévisible par rapport aux données de la littérature sur les indications de l'hypnose, dans les douleurs aiguës et chroniques, et les migraines (9,53,55).

Nicole Ruysschaert souligne également dans le magazine Hypnoses et Thérapies Brèves sur le burnout que l'hypnose permet de traiter des symptômes tels que les douleurs, « *Les plaintes de douleurs, de maux de tête peuvent être traités de diverses façons avec l'hypnose. La douleur peut être remplacée par une autre sensation ou être déplacée progressivement.* » (11).

3.e. Les limites ou points négatifs de l'hypnose

La majorité des patients ont souligné comme point négatif principal le coût de la thérapie, non remboursée. Un des patients a soulevé la question du remboursement éventuel par la Sécurité Sociale, car sans l'hypnose, il pourrait selon lui être encore en arrêt de travail et sous antidépresseurs.

Le remboursement des séances de psychothérapie est actuellement à l'étude dans 3 départements en France, car « *Une étude de la DRESS publiée en 2012 montre que 91% des médecins généralistes interrogés déclarent que le non remboursement est un frein à l'accès aux psychothérapies.* » (88).

Selon les résultats de l'étude, on peut penser qu'à terme cela pourrait être étendu à toute la France, voire même à d'autres thérapies non médicamenteuses, ce qui supprimerait ce frein.

Une patiente a déclaré avoir été dépendante à l'hypnose, et avoir eu du mal à arrêter la thérapie. C'est par ailleurs la seule patiente qui a déclaré avoir eu l'impression que quelqu'un pénétrait dans ses pensées, et qui a poursuivi l'autohypnose quotidiennement.

Freud avait également noté cela lorsqu'il pratiquait l'hypnose : « *Lorsque les circonstances nécessitent un usage prolongé de l'hypnose, il s'établit une accoutumance à l'égard de l'hypnose et une dépendance à l'égard du médecin hypnotiseur qui ne peuvent pas être le but du traitement. [...] C'est aussi dans ces cas-là qu'ont tendance à s'installer chez le malade une dépendance à l'égard du médecin et une sorte d'addiction à l'hypnose.* » (89).

A contrario, Milton H. Erickson qui a développé une hypnose qui amène le patient à s'autonomiser, soulignait que « *Toute dépendance inappropriée est un signe de l'incompétence de l'opérateur et se manifesterait pour cette raison même si l'hypnose n'était pas utilisée. Trop souvent, on manque de reconnaître dans une dépendance inappropriée un problème lié à la personnalité et sans lien avec l'hypnose.* » (90).

Ainsi il est important, comme c'est le but en hypnose ericksonienne, d'amener le patient à s'autonomiser, « *progressivement, le patient intègre que c'est lui qui agit et c'est lui qui fait (l'autohypnose étant aussi là pour le lui signifier indirectement)* » (9).

Il a été difficile pour quelques patients de distinguer l'efficacité propre à l'hypnose. Ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire, ils ont eu des difficultés à faire la part des choses entre les bénéfices dus aux différentes thérapies, à l'arrêt de travail et aux prises de conscience liées au burnout lui-même.

Il serait donc nécessaire de réaliser une étude quantitative prospective sur l'hypnose dans le burnout, sans autres thérapies complémentaires, en comparant par exemple les résultats du score MBI avant, après et à distance de la prise en charge.

Un patient a vu des bénéfices dans les suites de la séance, qui n'ont pas duré. Le patient n'a effectué que deux séances d'hypnothérapie.

On peut émettre l'hypothèse que cela soit dû au fait qu'il n'ait pas poursuivi la thérapie. En effet, comme dit plus haut, le burnout nécessite probablement une thérapie plus longue.

Deux patients n'ont pas vu de changements importants suite à cette thérapie. Un des patients n'a pas réussi à entrer en transe hypnotique ni à avoir des visualisations. Une des patientes faisait des séances depuis 8 mois lors de l'entretien.

Il serait donc intéressant d'étudier les facteurs prédictifs de bénéfices de l'hypnose dans le burnout, afin de mieux orienter les patients.

Un patient a évoqué un changement qu'il a jugé négatif. Il est difficile d'évaluer cela dans la littérature. On peut penser qu'en fonction des suggestions utilisées par le praticien, cela peut conduire à des changements qui peuvent être perçus comme négatifs.

Cependant, Olivier Lockert rappelle que *« on n'arrivera jamais à faire faire à un sujet quelque chose qui est contraire à sa morale ou à sa culture. [...] on ne parle pas ici d'une acceptation consciente, superficielle, mais d'une adéquation profonde [...] et qui bloque toutes suggestions ou actions vraiment négatives pour la personne »*. (59).

Un autre point négatif évoqué par les patients, est que l'hypnose est une thérapie non encadrée et non reconnue. Cela limite donc la crédibilité et la sécurité de la méthode.

Le rapport de l'INSERM de 2015 souligne ainsi qu' *« Il faut toutefois être vigilant sur les dérives éthiques que les techniques de suggestions peuvent entraîner. Comme dans de nombreuses autres techniques de soins non conventionnels, une réglementation des pratiques serait ainsi souhaitable. »* (7).

En effet, il n'y a pas de cadre légal pour la pratique de l'hypnose en France. Elle est uniquement encadrée par des chartes éthiques. Le DU d'hypnose n'est pas reconnu par l'Ordre des médecins. Des hypnothérapeutes non médecins ont déjà fait l'objet de condamnations pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du code de la santé publique) (7).

Nous verrons ci-dessous l'importance du thérapeute et des suggestions utilisées dans la pratique de l'hypnose. Il est donc particulièrement important d'encadrer cette pratique.

De plus, selon certains patients, cette méthode reste taboue. Plusieurs patients ont regretté devoir se cacher pour pratiquer l'autohypnose, et ne pas pouvoir en parler à leurs proches ni même à leurs médecins.

Il semble donc important que les médecins comme le grand public soient correctement informés sur la pratique de l'hypnose thérapeutique, bien différente de l'hypnose de spectacle.

Plusieurs patients ont formulé l'idée que les résultats obtenus en hypnose dépendent de plusieurs facteurs, qu'il serait intéressant de mieux identifier :

- La réceptivité ou suggestibilité, la motivation et l'ouverture d'esprit préalable.
La suggestibilité, bien qu'elle soit supposée être stable, peut être modifiée selon quelques études si l'on apprend aux patients à imaginer avec des suggestions, si on leur enseigne comment interpréter les suggestions, s'ils savent qu'ils peuvent résister aux suggestions s'ils le souhaitent, et si on leur explique les fausses idées qu'ils ont sur l'hypnose. Suite à cet apprentissage, environ 50 % des participants qui étaient testés comme faiblement suggestibles étaient devenus hautement suggestibles (80).
Par ailleurs, plusieurs patients ont évoqué une réticence initiale vis-à-vis de l'hypnose, du fait de la peur de l'emprise mentale. Il paraît donc important d'expliquer et de démystifier l'hypnose avant de la pratiquer. Cependant, dans son livre sur L'hypnose, A. Bioy souligne que le « *petit théâtre de l'hypnose* », les croyances et la fascination qui y sont liées, sont importantes dans le processus thérapeutique. Dans une étude de Gandhi et Oakley en 2005, deux groupes étaient comparés auxquels on demandait de réaliser les mêmes tâches après une induction hypnotique. Dans l'un, les sujets étaient clairement informés qu'il s'agissait d'hypnose, dans l'autre ils croyaient qu'il s'agissait uniquement de relaxation. L'effet obtenu sur le groupe informé était bien supérieur à celui du groupe non informé. Les auteurs ne donnaient pas d'explication à ce phénomène, mais A. Bioy émet l'hypothèse que « *le terme « hypnose » convoque des représentations fortes pouvant aller dans le sens d'un plus grand effet thérapeutique.* » (9).

L'hypothèse formulée par les patients interrogés selon laquelle une préparation serait nécessaire pour que l'hypnose soit efficace serait donc intéressante à étudier.

- La phase du burnout. Certains patients ont déclaré que l'hypnose est un outil qui pourrait être plus ou moins adapté selon le moment de leur vie et de leur burnout. Les patients interrogés ont pratiqué l'hypnose plutôt dans une seconde phase de leur burnout, où ils étaient peut-être plus ouverts et plus aptes à lâcher prise. Il serait donc important de savoir dans quelle phase du burnout proposer préférentiellement l'hypnose.
- Les attentes. Il paraît pertinent d'étudier les attentes des patients vis-à-vis de l'hypnose. Selon une étude de Kirsch en 1990, l'attente d'un résultat thérapeutique positif est souvent prédictive d'une amélioration. On peut donc penser que les patients ayant une attitude positive envers l'hypnose seront plus coopératifs et donc plus à-même de répondre positivement au traitement (91).
Pourtant, dans cette étude plusieurs patients ont déclaré être sceptiques vis-à-vis de l'hypnose avant de débiter, et une patiente a souligné qu'elle n'en attendait rien car elle n'y croyait pas du tout. La thérapie a tout de même été bénéfique pour certains de ces patients.
Il serait donc intéressant d'étudier les effets de l'hypnose dans des populations de patients ayant des attentes différentes afin d'explorer cette hypothèse, et de savoir à quels patients proposer préférentiellement cette thérapie.
- Le thérapeute. Plusieurs patients ont souligné l'importance du thérapeute. Il ne semblait pas y avoir de différence par rapport aux bénéfices ressentis en fonction du type de thérapeute, médecin, psychologue ou hypnothérapeute. Quelques patients ont d'ailleurs consulté plusieurs thérapeutes avant de ressentir des bénéfices, ce qui montre que le thérapeute et la relation thérapeutique ont une grande importance dans les résultats.

Comme le soulevait A.Bioy dans son livre sur L'hypnose, « *Freud relevait déjà qu'il fallait sans doute voir la dimension thérapeutique de l'hypnose nichée dans cette représentation forte de la relation hypnotique.* » (9).

A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau écrivent dans leur livre Hypnothérapie et hypnose médicale que « *Nombre de recherches ont montré que l'alliance thérapeutique était l'élément le plus influent dans l'obtention de résultats thérapeutiques positifs.* » (53).

On sait en effet que la transe hypnotique n'est pas thérapeutique en elle-même. Ce sont les suggestions spécifiques et les images proposées par le thérapeute lorsque le patient est en transe qui peuvent profondément modifier les comportements et les modes de pensée (85).

Selon certaines études, la réponse hypnotique dépendrait en fait de trois facteurs : la variabilité individuelle à la suggestibilité, les suggestions hypnotiques spécifiques, et de façon plus controversée l'induction hypnotique (56–58).

Par ailleurs, les Dr Virost et Bernard rappellent que trois conditions fondamentales restent nécessaires à la prise en charge en hypnose : la motivation du patient, la coopération du patient et la confiance du patient dans le thérapeute (7).

VI. CONCLUSION



Faculté de Médecine
Lyon Est



Nom, prénom du candidat : RIVOIRE Pauline

CONCLUSIONS

Le burnout et l'hypnose sont deux sujets d'actualité. Les patients se tournent davantage vers des thérapies telles que l'hypnose, dans une société où l'augmentation des risques psychosociaux conduit de plus en plus fréquemment au burnout.

Ce travail avait pour objectif d'étudier la place éventuelle de l'hypnose thérapeutique dans la prise en charge du burnout, au travers du vécu des patients.

Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-dirigés menés auprès de 11 patients ayant vécu un burnout, et ayant été pris en charge par au moins 2 séances d'hypnose. L'inclusion a été longue en raison de la réticence des hypnothérapeutes et des patients.

Les principaux résultats montrent que l'hypnose pourrait avoir une place dans la prise en charge du burnout chez les patients interrogés. La majorité des patients interrogés ont retiré de nombreux bénéfices de leur thérapie ; ils ont pu diminuer leur anxiété et apprendre un outil pratique pour mieux la gérer, améliorer leurs douleurs physiques, et éviter ou diminuer la prise de traitements.

Ils ont acquis une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs corps, leur ayant permis de retrouver leurs priorités, de mieux s'écouter, et de reprendre confiance en eux. Ils ont pu redevenir acteurs de leur prise en charge.

Cet important développement personnel leur a été utile afin de prendre des décisions nécessaires, notamment vis-à-vis de leur travail.

Il s'agit selon la plupart des patients interrogés d'un travail long, à poursuivre. Il est donc nécessaire de développer la formation à l'autohypnose, pour l'autonomisation des patients et la durabilité des bénéfices.

Il pourrait être intéressant d'étudier si l'hypnose en complément de la thérapie cognitivo-comportementale peut apporter des bénéfices plus importants et plus durables.

Plusieurs limites à cette prise en charge ont cependant été soulevées : l'investissement financier nécessaire, la difficulté à lâcher prise, l'absence de reconnaissance et d'encadrement de l'hypnose, et pour



certains patients l'inefficacité de la thérapie ou des changements non durables. Une patiente est devenue dépendante de l'hypnose.

Les patients ont souligné que les résultats peuvent dépendre de plusieurs facteurs qu'il serait intéressant de mieux identifier, notamment la motivation préalable, la phase du burnout, et le thérapeute.

Certains patients ont eu du mal à distinguer si les bénéfices ressentis étaient liés à l'hypnose ou au reste de leur prise en charge.

Il serait donc nécessaire d'étudier l'hypnose dans le burnout par des études quantitatives prospectives, afin d'étudier son efficacité réelle.

Il serait également important d'étudier si l'hypnose et l'autohypnose pourraient être des moyens de prévention du burnout.

Le burnout est de plus en plus fréquent, et ses conséquences peuvent être dramatiques, mais sa prise en charge est peu codifiée. Il est important de connaître les différentes thérapies envisageables afin d'orienter au mieux chaque patient, dans une approche centrée patient. Quoique puisse apporter l'hypnose, il sera nécessaire pour les patients de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire, et de prendre les décisions adéquates vis-à-vis de leur travail.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

P. N. Flori

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Marie FLORI
Professeur
de Médecine Générale

Vu :

Pour le Président de l'Université,

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

23 SEP. 2019

VII. ANNEXES

A. MBI test

Les items de fréquence sont :

0 jamais

1 quelques fois par an

2 une fois par mois

3 quelques fois par mois

4 une fois par semaine

5 quelques fois par semaine

6 chaque jour

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

RESULTATS:

Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

- total inférieur à 17: burn out bas
- total compris entre 18 et 29: burn out modéré
- total supérieur à 30: burn out élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

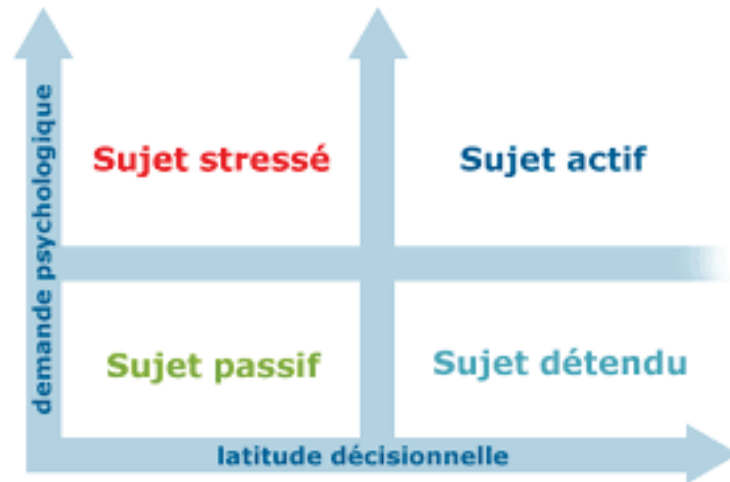
- total inférieur à 5: burn out bas
- total compris entre 6 et 11: burn out modéré
- total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

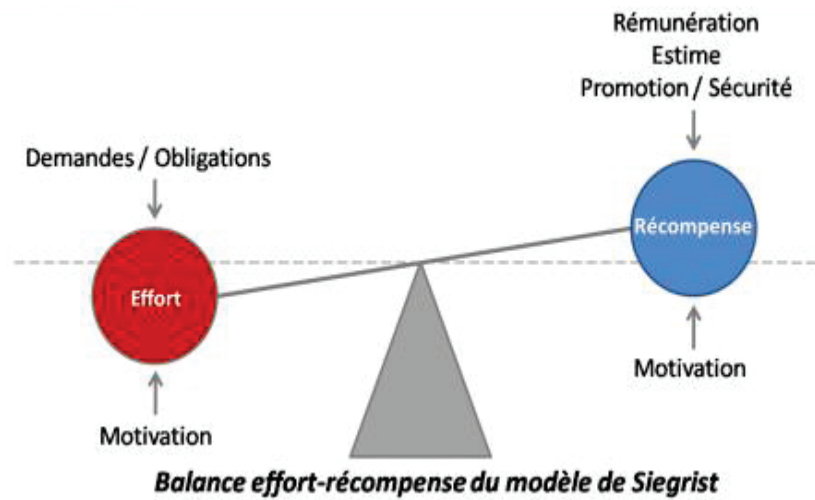
- total supérieur à 40: burn out bas
- total compris entre 34 et 39: burn out modéré
- total inférieur à 33: burn out élevé

B. Modèle de Karasek et Siegrist

Karasek



Siegrist



C. Canevas d'entretien

Bonjour, je m'appelle Pauline Rivoire, je suis chercheuse à Lyon et je réalise ma thèse dans le cadre de mes études sur la prise en charge en hypnose thérapeutique dans le burnout.

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien dans le cadre de la prise en charge de votre burnout en hypnose, et de m'accorder de votre temps, votre témoignage sera précieux pour cette étude.

Avec votre accord, je vais enregistrer cet entretien pour rester la plus fidèle à vos propos lors de la retranscription. Les données de cette interview resteront bien entendu anonymes et confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de cette thèse.

Vous pouvez si vous le souhaitez me laisser vos coordonnées pour que je vous envoie une copie de la thèse une fois qu'elle sera achevée.

Prenez le temps qu'il vous faut pour répondre, il n'y a pas de « bonne ou de « mauvaise » réponses. N'hésitez pas à me dire si la question n'est pas assez claire pour vous et si vous voulez que je reformule.

PARTIE 1 PRISE EN CHARGE

1. Racontez-moi pourquoi vous vous êtes tourné vers l'hypnose pour prendre charge votre burnout ? Et comment s'est déroulée votre prise en charge en hypnose ?

Points à aborder : Qui vous a proposé la prise en charge en hypnose ? Quel type de praticien vous a pris en charge ?

De combien de séances avez-vous bénéficié/ Combien de temps a duré la prise en charge ?

Qu'est ce qu'était pour vous l'hypnose avant cette prise en charge et qu'en attendiez-vous ? Cela correspondait-il à l'image que vous aviez de l'hypnose ?

si non abordé : Quels étaient les symptômes de votre burnout ?

2. En dehors de l'hypnose, racontez-moi comment a été pris en charge votre burnout ?

Points à aborder : traitements médicamenteux ?

Autre (psychologue, médecin du travail, compléments alimentaires...) ?

Du coup, pourquoi l'hypnose plutôt qu'une prise en charge psychologique plus classique ?

PARTE 2 LE TRAVAIL

3. Si non abordé : Avez-vous repris le travail ?

Si oui : combien de temps a duré l'arrêt de travail ? Comment se passe la reprise ? Avez-vous noté des modifications dans votre comportement et votre relation au travail ?

Si non : depuis combien de temps êtes-vous en arrêt de travail ? Pourquoi ?

PARTIE 3 VECU DE L'HYPNOSE

4. Racontez-moi comment avez-vous vécu ces séances d'hypnose ? Qu'avez-vous ressenti ? Cela a-t-il changé votre regard sur l'hypnose ?

Si vous deviez à présent expliquer ce qu'est l'hypnose à quelqu'un de non averti, que lui diriez vous ?

5. Comment vous sentez vous à présent, après cette prise en charge en hypnose ?

6. Que pensez-vous de l'hypnose dans la prise en charge de votre burnout ?

7. Racontez-moi s'il y a des choses qui ont concrètement changé pour vous après cette prise en charge en hypnose, dans votre vie professionnelle et personnelle ?

Points à aborder : modification de la relation au travail ? du stress ? des relations aux autres ? Des traitements ? Des symptômes physiques ?

Relance : Votre entourage a-t-il remarqué des modifications dans votre comportement ?

Autre relance : si vous deviez vous comparer avant et après l'hypnose, est-ce que cela a changé quelque chose pour vous ?

Si bénéfiques : 6. Pensez-vous que ce que vous a apporté l'hypnose est durable dans le temps ?

Point à aborder : pratiquez-vous de l'autohypnose, ou d'autres types d'exercices type méditation/relaxation/sophrologie ? Si oui : quels types d'exercices ? le thérapeute vous a-t-il formé ?

7. Si vous deviez dire les points positifs et les points négatifs de l'hypnose dans la prise en charge de votre burnout, que diriez-vous ? Quelles seraient selon vous les limites ?

8. En conclusion, qu'est ce que vous diriez que l'hypnose vous a appris ?

Relance : est ce que vous recommanderiez une prise en charge en hypnose à vos connaissances qui sont en burn out ? Comment leur expliqueriez-vous ce que l'hypnose vous a apporté ?

9. Que pensez-vous de la prise en charge de votre burnout de façon globale ?

TEMPS DE REFORMULATION, SYNTHÈSE

Y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter ?

Connaissez-vous d'autres personnes concernées par le burnout qui ont été pris en charge en hypnose et que je pourrai éventuellement interroger ?

Questionnaire

Initiale du nom de famille

Initiale du prénom

Age

Sexe

Mode de vie (urbain, semi-rural, rural)

Emploi occupé au moment du burnout

Emploi occupé après le burnout si changement

Années d'expériences dans la vie active

Niveau d'éducation/ d'étude

Situation familiale/ enfants

D. Arbre de codage

Afin de faciliter la compréhension de la démarche d'analyse et de création de l'arbre de codage, se trouve ici pour chaque grand thème un seul exemple d'un sous-thème avec tous les verbatims associés.

Le burnout

Les conséquences et les séquelles

Des troubles anxieux et de la concentration persistants

"J'y ai laissé une partie de ma santé quand même" E1

"J'ai l'impression que ça me laisse des séquelles, j'arrive pas à me concentrer de la même façon qu'avant en fait" E2

"C'est pour ça aussi que j'mettais du temps pour faire mon travail, parce que j'arrivais plus à me concentrer" E3

"Le côté moins patient... [...] j'ai monté ma boîte mais j'suis pas motivé..." E4

"Fin ya des restes, sur la mémoire, [...] beaucoup plus de problèmes de mémoire qu'auparavant... Et la fatigue [...] j'mets longtemps à récupérer quoi" E5

"Ben pour moi mes symptômes c'était surtout... -ben de toute façon j'en ai encore- claustro" E7

Des conséquences sur la vie personnelle

"C'est ma passion [la montagne], donc, c'est pour que le préjudice de l'entreprise pour moi c'est ça, jsi j'peux pas faire ça, pour moi ça me fout en l'air quoi" E1

"Déjà je vais être obligée d'aller à Paris... [...] ça va me pourrir ma vie personnelle, ça s'appelle un célibat géographique" E2

"J'ai l'impression que ça me laisse des séquelles, j'arrive pas à me concentrer de la même façon qu'avant en fait" E2

"C'est pour ça aussi que j'mettais du temps pour faire mon travail, parce que j'arrivais plus à me concentrer" E3

"Le côté moins patient... [...] j'ai monté ma boîte mais j'suis pas motivé..." E4

"Fin ya des restes, sur la mémoire, [...] beaucoup plus de problèmes de mémoire qu'auparavant... Et la fatigue [...] j'mets longtemps à récupérer quoi" E5

Pourquoi l'hypnose ?

Les attentes

"Donc j pense qu'il y a des blocages dans mon cerveau, donc j'attends ça de l'hypnose." E3

"Et ben j'espérais trouver des réponses ou trouver des choses que j'avais p'tet pas consciemment." E4

"Ce que je recherchais dans l'hypnose, pour moi, c'était le lâcher prise au départ, c'est absolument ce que je voulais retrouver [...] pour moi quand on disait hypnose ça voulait dire lâcher prise" E5

"Ah ben moi j'attendais de me sentir mieux." E6

"Ben moi je voulais surtout comprendre et avoir des mots sur ce qui m'arrivait, et puis surtout défaire les problématiques." E7

"[...] j'étais très sceptique" "[...] je me suis tourné vers l'hypnothérapie parce que je n'avançais pas assez vite, je sais que c'est un processus etc qu'il faut prendre les choses doucement, donc j'avais besoin de court-circuiter ou hacker ma façon de... (rires)" E8

"Et ben j'attendais qu'elle me sauve ! (rires) [...] j'attendais qu'elle m'aide à résoudre mes problèmes en fait, voilà. Que grâce à elle, je puisse faire un travail sur moi pour trouver des solutions à mes problématiques, qui commençaient à être très envahissantes" E9

"Rien, j'y croyais pas du tout. Franchement, j'y croyais pas du tout. [...] Le truc bidon (rires), le truc auquel on croit pas j'me disais non mais c'est pas possible ça va pas..." E10

"Et la deuxième chose super importante c'est que je voulais arrêter tout ce qui était prise de médicaments. Voilà." E11

Le vécu et le ressenti de l'hypnose

Une thérapie différente, centrée sur les solutions

"Les psys j'en ai vu mais ça me convient pas, parce que c'est un travail qui est trop long [...] enfin c'est pas un dialogue, c'est souvent un monologue" E1

"[...] Le burnout on peut vraiment pas dire que ce soit pas psy, mais t'as pas forcément pour autant envie de faire une psychanalyse ou j'sais pas quoi ! [...] On est pas là pour le pourquoi, on est là pour le comment !" E2

"Me dire qu'est ce que vous avez vécu dans votre enfance machin...[...] d'entendre dire, votre problème c'est ça, mis j'le connais mon problème !J'ai besoin de savoir comment j'peux... pas m'en débarrasser, mais le mettre au second plan [...] donc c'est en ça que m'a aidé l'hypnose"

"C'est plus long [la psychothérapie classique par rapport à l'hypnose] ! Et quand vous sortez de votre séance de psy c'est pas tout rose, vous avez pleuré... Moi l'hypnose j'ai pas pleuré ! Le Dr X m'a pas demandé mon passé, mon enfance..." E4

"Alors que souvent dans les thérapies c'est beaucoup mentaliser le pourquoi du comment..." E6

"c'est une façon différente de communiquer avec le patient, et l'aider et l'accompagner." E8

"C'est pas comme... on va voir le médecin vous allez prendre un ibuprofène et voilà.

En fait en hypnose je trouve qu'on cherche énormément les causes de nos maux, on les cherche vraiment au fond, mais au fond de soi." E11

Les bénéfices ou points positifs de l'hypnose

Eviter la prise de traitements médicamenteux

"Ah non c'est complètement positif parce que j pense que sinon j'aurais été obligé d'y aller aux antidépresseurs et tout, j pense que ça m'a permis de faire sans... de rester sans traitement." E2

"[...] parce que j pourrais être encore sous antidépresseurs aujourd'hui si vous voulez quoi..."

"Alors les points positifs pour moi c'est que ça... ben déjà on évite tout ce qui est traitement médicamenteux" E4

"[...] donc c'est grâce à elle et au travail qu'on a fait ensemble, qui m'a permis déjà d'éviter de prendre des médicaments, de re-dormir." E9

*"Ben les points positifs, ça peut nous guérir d'un burnout sans prendre de la chimie quoi ! [...]
Ca peut nous sortir de l'angoisse sans médicaments quoi." E10*

"Parce que même au niveau des migraines j'ai bien diminué les triptans [...], je prends beaucoup moins d'anti inflammatoires tout ça." "Ouais, y'a vraiment une nette amélioration, et l'anxiolytique l'alprazolam j'ai six cachets par jour, j'en prends un tous les 2-3 jours, et encore !" E11

Les limites ou points négatifs de l'hypnose

Une thérapie non encadrée, non reconnue

"Parce qu'après, y'a des charlatans là dedans, y'a des gens qui sont... qui en profitent"

"J pense qu'un bon médecin généraliste doit être ouvert, sensibilisé à ça [l'hypnose]" E1

"Alors le point négatif c'est que [...] c'est pas reconnu par..." E3

"Pareil parce que j'aime bien que les choses soient carrées, et aujourd'hui la législation est pas très carrée là dessus. Tous les hypnothérapeutes qui se lancent en étant non médecins, ils sont à la frontière de... du légal et du non légal." E5

"[...] J'espère qu'un jour ce sera encore plus intégré [l'hypnose], dans la médecine, dans le travail avec les médecins !" E11

E. Tableau des caractéristiques de la population

	Âge	Sexe	Mode de vie	Emploi durant le burnout	Emploi après le burnout	Nombre d'années dans la vie active	Niveau d'étude	Situation familiale
E1	60	M	Rural	Cadre supérieur commercial	Moniteur de ski	37	Ingénieur + MBA	Divorcé 2 enfants
E2	50	F	Semi-rural	Chef de produit	Placard, changement en vue	27	Bac +5	Mariée 2 enfants
E3	52	F	Urbain	Assistante RH	idem	32	Bac +2	Célibataire Sans enfants
E4	54	M	Rural	Chef de dépôt	Télé-pilote de drone	36	Baccalauréat	Concubinage
E5	43	M	Semi-rural	Informaticien	Idem	20	Bac +4 DEST	Marié 2 enfants
E6	48	F	Urbain	Kinésithérapeute libérale	Hypnothérapeute	25	Bac +4	Divorcée 3 enfants
E7	49	M	Semi-rural	Chargé d'affaires	Chargé d'affaires commercial	25	Bac + 3	Marié 2 enfants
E8	33	M	Urbain	Chef de projet web/Chargé de clientèle	-	5 ans 1/2	Bac +5	Célibataire Sans enfants
E9	45	F	Urbain	Assistante de direction industrie	Assistante de direction médicale	20	Bac +4	Mariée 2 enfants

E10	52	F	Rural	Directrice de supermarché	Consultante en Magasin	30	Baccalauréat	Mariée 2 enfants
E11	52	F	Semi- rural	Gestionnaire de formalités de brevets (propriété intellectuelle)	Non défini	30	BTS secrétariat de direction	Mariée 1 enfant

F. Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon)

Pour chaque question il y a 3 items possibles : Oui ± Non

L'introduction

- 1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.
- 2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).

Les méthodes

- 3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).
- 4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).
- 5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).
- 6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).
- 7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).

Les résultats

- 8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.
- 9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.

La discussion

- 10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices.
- 11 - Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).

La conclusion

- 12 - La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Burnout – Repérage et prise en charge [Internet]. 2017 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
2. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP [Internet]. 2015 [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/documents/article/la-souffrance-psychique-en-lien-avec-le-travail-chez-les-salaries-actifs-en-france-entre-2007-et-2012-a-partir-du-programme-mcp>
3. Académie nationale de médecine. Le Burn-out [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2016 [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
4. World Health Organization. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2019 [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
5. Duret C. Epuisement professionnel : fiche conseil d’orientation et de prise en charge pour le médecin du travail. *Références en Santé au Travail*. 2018;(156):57-64.
6. Souffrance et Travail. Guide Pratique pour les Médecins Généralistes [Internet]. 2011 [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/guide-pratique-pour-les-medecins-generalistes/>
7. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l’efficacité de la pratique de l’hypnose [Internet]. 2015 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
8. Legenne M. Pourquoi recourir aux thérapies non conventionnelles ? *JALMALV*. 2016;N° 125(2):5-8.
9. Bioy A. L’hypnose. Paris, France: Presses universitaires de France; 2017. 115 p.
10. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. Académie Nationale de Médecine; 2013 p. 31.
11. Ruysschaert N. Le « burnout » L’hypnose pour prévenir et guérir. *Hypnose et thérapies brèves*. 2007;(6):38-52.

12. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *Ann Fam Med*. 2013;11(5):412-20.
13. Greeson JM, Toohey MJ, Pearce MJ. An Adapted, Four-Week Mind–Body Skills Group for Medical Students Reducing Stress, Increasing Mindfulness, and Enhancing Self-Care. *Explore*. 2015;11(3):186-92.
14. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(2):119-28.
15. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*. 2006;19:105-9.
16. Elder C, Nidich S, Moriarty F, Nidich R. Effect of Transcendental Meditation on Employee Stress, Depression, and Burnout: A Randomized Controlled Study. *Perm J*. 2014;18(1):19-23.
17. Hochstrasser B, Brühlmann T, Cattapan K, Hättenschwiler J, Holsboear-Trchsler E, Kawohl W, et al. Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques. *Forum Médical Suisse*. 2016;16(26-27):561-6.
18. Chertok L. L'hypnose. Paris, France: Payot; 2002. 368 p.
19. Djayabala V. Hypnose et troubles anxieux. Paris, France: L'Harmattan; 2010. 168 p.
20. Hammond D. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Rev Neurother*. 2010;10(2):263-73.
21. Deligne F. Intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de la fibromyalgie évaluation de cette technique un an après sa mise en place: étude qualitative auprès de patients suivis au centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) au CHU de Nantes [Thèse d'exercice]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2015.
22. Robles T, Touyarot A. Hypnose ericksonienne en groupe pour la gestion du stress et la prévention du burnout. Belgique: Satas; 2016. 90 p.
23. Algava E, et al. Stress au travail et santé - Situation chez les indépendants [Internet]. INSERM; 2011 [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Sommaire.html>
24. Cabinet Technologia. Le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.technologia.fr/etudes/letude-complete-le-syndrome-depuisement-une-maladie-professionnelle/>

25. Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007 [Internet]. INRS; 2007 [cité 18 juill 2017]. Disponible sur: https://amrae.fr/sites/default/files/2007_CoutStressProfessionnel_INRS_2.pdf
26. Grebot E. Stress et burnout au travail. Paris, France: Eyrolles; 2008. 234 p.
27. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
28. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* juin 2016;15(2):103-11.
29. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research.* 2006;61(1):59-66.
30. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap : a review. *Clinical psychology review.* 2015;(36):28-41.
31. Truchot D. Epuisement professionnel et burnout : concept, modèles, interventions. Paris, France: Dunod; 2004.
32. Györfy Z, Dweik D, Girasek E. Reproductive health and burn-out among female physicians: nationwide, representative study from Hungary. *BMC Women's Health.* 2014;14(1):121.
33. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Maslach Burnout Inventory (MBI). *Références en Santé au Travail.* 2012;(131):157-9.
34. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement.* 1994;26(2):210-27.
35. Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I. Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scand J Psychol.* 2015;56(6):626-36.
36. Lee RT, Ashforth BE. A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout. *Journal of Applied Psychology.* 1996;81(2):123-33.
37. M. Lindblom K, J. Linton S, Fedeli C, et al. Burnout in the working population : relations to psychosocial work factors. *International journal of behavioral medicine.* 2006;13(1):51-9.
38. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Cases C, Davezies P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. 2011 [cité 17

juin 2017]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

39. Zawieja P. Le Burn out. Paris: Presses universitaires de France; 2015. 126 p.
40. Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*. 2009;23(3):244-63.
41. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S, et al. Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):11-7.
42. Bodin R-P, Verborgh E. La qualité du travail et de l'emploi des femmes: instruments de changement. Dublin, Irlande: Office des publications officielles des Communautés Européennes; 2002.
43. URPS médecins libéraux PACA. Le médecin libéral face à la souffrance au travail de ses patients [Internet]. [cité 24 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paca.org/?p=509>
44. FIRPS. Prévenir le burn-out [Internet]. 2016. Disponible sur: http://firps.org/wp-content/uploads/2016/03/FIRPS_Livret-Burnout_SP.pdf
45. Zawieja P, Guarnieri F, éditeurs. Epuisement professionnel approches innovantes et pluridisciplinaires. Paris, France: Armand Colin; 2013.
46. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195-205.
47. INRS, DGT, ANACT. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre pour mieux agir [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/header/presse/cp-burnout.html>
48. Censi Y, Sebaoun G, Ballay A, Bouziane-Laroussi K, Clergeau M-F, Laclais B, et al. Rapport d'information de MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) - XI^e législature - Assemblée nationale [Internet]. Assemblée Nationale; 2017 [cité 7 mai 2017] p. 131. Report No.: 4487. Disponible sur: <http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i4487>
49. Mesters P, Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, Le Polain M, Massart A-C, et al. Syndrome de fatigue professionnelle (burnout) - 2^e partie : de la prise en charge thérapeutique. *Revue Médicale Liège*. 2017;72(6):301-7.

50. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*. févr 2001;91(2):270-6.
51. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* [Internet]. 14 juin 2012 [cité 20 juill 2017];8. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434360/>
52. Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. *Forum Médical Suisse*. 2012;12(49):955-60.
53. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. *Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions*. Paris: Dunod; 2014. 358 p.
54. Michaux D. Mesure de l'hypnose et formes d'hypnose [Internet]. 2018 [cité 12 août 2017]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/articles-mesure-hypnose-formes-hypnose/>
55. Lambomez V. L'hypnose : une histoire sans fin. *ActMédInt - Psychiatrie*. 2002;19(3):52-7.
56. Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. - PubMed - NCBI. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;81:75-98.
57. Mazzoni G, Rotriquenz E, Carvalho C, Vannucci M, Roberts K, Kirsch I. Suggested visual hallucinations in and out of hypnosis. *Conscious Cogn*. 2009;18(2):494-9.
58. Mazzoni G, Venneri A, McGeown WJ, Kirsch I. Neuroimaging resolution of the altered state hypothesis. *Cortex*. 2013;49(2):400-10.
59. Lockert O. Hypnose & Dissociation [Internet]. 2015 [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: <http://olivier-lockert.com/2015/03/10/hypnose-dissociation/>
60. Delannoy C. Hypnotiquement vôtre [Internet]. Bulletin semestriel de la société française d'hypnose; 2009 [cité 23 août 2017]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/8098349-Hypnotiquement-votre.html>
61. L'Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
62. Hammond DC. A review of the history of hypnosis through the late 19th century. *Am J Clin Hypn*. 2013;56(2):174-91.
63. Benhaïem J-M. *L'hypnose médicale*. Paris, France: Med-line; 2012. 251 p.
64. De Benedittis G. Neural mechanisms of hypnosis and meditation. *J Physiol Paris*. 2015;109(4-6):152-64.

65. Guldenmund P, Vanhaudenhuyse A, Boly M, Laureys S, Soddu A. A default mode of brain function in altered states of consciousness. *Arch Ital Biol.* 2012;150(2-3):107-21.
66. McGeown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Conscious Cogn.* 2009;18(4):848-55.
67. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cereb Cortex.* 2017;27(8):4083-93.
68. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. L'Aide-mémoire d'hypnose: en 50 notions. Dunod; 2010. 329 p.
69. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, et al. A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(17):1304-12.
70. Montgomery GH, Schnur JB, Kravits K. Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA Cancer J Clin.* 2013;63(1):31-44.
71. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, Hansen E. The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis: A Systematic Review of Meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2016;113(17):289.
72. Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:13.
73. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
74. Pasquier E. Mémoire de médecine générale : comment préparer et réaliser un entretien semidirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Lyon Nord; 2004.
75. Frappé P. Initiation à la recherche. Condé-en-Normandie, France: Global Médial Santé - CNGE productions; 2018. 224 p.
76. ASPH. Les médecines alternatives [Internet]. 2014 [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2014/Analyse-2014-26-medecines-alternatives.pdf>
77. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique [Internet]. 2006 [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
78. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(46):781-7.

79. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001;32(2):117-21.
80. Jay Lynn S., Kirsch I. Clinical Hypnosis [Internet]. 2015 [cité 16 juin 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781118625392.wbecp520>
81. Ménard A. Portrait d'hypnothérapeute - 5 questions à Adrien Ménard sur l'hypnose dans les risques psychosociaux [Internet]. 2014 [cité 5 août 2017]. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/newsletter/newsletter-octobre-2013.html>
82. Bouyer-Troussard A-S. Intérêt et place de l'hypnose en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2014.
83. Lockert O. Hypnose : thérapie brève ? [Internet]. 2014 [cité 16 juin 2019]. Disponible sur: <http://olivier-lockert.com/2014/09/28/hypnose-therapie-breve/>
84. Craciun B, Holdevici I, Craciun A. The efficiency of ericksonian hypnosis in diminishing stress and procrastination in patients with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*. 2012;27:1.
85. Barling NR, Raine SJ. Some effects of hypnosis on negative affect and immune system response. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2005;33(2):160-77.
86. Delbrouck M, Vénara P, Goulet F, Ladouceur R. Comment traiter le burnout - Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. de boeck. Bruxelles; 2011. 462 p.
87. Smaga D, Cheseaux N, Forster A, Colombo S, Rentsch D, De Tonnac N. L'hypnose et les troubles anxieux. *Revue Médicale Suisse*. 2010;6:330-3.
88. L'Assurance Maladie. Guide pratique à destination des psychologues cliniciens et des psychothérapeutes - Prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non médicamenteuses Dispositif expérimenté dans 3 départements [Internet]. 2017 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/506/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf>
89. J. C. Andrade. L'apport de l'approche psychanalytique à la compréhension des addictions : objet primaire et avatars de la fixation archaïque [Internet]. 2009 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://archipel.uqam.ca/2385/1/M11061.pdf>
90. Garnier A. Interview d'Erickson sur l'hypnose, ses dangers et ses limites [Internet]. 1955 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <http://garnier-hypnose.com/interviewerickson/>

91. Kirsch I. Changing expectations: A key to effective psychotherapy. Belmont, CA, US: Thomson Brooks/Cole Publishing Co; 1990. xviii, 231. (Changing expectations: A key to effective psychotherapy).

RIVOIRE Pauline « L'hypnose thérapeutique dans la prise en charge du burnout : le vécu des patients »

RESUME : L'hypnose thérapeutique n'a jamais été étudiée dans la prise en charge du burnout. Il s'agit de deux sujets d'actualité, le burnout devenant de plus en plus fréquent et l'hypnose d'usage plus courant.

L'objectif de ce travail était d'étudier la place éventuelle de l'hypnose thérapeutique dans la prise en charge du burnout, au travers du vécu des patients.

Une étude qualitative a été réalisée, par onze entretiens semi-dirigés menés chez des patients ayant vécu un burnout, et ayant été pris en charge par au moins deux séances d'hypnose.

Les résultats montrent que l'hypnose thérapeutique pourrait avoir une place dans la prise en charge du burnout chez les patients interrogés, car elle a permis pour la plupart un développement personnel important, une diminution de l'anxiété, des symptômes physiques, ainsi que de la prise de traitements.

Les principales limites de l'hypnose ont été l'investissement financier, l'absence de reconnaissance et d'encadrement de l'hypnose, et pour certains patients l'inefficacité ou des changements non durables.

Une prise en charge pluridisciplinaire est dans tous les cas nécessaire, comprenant des modifications organisationnelles du travail.

Des études complémentaires sont nécessaires pour étudier la validation éventuelle de l'hypnose dans la prise en charge du burnout, ainsi que dans sa prévention.

MOTS CLES : hypnose thérapeutique ; thérapies corps-esprit ; thérapies complémentaires ; burnout ; épuisement professionnel ; épuisement psychologique

JURY

Président :	Madame la Professeure FLORI Marie
Membres :	Monsieur le Professeur D'AMATO Thierry
	Madame la Professeure PAUMIER Françoise
	Monsieur le Professeur DUPRAZ Christian

DATE DE SOUTENANCE : 24 octobre 2019

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 21 chemin de Belisaire 31700 BLAGNAC

VOTRE EMAIL : pauline31100@gmail.com