



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

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



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

ANNÉE 2017 - N°297

**APPORTS DE L'HYPNOSE MEDICALE
POUR LE SOIGNANT**

Une étude qualitative auprès de onze praticiens de métiers et fonctions différents

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **10 Octobre 2017**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Isabelle VIAL épouse BARDIN

Née le 12 Avril 1969 à STRASBOURG (67)

Sous la direction du Professeur des Universités Alain MOREAU

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.

ORGANIGRAMME UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON 1

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

Secteur Santé

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

Secteur Sciences et Technologie

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

LISTE DES ENSEIGNANTS 2016/2017

FACULTE DE MEDECINE LYON-EST

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (Classe exceptionnelle Echelon 2)

Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat Pierre	Pédiatrie
Cordier Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat Christian	Chirurgie digestive
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités -Praticiens Hospitaliers (Classe exceptionnelle Echelon 1)

Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris Olivier	Pédiatrie
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye François	Cardiologie
Denis Philippe	Ophtalmologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités -Praticiens Hospitaliers (Classe exceptionnelle Echelon 1)

Ducerf Christian	Chirurgie digestive
Finet Gérard	Cardiologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ;gynécologie médicale
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat Jérôme	Neurologie
Lachaux Alain	Pédiatrie
Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin Xavier	Urologie
Mellier Georges	Gynécologie – obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens Patrick	Anatomie
Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec Pierre	Immunologie
Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin Philippe	Nutrition
Négrier Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NighoghossianNorbert	Neurologie
Ninet Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize Michel	Physiologie
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)

André-Fouet Xavier	Cardiologie
Argaud Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet Lionel	Urologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

Barth Xavie	Chirurgie générale
Bessereau Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand Yves	Pédiatrie
Boillot Olivier	Chirurgie digestive
Braye Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier Philippe	Cardiologie
Colin Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel Marc	Urologie
Cottin Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo Sylvie	Cardiologie
Dumontet Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly Charles Patrick	Génétique
Fauvel Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot Marc	Neurochirurgie
Gueyffier François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey Etienne	Pédiatrie
Juillard Laurent	Néphrologie
Jullien Denis	Dermato-vénérologie
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

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

Mion François	Physiologie
Morelon Emmanuel	Néphrologie
Mure Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino Marc	Pédiatrie
Picot Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin Philippe	Neurologie
Saoud Mohamed	Psychiatrie d'adultes
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
Vallée Bernard	Anatomie
Vanhems Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Seconde Classe)

Ader Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender Alain	Génétique
Chapurlat Roland	Rhumatologie
Charbotel Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne Gautier	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Cotton François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet Sébastien	Urologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Seconde Classe)

Dargaud Yesim	Hématologie ; transfusion
David Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco Federico	Neurochirurgie
Dubernard Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray François	Neurologie
Dumortier Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton Laurent	Médecine légale
Fellahi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet Yves	Pédiatrie
Girard Nicolas	Pneumologie
Gleizal Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot Arnaud	Médecine interne
Huissoud Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel Mickaë	Chirurgie générale
Michel Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse Olivier	Chirurgie générale
Nataf Serge	Cytologie et histologie
Peretti Noël	Nutrition
Pignat Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet Gilles	Chirurgie générale
Raverot Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims Sylvain	Neurologie
Richard Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert Maud	Chirurgie digestive

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Seconde Classe)

Rossetti Yves	Physiologie
Souquet Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat Olivier	Néphrologie
Thibault Hélène	Physiologie
Wattel Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Marie
Letrilliart Laurent
Moreau Alain
Zerbib Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé Xavier

Professeurs émérites

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

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Hors classe)

Benchaib Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg Laurence	Physiologie
Germain Michèle	Physiologie
Jarraud Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

Barnoud Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux Cyrille	Rhumatologie
Cozon Grégoire	Immunologie
Escuret Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda Marie Nathalie	Immunologie
Lesca Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

Meyronet David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan Anne	Bactériologie- virologie ; hygiène hospitalière
Venet Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers (Seconde classe)

Casalegno Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie Aurore	Pédiatrie
Duclos Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine Sandrine	Physiologie
Marignier Romain	Neurologie
Phan Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard Caroline	Génétique
Simonet Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge Thierry
Pigache Christophe

LIENS D'INTÉRÊT

Nous déclarons ne pas avoir de lien d'intérêt avec des entreprises et des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits. (Article L4113-13 du Code de la Santé Publique).

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et pour nos échanges croisés, out of the box, efficaces et toujours bienveillants.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA pour avoir immédiatement accepté de faire partie de ce jury et d'y apporter votre vision. Je porte un très grand respect à vos cours qui m'ont définitivement marquée et formée à la délicate sémiologie psychiatrique.

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU, pour avoir sans hésitation donné votre accord pour diriger mon travail, pour le temps que vous avez bien voulu me consacrer, pour les lectures précieuses que vous m'avez conseillées et pour votre sensibilité humaine prégnante en toute circonstance.

A Monsieur le Docteur Bruno DELCOMBEL pour l'intérêt que vous portez à ce travail depuis le début et pour m'avoir proposé avec enthousiasme et générosité de participer au jury.

A tous les soignants avec lesquels j'ai pu échanger dans le cadre de ma recherche : quelles rencontres extraordinaires ! Le temps imparti était toujours trop court et votre conviction unanime m'a confirmé, au fur et à mesure des entretiens, le bien-fondé de ce travail.

A Monsieur le Docteur Robert FAUCHE pour ses encouragements et ses conseils avisés tout au long de mon parcours de DES.

A Madame le Professeur Florence ADER pour cette complicité intellectuelle joyeuse et le coaching sans faille instauré dès mon arrivée sur Lyon.

A ma Tribu, qui m'a toujours soutenue dans cette aventure professionnelle pour le moins ébouriffante.

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	3
ORGANIGRAMME UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON 1	5
LISTE DES ENSEIGNANTS 2016/2017 FACULTE DE MEDECINE LYON-EST	6
LIENS D'INTÉRÊT	15
REMERCIEMENTS	17
TABLE DES MATIERES	19
ACRONYMES.....	21
INTRODUCTION	23
I- Une histoire longue et mouvante.....	23
II- L'hypnose : une définition non établie mais une cinétique invariante	25
III- Un substrat physiologique.....	27
IV- Un déploiement timide... avec des résultats avérés pour les patients et une reconnaissance progressive par les institutions.....	28
V- Mais qu'en est-il des praticiens utilisant l'hypnose ? Objectifs de l'étude	29
METHODE	31
I- Recherche bibliographique.....	31
II- Protocole de l'étude.....	32
1- Autorisations	32
2- Type d'étude.....	32
3- L'entretien de recherche	33
III- Population.....	34
1- Critères de sélection	34
2- Recrutement.....	34
IV- Réalisation des entretiens	35
1- Contexte.....	35
2- Déroulement des entretiens	35
3- Critère de jugement	36
V- Exploitation des entretiens	36
1- Transcription	36
2- Imprégnation	36
3- Codage.....	36
4- Analyse.....	37

5- Interprétation	37
RESULTATS	39
I- Recueil des données et codage	39
1- Caractéristiques des entretiens et de la population.....	39
2- Arbre de codage des entretiens.....	40
II- Résultats principaux	41
1- Motivations à l'exercice de l'hypnose médicale	41
2- Freins à l'exercice de l'hypnose médicale.....	42
3- Apports personnels	45
4- Apports professionnels	48
5- Apports à la relation Soignant-Patient.....	52
6- Caractéristiques propres à l'exercice de l'hypnose en équipe	55
7- Outil de management.....	57
DISCUSSION	61
I- Discussion de la méthode.....	61
1- Forces de l'étude	61
2- Validité interne	61
3- Limites de l'étude	62
II- Discussion des résultats.....	63
1- Motivations et freins à l'utilisation de l'hypnose	64
2- Apports personnels	65
3- Apports professionnels	68
4- Apports à la relation soignant-patient	70
5- Caractéristiques propres à l'exercice de l'hypnose en équipe	75
6- Outil de management.....	76
7- Perspectives	80
CONCLUSIONS.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	87
ANNEXES	91
I- Annexe 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine	92
II- Annexe 2 : Trame d'entretien	93
III- Annexe 3 : Tableau des entretiens.....	94
IV- Annexe 4 : Mise à disposition des entretiens	95
V- Annexe 5 : Arbre de codage des entretiens	96

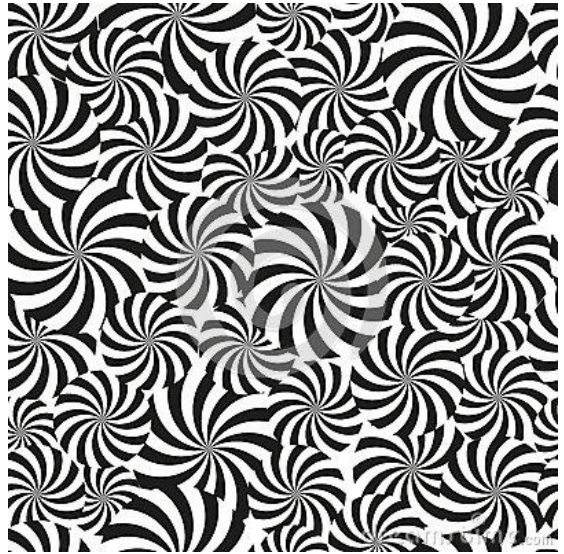
ACRONYMES

AFEHM	Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AP	Aide Puériculteur/trice
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CFHTB	Confédération Française d'Hypnose et Thérapies Brèves
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DES	Diplôme d'Etude Spécialisée
DU	Diplôme Universitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
IADE	Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IME	Institut Milton Erickson
IMEL	Institut Milton Erickson de Lyon
IFH	Institut Français de l'Hypnose
MEOPA	Mélange Equimolaire Oxygene-Protoxyde d'Azote
PETScan	Positron Emission Tomography Scan
PL	Ponction Lombaire
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
USP	Unité de Soins Palliatifs

INTRODUCTION

Conduire un travail sur l'hypnose dans le cadre de ma thèse de Médecine est, d'une certaine façon, à l'image de mon parcours personnel et professionnel : iconoclaste, empli de curiosité, voué à un enrichissement permanent, fort d'une capacité d'étonnement et de remises en question systématiques, le tout étant adossé à une vision globale et intégrative des apprentissages, des modalités de travail et des personnes avec lesquelles je suis en relation.

Par ailleurs, l'exercice médical m'apparaît avant tout comme l'histoire de rencontres entre êtres humains. Rencontres entre praticien et patient, collaborations entre soignants, découverte de métiers connexes... Je souhaitais donc bien naturellement également intégrer cette dimension relationnelle à mon travail.



I- Une histoire longue et mouvante

L'hypnose est un sujet aux nombreux paradoxes et fantasmes ; elle questionne depuis longtemps la médecine et continue encore à ce jour. Beaucoup décrite, ayant fait l'objet de nombreuses spéculations, elle reste un phénomène peu expliqué, une « Terra Incognita » et même si selon Lacour (à propos de la psychanalyse) ou Keller (à propos de l'hypnose) (1) "une pratique n'a pas besoin d'être éclairée pour opérer", l'usage de l'hypnose dérange souvent les schémas habituels de pensée ou d'analyse, ce qui est à l'origine de nombreuses résistances.

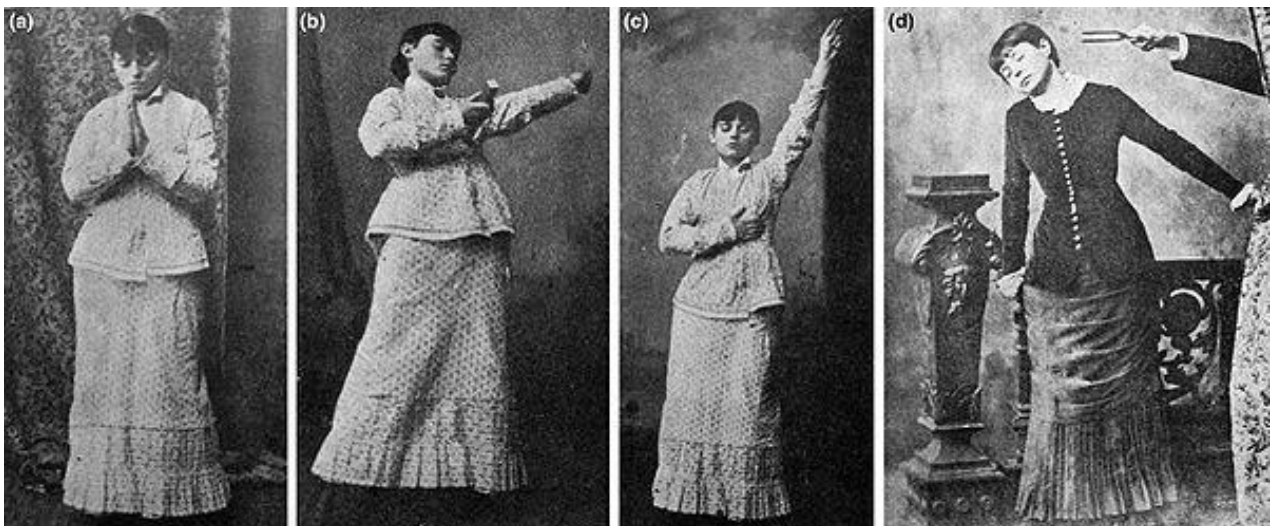
Des ancrages historiques existent jusque dans des pratiques très anciennes. On retrouve, dès les civilisations de l'Antiquité, des descriptions d'états de transe au cœur de cérémonies magiques et religieuses. Les papyrus égyptiens mentionnent des techniques de type hypnotique. Il en va également ainsi chez les Druides, les Sumériens, et on reconnaît des descriptions de véritables états hypnotiques dans la pratique ancestrale du Yoga ou de la méditation orientale. Au Moyen-Âge, des moines utilisaient des méthodes apparentées à l'hypnose pour guérir alors même que l'Eglise condamnait officiellement pour sorcellerie ceux qui la pratiquaient.

Plus proche de nous, l'ouvrage très complet de JM Benhaiem *L'hypnose médicale* (2) retrace l'histoire de l'hypnose moderne.

En effet, cette pratique commence à être formellement introduite dans la communauté médicale au XV^e siècle avec l'alchimiste suisse Paracelse qui use d'une première qualification de "Magnétisme" qui serait un fluide naturel et physiologique (conforté par Franz Anton Mesmer au XVIII^e s). Ce fluide passant entre malade et soignant pourrait être utilisé et modifié lors de trances pour guérir la maladie. Cette théorie est cependant condamnée par les Académies de Médecine.

Puis, au XIX^e siècle, apparaissent les termes de "Suggestions/ Pouvoir de l'imagination" avec le « Dormez » de l'Abbé Faria.

Arrive à la fin du XIX^e siècle, l'hypnose thérapeutique - à l'origine de l'Ecole de Nancy- avec Bernheim qui démontre que l'hypnose est un phénomène psychologique tout à fait normal, en lien avec le pouvoir de la suggestion. En parallèle, Charcot étudie la relation hypnose et hystérie, faisant entrer l'hypnose officiellement à l'hôpital, dans le temple de la neurologie qu'est la Salpêtrière. Il perçoit l'intérêt de cette technique tout en se trompant sur sa connotation pathologique. A ses côtés, Freud étudie l'hypnose et la psychanalyse et élabore sa théorie du transfert, en étudiant les « forces dynamiques jusque-là ignorées, qui sont en jeu dans la relation médecin-malade »(3).



En chirurgie, l'usage de l'hypnose date de 1830 : Cloquet et Elliotson ont pratiqué des interventions de mastectomie sous hypnose isolée et le chirurgien écossais de l'armée des Indes, James Esdaile, a utilisé l'hypnose sur environ 300 patients chirurgicaux entre 1845 et 1851. Mais bien vite la pratique de l'hypnose en chirurgie s'efface derrière la découverte des agents anesthésiques(4).

La première moitié du XX^e siècle voit l'hypnose rester aux seules mains des charlatans et des hypnotiseurs de foire, mis à part aux Etats-Unis où le psychiatre américain Milton Erickson, clinicien hors pair, développe toute une gamme d'outils hypnotiques allant de la simple suggestion conversationnelle à l'hypnose profonde. Ses enseignements sont à l'origine d'écoles réparties dans le monde entier et toujours très actives aujourd'hui.

L'hypnose est réhabilitée officiellement en 1955 par la British Medical Association, puis en 1958 par l'American Medical Association.

En France, c'est le psychiatre-psychanalyste Léon Chertok qui précise la place de l'hypnose dans l'acte thérapeutique et la considère comme modèle de référence de la relation médecin-malade(3).

L'hypnosédation émerge à nouveau depuis quelques années en tant que complément des techniques d'analgésie et de sédation pharmacologique et on assiste parallèlement à une augmentation du nombre de formations à l'hypnose tout à fait conséquente avec une proposition de cette technique complémentaire dans des secteurs médicaux de plus en plus variés : services hospitaliers d'Urgence, de Soins Palliatifs, mais aussi en odontologie, kinésithérapie, ostéopathie, psychothérapie, psychiatrie....

II- L'hypnose : une définition non établie mais une cinétique invariante

Le mot hypnose vient de la racine grecque *hypnos* (sommeil) du fait de l'immobilité physique du patient lors du processus alors même que la mesure de l'activité encéphalique sous hypnose n'est pas celle du sommeil.

La définition fournie par le dictionnaire Larousse indique qu'il s'agit d'un "état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion" et celle du dictionnaire Robert "état voisin du sommeil, provoqué par des manœuvres de suggestion, des actions physiques ou mécaniques, ou par des médicaments hypnotiques".

Historiquement, dans ses *Etudes sur l'hystérie*, Freud employait les termes de «conscience modifiée», ce qui n'est finalement pas spécifique de l'état hypnotique.

La British Medical Association propose la définition suivante en 1955 : "Un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés".

Pour Milton Erickson (1980), c'est "un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages".

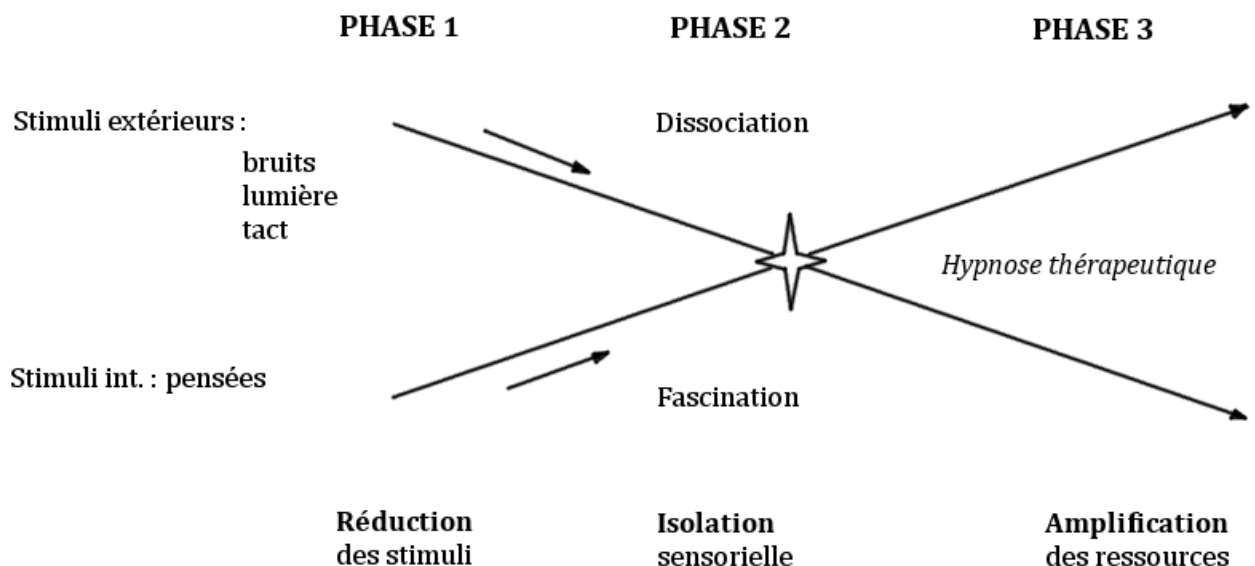
Pour Léon Chertok (1979) "l'état hypnotique apparaît donc comme un état de conscience modifié, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire et des perceptions sensorielles - en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes".

Sa définition précise fait toujours débat, comme le pose en titre l'ouvrage de François Roustang *Qu'est-ce que l'hypnose ?*(5). La formulation la plus fréquente utilisée actuellement est celle de «veille paradoxale » par analogie au sommeil paradoxal. En effet, il s'agit bel et bien de veille puisqu'il y a persistance d'attention et de capacité de production cérébrale intense, confirmée par l'imagerie cérébrale fonctionnelle, mais il existe concomitamment une atonie posturale et une indifférence aux stimuli afférents en-dehors de la voix du thérapeute. François Roustang prolonge même cette définition de l'état hypnotique par «veille généralisée » par opposition à la «veille restreinte », qualifiant lui l'état de veille ordinaire.

Le concept, on le voit, interroge, pouvant trouver sa place aussi bien dans le champ médical que psychologique, dans la situation d'urgence que dans un soin au long cours, dans une relation patient/praticien duale que dans une prise en charge collégalement menée.

La conduite d'une séance d'hypnose retrouve cependant des étapes systématiques reconnues par tous les praticiens et bien illustrées sur le diagramme ci-dessous par JM Benhaiem dans *L'hypnose médicale* (2) :

Diagramme 1 : étapes d'une séance d'hypnose



On peut ainsi distinguer trois phases dans une séance d'hypnose :

- Une phase de réduction des stimuli, avec fixation de l'attention sur une perception (sensorielle, imaginaire, ...).

- Une phase d'aboutissement de cette isolation sensorielle progressive au détriment des autres perceptions aboutissant à une sorte de fascination (similaire à celle observée pour un écran de télévision par exemple), permettant une dissociation entre "l'activité imaginative et les perceptions sensorielles corporelles"(2) avec une analgésie associée (parfois la seule chose recherchée dans les gestes douloureux ou la chirurgie).
- Une phase d'ouverture durant laquelle le patient peut recadrer, réinterpréter, réactiver ses ressources, "[mobiliser] corps et pensée dans la recherche d'autres postures et d'autres points de vue servant à contourner ce qui était perçu comme un obstacle"(2).

III- Un substrat physiologique



L'hypnose dispose d'un substrat neurophysiologique de mieux en mieux appréhendé, quoiqu'encore seulement partiellement approché. On est parvenu à mettre en évidence les modifications de l'activité cérébrale lors de suggestions hypnotiques.

Si les tracés électro-encéphalographiques se révèlent décevants car finalement superposables à une activité de veille calme ou d'attention soutenue, on met cependant en évidence une modification des potentiels évoqués somesthésiques corticaux lors de stimulations douloureuses, qui sont réduits sous l'influence de suggestions hypnoanalgésiques. Inversement, Crawford et al. ont montré que sous hypnoanalgésie, on observe une augmentation significative du pic négatif d'un potentiel évoqué somesthésique au niveau du cortex frontal antérieur, en faveur d'un feed-back inhibiteur venant de la région corticale frontale antérieure ou du cortex cingulaire antérieur(6).

En imagerie fonctionnelle, Rainville et Faymonville in *Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis*(7) ont utilisé le PET Scan et montré la réduction sous hypnose de l'activation d'aires corticales spécifiques comme le genus cingulaire antérieur en lien avec des changements de la perception affective de la douleur, sans que d'autres aires corticales également impliquées dans la perception de la douleur, telles que le cortex primaire somatosensoriel, n'aient subi de modification. Il s'agit donc d'une modulation de la transmission des informations douloureuses, concept très récent mais modifiant profondément les théories neurophysiologiques de la douleur car permettant d'envisager une action sur la douleur à chaque étape de sa transmission dans le système nerveux central. Des résultats similaires ont été obtenus avec l'IRM fonctionnelle chez des patients sains soumis à une douleur thermique avec ou sans hypnose.

Il est intéressant aussi de présenter le traitement de l'information sensorielle comme le font F. Bernard et H. Musellec dans leur ouvrage sur *La communication dans le soin- Hypnose médicale et techniques relationnelles*(8) lorsqu'ils indiquent qu'« 'il existe en permanence un double traitement des informations sensorielles qui nous parviennent :

- 20 % proviendraient de nos capteurs (visuels, tactiles, auditifs, ...), en lien avec notre conscience critique, qui contrôle l'interaction entre la réalité extérieure et notre réalité intérieure ;
- 80% proviendraient de notre reconstruction cérébrale, pondérés par les expériences antérieures et les émotions du moment, en lien avec notre conscience hypnotique ».

Des centaines d'études sur l'effet de l'hypnose existent maintenant même s'il reste complexe d'identifier des paramètres physiologiques mesurables, fiables et reproductibles propres à l'état hypnotique. De même, on ne peut bien évidemment mener d'essai clinique en « double aveugle » avec cette technique. L'INSERM a mené en 2015 une revue systématique de la littérature en termes d'efficacité mais aussi de sécurité sur la pratique de l'hypnose et a relevé plus d'une vingtaine d'études ayant démontré l'efficacité de la technique avec une validité scientifique avérée(9) comme on le verra ci-dessous.

IV- Un déploiement timide... avec des résultats avérés pour les patients et une reconnaissance progressive par les institutions

Après avoir pâti de son utilisation en tant qu'hypnose-spectacle, l'hypnose a, depuis un demi-siècle, peu à peu regagné une légitimité dans l'exécution de certains gestes techniques ou au bloc opératoire, ainsi que dans la gestion de certains symptômes comme en témoignent le nombre croissant d'essais cliniques mais aussi de thèses consacrés à ce sujet. Il s'agit notamment de la douleur ou de l'anxiété lors de gestes chirurgicaux ou radio interventionnels, pendant le travail ou lors de l'accouchement, pour des soins dentaires chez l'enfant, mais également en prévention de la dépression post-partum, ou lors des bouffées de chaleur lors de la ménopause, ainsi que le synthétise la revue de littérature réalisée par l'INSERM en 2015 (9).

La formation universitaire n'est à ce jour pas reconnue par l'Ordre des Médecins.

Cependant, l'Académie Nationale de Médecine commence à s'intéresser à l'efficacité de l'hypnose, par exemple dans son rapport de 2013 sur les thérapies complémentaires(10), [l'hypnose] « pouvant rendre certains services en complément de la thérapeutique à base scientifique de la médecine proprement dite », en particulier dans la gestion de « la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires en chimiothérapie cancéreuse ».

De même, l'HAS mentionne l'hypnose dans plusieurs recommandations par exemple via l'ANAES qui indique dès 2000 dans son rapport sur l'évaluation et les stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans(11) que « [cette] prise en charge ... peut comporter, en plus des antalgiques, des moyens non pharmacologiques (distraction, relaxation, hypnose) ».

Il existe un code acte dans la CCAM « Séance d'hypnose à visée antalgique » code ANRP001 ... mais qui reste non remboursable.

La SFAR déclare en 2007 «l'hypnose peut donc être envisagée comme une technique répondant aux critères habituels de la pratique médicale incluant l'évaluation de ces pratiques ».

Comme le résume JM Benhaeim(2) *"l'hypnose prend progressivement un statut de thérapie à part entière comportant des éléments de définition biochimique, hormonale, un effet placebo qui lui est propre, une imagerie cérébrale spécifique, un champ d'action et des indications préférentielles"*.



V- Mais qu'en est-il des praticiens utilisant l'hypnose ? Objectifs de l'étude

Si l'efficacité de l'hypnose est maintenant très étudiée du point de vue des patients, la bibliographie n'évoque cependant que très peu l'apport de cette technique pour le soignant lui-même, tant dans son exercice professionnel, que dans sa vie personnelle. La notion est parfois abordée, en fin d'ouvrage, rapidement, comme dans cette thèse d'odontologie au titre pourtant prometteur « *Hypnose clinique : un confort pour le patient ... et pour le praticien* »(12) ou dans celle-ci encore, de médecine générale sur *"L'intérêt de la pratique de l'hypnose Ericksonienne en médecine générale"*(13). Or, la qualité de vie au travail comme la possibilité de prendre soin de soi pour mieux prendre soin de l'autre sont devenus des facteurs de plus en plus incontournables pour l'efficacité des organisations au travail, en particulier dans les pays présentant les structures de soins les plus modernes(14). Comme le résume M. Erickson lors d'une de ses conférences, à Seattle en 1965 (15)« Le but est leur bien-être [des patients] et si vous réussissez à [l']obtenir, vous touchez directement à votre propre bien-être ».

L'objectif principal de ce travail est de se placer résolument du côté du soignant et d'étudier plus spécifiquement, de manière qualitative par entretiens semi-dirigés, les apports de l'usage de

l'hypnose tant du point de vue de l'épanouissement personnel que professionnel pour le soignant. On considérera pour cette étude diverses origines professionnelles et différentes organisations de travail. En objectif secondaire, on étudiera en quoi cela modifie éventuellement la relation du praticien au patient ainsi que les relations inter professionnelles.

Les résultats de cette étude devraient ainsi permettre de contribuer à favoriser le déploiement de cette pratique encore peu diffusée et dont l'efficacité est pourtant démontrée.

METHODE

I- Recherche bibliographique

Les sources d'information ont été vastes et multiples du fait de la transversalité du sujet qui possède à la fois un substrat scientifique reconnu, mais qui touche aussi à la relation humaine, à la philosophie, à la sociologie, à l'histoire, voire à la mythologie. La recherche a connu trois temps forts.

Sur la première phase de travail d'une durée d'environ six mois, pour préciser le sujet et en développer la connaissance, la recherche bibliographique a d'abord consisté en la lecture de nombreux ouvrages globaux sur l'hypnose, retraçant à la fois l'histoire mais décrivant aussi les champs d'application, les techniques spécifiques utilisées, les effets mesurés sur les patients. Ont été particulièrement lues de nombreuses productions provenant des formateurs actuels (Diplômes Universitaires, ...), de praticiens chevronnés aussi bien spécifiquement hypnothérapeutes, que médecins spécialistes usant d'hypnoanalgésie.

Pour faire l'état des lieux des connaissances scientifiques, on a notamment utilisé les bases de données MEDLINE via l'outil CISMEF et les moteurs de recherche PUBMED, SUDOC, GOOGLE SCHOLAR, GOOGLE, COCHRANE, et la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

Ce projet s'intéressant à la relation au patient, ont également été utilisées les bases de données des sciences humaines comme CAIRN, PSYCHINFO.

Les mots clés suivants ont servi aux recherches :

- Bases de données anglaises : hypno*, physician, practic*, health personal, patient care team, patient focused, patient centered, relation, interaction, NO self*, NO auto*, efficiency, clinical trial, trance, relieve pain, anesthesia, self-hypnosis, self fulfilment, care, achievement, burn-out
- SUDOC, BDSP : hypnose, hypno*, épanouissement, soignant, relation patient, médecin, épuisement professionnel, burn-out
- CAIRN : hypnose, hypno*, soignant, patient, alliance thérapeutique

Ont été systématiquement explorées les références bibliographiques proposées par les ressources consultées.

N'a pas non plus été négligée la littérature grise via la lecture et l'étude de nombreuses thèses (de médecine générale, d'odontologie, de psychiatrie, ...), mémoires de Diplômes Universitaires (par exemple, base de données des mémoires du Diplôme Universitaire d'hypnose médicale Paris VI),

traitant de l'hypnose (élargissant aux domaines de la médecine, de l'odontologie mais aussi de la sociologie) ainsi que d'articles de la presse médicale. On a contacté les auteurs par tous les moyens possibles (messagerie électronique, téléphone, réseaux sociaux, réseaux professionnels) pour obtenir les sources complètes avec leur accord quand elles n'étaient pas publiquement disponibles. Ont également été utilisés les sites d'associations de praticiens d'hypnose en particulier l'AFEHM et l'IFH. Ont été fréquentées de nombreuses bibliothèques, aussi bien publiques (comme par exemple le silo de Part Dieu à Lyon) qu'universitaires, sans hésiter à user de transversalité vers des universités ne relevant pas de la médecine (plus axées sociologies/sciences humaines).

Dans un second temps, pendant le développement de la recherche, on a pris soin de rester attentif aux références citées (revue systématique), aux indications fournies par les interlocuteurs, et de compléter par la lecture d'ouvrages et d'articles tout au long du travail de thèse, et en particulier pendant la période de codage au fur et à mesure des idées émergentes.

Enfin, une troisième phase de recherche bibliographique et d'appropriation s'est opérée lors du travail sur la discussion, afin de mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par les témoignages recueillis et de tenter de rapprocher les observations faites de modèles ou théories existants.

Il a parallèlement été mené un travail de recherche bibliographique sur la méthodologie de la recherche qualitative afin de garantir un travail scientifique et rigoureux.

II- Protocole de l'étude

1- Autorisations

Une demande d'habilitation sur le site national <https://vrb.sante.gouv.fr/vrb/> centralisant les désignations des Comités de Protection des Personnes a été déposée en amont du début de la recherche, renouvelée devant l'absence de réponse, puis une déclaration du travail de recherche a été faite auprès de la Commission locale d'Ethique de la Faculté de médecine de Lyon.

Lors de chaque entretien, a été demandé et obtenu le consentement volontaire de participation à l'étude et l'accord pour un enregistrement audio des échanges. Il a été précisé que toutes les données seraient anonymisées et que chacun serait tenu informé par retour du travail finalisé.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans une approche phénoménologique et de théorisation ancrée. Ce type d'étude permet ainsi un abord élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins, notamment par les praticiens selon leur formation, leur environnement culturel et leurs représentations individuelles. Comme décrit par I. Aubin Auger.

dans *L'Introduction à la recherche qualitative* (16), elle nécessite tout à la fois « des dispositions humanistes, de la curiosité, de l'imagination et de la créativité, mais aussi un sens de la logique, la capacité à reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène ». Plusieurs grilles de critères permettant de garantir la qualité du travail de recherche qualitative en médecine ont été utilisées pour mener ce projet, en faire la rédaction et lui garantir clarté, rigueur de la méthodologie, précision et une validité à la fois interne et externe. On a utilisé en particulier la grille citée par Côté et Turgeon dans *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine* (17) (grille rappelée en Annexe 1).

3- L'entretien de recherche

Les entretiens ont été semi-dirigés, en bilatéral, en-dehors de toute activité professionnelle.

Une trame d'entretien a été élaborée dès le départ à partir de la question de recherche et de la bibliographie réalisée. La trame était constituée de questions ouvertes permettant d'initier les échanges sur l'ensemble des facettes de l'étude, auxquelles étaient adjointes des questions de relance pour amener à compléter ou apporter de nouvelles informations.

On retrouvait une première partie s'intéressant à l'épanouissement personnel et professionnel du soignant avec une "question brise-glace" sur les motivations et les résistances à se former à l'hypnose médicale, puis une question sur les apports ou au contraire les limites en lien avec l'utilisation de l'hypnose dans la pratique professionnelle et dans le vécu personnel. Dans une seconde partie, on interrogeait les participants sur l'impact de l'utilisation de l'hypnose sur la relation médecin/patient et sur la vision du patient selon les représentations du professionnel.

Cette trame a évolué de façon mineure au cours des trois premiers entretiens pour se compléter du fait de l'apparition de thèmes récurrents spontanés avec l'adjonction d'une question sur les particularités de la pratique en équipe. Elle s'est très rapidement stabilisée pour aboutir au guide d'entretien final présenté en annexe 2.

La durée théorique estimée et annoncée aux contributeurs était d'environ 45 minutes à 1h.

Pour chaque interlocuteur étaient recueillies des données épidémiologiques : l'âge, le sexe, l'antériorité de la formation à l'hypnose et l'organisme de formation initiale, le nombre d'années de pratique, le métier et lieu d'exercice. L'ensemble de ces données ont été compilées dans un tableur avec les date, lieu et modalités de contexte de l'entretien, ainsi que les nom, prénom, coordonnées de contact de chaque interviewé.

III- Population

1- Critères de sélection

Le critère premier d'inclusion était la pratique de l'hypnose.

Pour des raisons d'efficacité, les praticiens ont d'abord été recherchés dans le département avec des contacts potentiels pour ouvrir à la région Rhône Alpes voire au territoire national si nécessaire (mais il s'est avéré rapidement que la taille de l'échantillon étant suffisante, il n'était pas nécessaire d'élargir le périmètre géographique).

On a cherché des représentants des 2 sexes, d'âge varié.

En cohérence avec le sujet, il a été recherché par un échantillonnage raisonné la plus grande variété possible dans les métiers, les fonctions et les modalités d'exercice des praticiens pour obtenir une grande diversification des données. On a pris soin de ne pas choisir que des professions évidentes dans la pratique de l'hypnose (par exemple, anesthésiste) mais d'aller rechercher dans les métiers les plus différents possibles afin de révéler les discours, les représentations et les perceptions éventuellement contradictoires du phénomène étudié dans sa diversité et sa richesse.

La constante était en revanche qu'il devait s'agir de soignants diplômés comme tels. L'absence de diplôme de santé était un critère d'exclusion.

2- Recrutement

La construction de l'échantillon a tout d'abord paru complexe car il n'existe pas de liste officielle des praticiens utilisant l'hypnose. On a donc utilisé les associations regroupant les professionnels de santé en hypnose avec consultation systématique de leurs annuaires (notamment Cabinet Emergence, AFEHM, Institut Milton Erickson, IFH, CFHTB, ...). On a aussi consulté les Pages Jaunes et via les moteurs de recherche Google®, Lilo® avec mots clés *hypnose* et [*métier*] (médecin généraliste, psychologue, dentiste, orthophoniste, infirmier, kinésithérapeute, ...)

Un tri par spécialité des soignants de Rhône Alpes a été fait, permettant de construire l'échantillonnage dans sa diversité.

Il s'est avéré que dans le milieu de l'hypnose et des formations qui y sont relatives, les praticiens se connaissent bien, sont très ouverts, et très bien disposés quant aux sollicitations sur ce type de travaux. De fil en aiguille, chacun fut donc à l'origine de nombreux et précieux contacts, permettant rapidement de compléter la liste des interviewés dans une diversité maximale.

La prise de contact a en général été faite par un mail (ou message téléphonique direct) présentant le travail de recherche et la demande d'entretien. De rares fois, il a été nécessaire d'utiliser le téléphone via des secrétariats.

La taille de l'échantillon a été adaptée à la saturation des données, saturation qui a été évaluée par l'analyse des données réalisée au fur et à mesure.

IV- Réalisation des entretiens

1- Contexte

En parallèle de son activité professionnelle d'interne au sein des Hospices Civils de Lyon, l'investigateur est allé à la rencontre de praticiens de l'hypnose : les entretiens se sont déroulés selon les souhaits des interlocuteurs soit sur leur lieu de travail, au sein de leur service hospitalier ou dans leur cabinet libéral, soit au domicile de l'interviewé, soit au domicile de l'interviewer, pour recueillir au plus près leur vécu, leurs analyses, leurs émotions.

Les entretiens ont été menés dans une ambiance sonore propice à l'enregistrement (espace isolé), en tête-à-tête, sans autre participant.

Il n'existait pas de lien professionnel ou extra-professionnel entre l'investigateur et les structures ou les soignants rencontrés sauf pour deux d'entre eux qui appartenaient au service d'exercice de l'interviewer, l'un étant son supérieur fonctionnel, l'autre son subordonné fonctionnel. Ceci a permis à l'investigateur d'avoir à la fois une vision globale d'observateur externe pour la majorité des recueils, mais aussi de pouvoir analyser le phénomène en proximité, du fait de la bonne connaissance du milieu.

Il n'a pas été demandé d'observer de séance d'hypnose menée par les contributeurs de l'étude mais il a cependant été possible d'assister à des interventions sous hypnose lors du cursus médical personnel ou lors de la propre pratique de l'interviewer.

2- Déroulement des entretiens

Après une brève présentation bilatérale, rappel des objectifs du projet de recherche et obtention du consentement oral à la participation et à l'enregistrement audio, l'entretien était débuté selon le démarrage de la trame (cf annexe 2).

L'interviewer s'adaptait au rythme et pensées du participant en gardant une attitude d'écoute et en tentant d'éviter de l'influencer par ses attentes et subjectivités personnelles. A la fin, il vérifiait qu'il n'avait pas omis de thèmes prévus par la trame de l'entretien. Si nécessaire, des relances étaient faites pour faire développer ou préciser certains points. Lors des échanges, on s'est mis dans la même configuration qu'un hypnothérapeute, à savoir : ouvert à tout, sans idée préconçue, en pleine captation des émotions, des non-dits sous-jacents aux échanges, pour une relance la plus pertinente et le recueil le plus riche possible. En somme, on a fait œuvre d'empathie, cette empathie qui « sert

la compréhension intellectuelle...permet de saisir les pensées et sentiments inconscients de l'interlocuteur" (18).

Des notes de terrain étaient prises pendant et après l'entretien.

3- Critère de jugement

Le critère de jugement permettant de stopper l'inclusion a été la saturation des données quand l'ajout d'un nouveau participant n'a plus apporté de donnée fondamentalement différente de la matière déjà collectée, et ce après s'être assuré d'avoir obtenu une bonne diversification de l'échantillonnage, tant en mode d'exercice (individuel/collectif, libéral/hôpital) qu'en terme de métiers .

La bonne validation de ce critère de jugement a été confirmée par triangulation des données avec le Directeur de thèse.

V- Exploitation des entretiens

Un soin particulier a été mis à réaliser les étapes de transcription et codage dans les jours voire les heures ayant suivi les entretiens afin de limiter le plus possible les distorsions, interprétations et biais de mémorisation, notamment concernant l'ambiance, le non-dit et les éléments non-verbaux. Cette analyse non différée a d'ailleurs aussi permis d'enrichir les entretiens qui suivaient et réciproquement.

1- Transcription

Une transcription fidèle des notes et enregistrements audio a tout d'abord été réalisée avec mention du non-verbal autant que possible (ajouts entre parenthèses des silences, rires, ...).

Un tableau de suivi a été alimenté au fur et à mesure avec les données épidémiologiques et administratives recueillies mais aussi les dates, durées et contextes des échanges et les données concernant la formation à l'hypnose des praticiens.

2- Imprégnation

Avant tout codage, l'entretien était réécouté, relu de bout en bout. Par de nouvelles lectures successives et itératives, les mots porteurs de sens et thèmes émergents étaient identifiés, notés puis complétés au fur et à mesure des entretiens. Les notes prises en séance étaient également relues.

3- Codage

Un codage itératif systématique des transcriptions d'entretiens a été conduit tout en restant centré sur la question de recherche (pas d'utilisation des données hors de propos).

On a utilisé un procédé inductif par identification des thèmes induite par les données recueillies : un certain nombre de thèmes et sous-thèmes ont ainsi été mis en évidence en fonction des mots et expressions, de leur fréquence, de leur force, qui ont été confrontés, regroupés, classés et hiérarchisés dans un tableur sous EXCEL® (arbre de codage – cf annexe 4) à 3 dimensions (thèmes par onglets, sous-thèmes sur chaque onglet puis niveau encore inférieur si besoin dans chaque sous-thème). L'arbre de codage a été enrichi au fur et à mesure des entretiens.

Un procédé déductif en lien avec la bibliographie conduite en parallèle a également été utilisé, avec analyse itérative de plusieurs passes sur chaque entretien.

Il y a donc eu itérativement analyse linéaire (inductive) puis transversale (déductive), micro- (à la maille du segment de phrase) puis macroscopique (à la maille des paragraphes) de chaque entretien.

On s'est appuyé sur les notes prises en entretien (postures, interruptions, ambiance, ...) pour affiner le classement des propos.

On a également veillé à une confrontation régulière avec les pairs (ateliers de méthodologie qualitative) et le directeur de thèse pour des triangulations de l'analyse en vue d'augmenter la qualité du travail réalisé et de rester au plus proche de la réalité.

4- Analyse

Une fois tous les entretiens réalisés, et leur codage effectué, un travail de regroupement et de hiérarchisation des données selon leur occurrence, leur diversité, ou au contraire leur similarité a été mené pour conduire à l'arbre de codage final directement exploitable pour la présentation claire des résultats les plus pertinents. Il n'y a eu aucun élagage des verbatim.

5- Interprétation

Puis, au-delà des signifiés immédiats et sous-jacents obtenus par les thèmes et sous-thèmes, une réflexion a été conduite afin de mettre à jour les systèmes de représentation sociale et culturelle véhiculés par la parole des contributeurs. Comme évoqué plus haut, un travail de bibliographie complémentaire a également accompagné cette phase afin de voir s'il était possible de s'appuyer sur des modèles existants ou des travaux déjà menés.

RESULTATS

I- Recueil des données et codage

1- Caractéristiques des entretiens et de la population

Sur 11 sollicitations, on n'a enregistré aucun refus d'entretien, ni perçu aucune réticence. Au contraire, les participants ont gardé contact et régulièrement proposé de nouveaux contributeurs potentiels, précieux pour le projet.

Taux de réponse : 100 %

Les caractéristiques de la population sont rassemblées dans le tableau détaillé fourni en annexe 3. Les principales caractéristiques sont résumées ci-dessous :

Tableau 1 : caractéristiques de la population rencontrée

Entretien	Age	Sexe	Métier	Structure d'exercice
1-	32	M	Aide Puériculteur	Hôpital
2-	50	F	Infirmière Anesthésiste	Cabinet libéral / Clinique privée
3-	50	F	Médecin Pédiatre	Hôpital
4-	54	M	Infirmier soins palliatifs	Hôpital
5-	55	M	Médecin de la douleur	Hôpital
6-	48	F	Infirmière Anesthésiste	Hôpital
7-	42	M	Ostéopathe	Cabinet libéral
8-	60	F	Psychothérapeute	Cabinet libéral
9-	47	M	Kinésithérapeute	Cabinet libéral
10-	62	M	Dentiste	Cabinet libéral
11-	57	M	Médecin Urgentiste	Hôpital

Sur la quinzaine d'entretiens prévus initialement en théorie, on aura atteint dès le onzième entretien une grande richesse d'informations, une large diversification des métiers et lieux d'exercice ainsi qu'une saturation des données.

Tableau 2 : caractéristiques des entretiens

Période de recueil	8/1/2017 au 31/3/2017
Durée moyenne	57 minutes
Ecart moyen	18 minutes
Médiane	1 heure
Durée minimale	35 minutes
Durée maximale	2 heures

2- Arbre de codage des entretiens

L'arbre de codage final regroupait six thèmes majeurs :

- Motivations et freins à l'exercice de l'hypnose médicale
- Apports personnels de l'usage de l'hypnose
- Apports professionnels de l'usage de l'hypnose
- Relation Soignant-Patient
- Travail en équipe
- Outil de management

Chacun de ces thèmes a été subdivisé en autant de sous-thèmes qu'il y avait d'idées forces principales dans chaque thème.

On retrouve en annexe 5 l'arbre de codage complet avec les Verbatim se rapportant à chaque thème et sous-thème.

Les Verbatim, en italique dans ce chapitre, sont suivis de la mention (*Ei*) renvoyant à *Entretien numéro i*.

II- Résultats principaux

1- Motivations à l'exercice de l'hypnose médicale

Des prédispositions personnelles

Tous les soignants ont témoigné d'une grande motivation à se former et d'une technique qui leur semblait finalement naturelle à acquérir.

- *j'étais complètement motivé pour passer la formation (E1)*
- *vous sentez la passion du truc ! oui, maintenant je suis à fond dedans(E10)*
- *L'impression que ce que je faisais avant prenait un sens [avec la formation] ...je me rends compte que je le faisais déjà(E7)*
- *on n'arrive pas à l'hypnose par hasard, et souvent, très souvent, en formation, les personnes nous disent : « j'ai l'impression finalement de déjà pratiquer ça » (E9)*
- *comme autrefois pour les photos argentiques, on utilisait un révélateur, (...) c'est la même chose, c'est à dire que la formation à l'hypnose et la pratique a révélé beaucoup de choses, certaines qui pré-existaient et d'autres sont amenées(E4)*
- *c'est pour ça que là d'un seul coup, trouver un nom avec une technique qui correspond à notre façon de faire un petit peu initiale, (...)c'est la révélation(E9)*

Une liberté

- *ce n'est pas une pratique prescrite, pas imposée, il y a une partie personnelle à mettre en oeuvre ce qui laisse la liberté (E4)*
- *avec l'hypnose, là je vais me balader, il peut y avoir une notion psycho-somatique mais ça reste plus libre(E7)*

Faire évoluer ses compétences

Que ce soit une nécessité ou une aspiration, l'évolution des compétences était souvent le moteur de la formation aux techniques de l'hypnose :

- *je suis prudente, mais je sais que je vais travailler jusqu'à 65ans et que je ne pourrai pas faire de l'anesthésie jusqu'à 65 ans...que pour pouvoir continuer à subvenir à mes besoins ...donc comment faire de façon la plus confortable quelque chose qui me plaît(E2)*
- *C'était pour aller plus loin(E5)*
- *je pense que viennent à l'hypnose et à l'hypnothérapie des professionnels de santé qui ont déjà une expérience et qui touchent du doigt que dans leur pratique professionnelle ils n'arrivent pas à faire ce qu'ils veulent (...) parce que la médecine ne soigne pas tout(E8)*

- *avec des problèmes qui semblaient plus... on va dire d'ordre psychosomatique, en tout cas, qui répondaient pas (...) à toutes mes techniques donc je me suis quand même beaucoup remis en question(E9)*

Oser sortir des chemins tracés

Dans les échanges, on sentait l'envie, le basculement et la satisfaction qui en découlait

- *je me serais jamais autorisé mais c'est ce dont j'ai toujours eu envie(E2)*
- *quand j'ai vu ce médecin, je me suis dit « mais ohhh, mais j'ai toujours eu envie de faire, de travailler comme ça ! on a le droit de faire ça ? oh la la oui c'est génial »(E2)*
- *oui il faut oser, d'autant plus quand l'environnement ..., je vais pas dire est hostile, c'est pas ça, mais est pas forcément favorable, oui, il faut oser, et puis on sait pas si techniquement comment ça va se passer, oui, il faut oser, il faut pas avoir peur des moqueries, faut pas... avoir peur de l'échec (...) voilà, le mot d'ordre c'est oser, il faut se lancer(E6)*

Les motivations principales s'appuyaient en général un **ancrage personnel ancien** plus ou moins conscient mais totalement révélé par la formation, avec une **cohérence personnelle** retrouvée. Ressortaient aussi une **curiosité** et une grande **ouverture** vers de nouvelles techniques, une aptitude à s'y confronter en toute **humilité**, un besoin de **liberté**. Il y avait enfin le souci de **proposer d'autres solutions** au patient quand la médecine traditionnelle atteint ses limites.

2- Freins à l'exercice de l'hypnose médicale

Des peurs

Les peurs étaient de trois ordres : peur de l'inconnu, peur de ne pas arriver à utiliser l'outil (peur de l'échec) et peur de sa puissance également, une fois les résultats obtenus.

- *on les comprend pas ces compétences-là, on a nos propres peurs(E2)*
- *je ne pense pas que ce soit accessible à tout le monde(E5)*
- *ce qui est intéressant c'est de remarquer que ... c'était ouvert à tout le monde, on était parti sur un groupe de 20 personnes et il n'y en avait eu que 15 (...) qui se sont présentées. Alors que c'était une formation sur le temps de travail, etc... donc... faire des jeux de rôles il y a quand même des gens qui ont craint de se retrouver...(E11)*
- *même la nuit je me disais mais cet outil est HYPER puissant je me faisais hyper peur(E10)*

Des difficultés techniques

Sauf grande habitude, être en transe et dans la réalité dans le même temps semblait difficile.

- *Le plus difficile pour l'accompagnant à l'hypnose, c'est (...) à la fois connaître bien les étapes du geste chirurgical, la position de travail du chirurgien, les temps douloureux, d'être à la fois-là sur le site chirurgical et avec le patient dans son hypnose, on est en transe aussi, on est ici et ailleurs avec le patient(E2)*
- *Mais je peux pas faire l'hypnose et le geste en même temps, il faut aussi gérer l'équipe en parallèle, c'est trop de trucs(E3)*

La régularité de l'entraînement comptait beaucoup.

- *il y a aussi des périodes où il y a moins de pratique, ça aussi parfois ça freine et après quand on reprend, il y a un temps ... une légère réticence à pratiquer, une hésitation peut s'installer(E4)*

Il y avait des techniques concurrentes.

- *On a le MEOPA assez facile maintenant, ça c'est un frein pour développer "l'hypno"(E3)*

Et le temps qui manquait... était un problème ... ou pas selon les praticiens.

- *aux urgences, on a peu de temps, c'est compliqué de trouver un sujet, il faudrait presque que ce soit noté dans les dossiers pour repartir sur les acquis de la fois d'avant. (E3)*
- *les médecins généralistes nous disent qu'ils ont pas le temps de pratiquer l'hypnothérapie dans leur séance ça c'est sûr(E7)*
- *et j'endors [juste par contact de l'outil sur la peau] et puis je mets en catalepsie, c'est immédiat. Qu'on me dise pas que ça prend du temps et que ça rend pas service, (...) ça fait des années que je me bats.(E10)*
- *Après la pratique de l'hypnose dans un service d'Urgences encore plus pour un médecin que pour les autres professions, se heurte à un élément qui à mon avis est extrêmement fort et qui n'est absolument pas, contrairement à ce qu'on pourrait penser, un problème de temps, ou un problème de longueur de prise en charge(E11)*

Car il fallait surtout changer d'attitude et être capable de sortir de l'action.

- *Dans le service on est énormément dans l'AGIR et dans l'ACTION quelle qu'elle soit, alors que (...) quand on se lance dans un acte sous hypnose, il faut arrêter la machine, et se mettre à l'écoute de l'autre complètement et se mettre à ce que l'autre écoute complètement. (E11)*
- *c'était le fait de se dire, je vais me poser pour... alors que je l'ai fait en même temps que je me lavais les mains, je préparais le plateau, donc ça m'a pris aucun temps, si ce n'est qu'il a fallu que je change d'attitude(E11)*
- *on a une sorte de pression extérieure qui vient à la fois du service, des patients et de la structure qui nous pousse à être dans l'action et dans l'immédiateté et à être focalisés sur l'élément qui va éventuellement décider de la suite de la prise en charge, du devenir du*

patient, etc... Donc globalement on est exactement formé et poussé à l'inverse de ce qu'il faut que l'on fasse avec de l'hypnose(E11)

Fatigue et manque d'envie

Utiliser l'hypnose supposait une disponibilité et un engagement qui n'étaient pas toujours présents, surtout en début de pratique..

- *Au début c'est une contrainte, c'est très très fatigant (E2)*
- *ça dépend aussi de l'humeur, de votre humeur si vous êtes fatigué, et puis finalement aussi de votre envie, parce que des fois on n'a pas envie(E6)*
- *je trouve qu'il y a quand même une demande d'énergie initialement qui fait que la mise en œuvre est, en tout cas en ce qui me concerne, toujours quelque chose de (...) une sorte de réticence qui... qui se fait jour en moi... et qui dure pas longtemps mais... c'est perceptible(E11)*

Le jugement des autres

Les représentations des autres, leurs a priori, entravaient parfois une utilisation libre et spontanée de l'hypnose.

- *au niveau professionnel dans le cabinet, ça a été un petit peu plus compliqué à mettre en place parce que justement, chacun a cette image de l'hypnose un peu spectacle, de technique avec un langage qui n'est pas du tout celui qu'on utilise habituellement, ... ils ont mis le temps qu'il fallait pour l'accepter, digérer(E9)*
- *nul n'est prophète en son pays ! Quand je vous dis que j'ai pris des cailloux, j'ai pris des réflexions dures, des collègues, charlatan ils ont pas trop osé, mais j'ai eu « ... assieds-toi, ça va te passer » non mais sérieux ou « est-ce que tu es vraiment dentiste ? » donc on a un côté qui peut gêner(E10)*
- *c'était quelque chose qui était... alors largement utilisé dans le monde de la médecine bien sûr, mais en tout cas, dans cet établissement utilisé par quelques personnes un petit peu sous le boisseau sans que ce soit vraiment signalé, sans qu'il y ait une publicité par rapport à ça(E11)*

L'argent

L'hypnose représentait un investissement coûteux, et de rendement faible en terme de rémunération.

- *Il faut aussi trouver un équilibre professionnel et un équilibre pécunier...les gens, une heure, c'est 60 € la séance, j'en prends 6-7-8 mais je peux pas faire plus, vous en donnez la moitié à l'Etat donc finalement donc c'est pas énorme(E2)*

- *là au mois de mars, la fille qui quand même y croit ! (rires), je fais celle d'Emergence [la formation] ...un gros sacrifice financier quand même... et sur [mon] temps personnel(E6)*
- *parce qu'il faut y passer beaucoup plus de temps, parce qu'il faut soi-même être bien formé, que le temps de la formation, le coût de la formation et l'investissement personnel font que, voilà, en fait ceux qui viennent pour le fait d'avoir plus de patients ou gagner plus de sous ils s'aperçoivent assez vite que ça va pas être le cas(E8)*

Par ailleurs, l'efficacité de l'hypnose en elle-même réduisait le nombre de consultations ... et donc le "rapport financier" de la prise en charge !

- *ceci-dit la notion financière est importante, ça reste du business, c'est chaud, plutôt que faire revenir les patients(E7)*

De multiples facteurs pouvaient freiner l'utilisation de l'hypnose médicale à commencer par des **peurs** (de l'inconnu, de l'échec comme de la puissance du résultat). Il y avait aussi les **difficultés techniques** de mise en oeuvre, le **manque d'envie** ou **d'énergie** à utiliser cet outil, le **jugement des autres**, ou la **faible rentabilité financière**.

3- Apports personnels

Favoriser l'épanouissement personnel

L'impact de cette pratique ne se limitait pas à la facette professionnelle. C'était parfois une révolution, une révélation personnelle.

- *y a toujours des gens pour qui c'est une révélation et en particulier parce qu'ils ont jamais fait de travail sur eux...(E8)*
- *le premier jour de formation, ça a été une vraie révélation et depuis ce jour-là j'ai trouvé enfin la technique je cherchais qui a transformé ma vie professionnelle et personnelle. Voilà, c'est une vraie révélation pour moi(E9)*
- *l'hypnose ça bouleverse dans sa vie professionnelle mais avant tout personnelle (E2)*
- *Incontestablement, hein, je veux dire on a un filtre différent après même en ce qui concerne la vie privée, (...) une autre sensibilité, une autre façon de percevoir les choses, les personnes, oui, c'est vraiment enrichissant je dirais avec un grand E à tout point de vue (...) mais aussi en-dehors du travail en-dehors de l'hôpital, c'est sûr(E6)*
- *étoffer cette posture-là, et de l'étoffer de façon positive, (...) d'être peut-être plus en harmonie(E6)*
- *c'est tellement riche personnellement(E9)*

- *globalement pour mes élèves, oui ça change radicalement leur pratique et pour certains ça change radicalement leur vie car ils ont accès à des choses d'eux auxquelles ils n'avaient jamais eu accès(E8)*
- *moi j'ai l'impression d'avoir ouvert un nouveau livre dans ma vie(E2)*

L'hypnose permettait de prendre du recul.

- *ça m'a aidée à prendre du recul et à être moins en attente des autres, j'attendais beaucoup des autres, si vous attendez rien, ... (E2)*
- *c'est difficile d'avoir ce lâcher-prise du ressenti, il faut beaucoup de temps pour se dire que le ressenti, c'est moi, ou c'est le patient, (...) moi le but, c'est me détacher, je reconnais les sensations sans savoir si c'est moi qui les crée ou si c'est le patient qui me les donne (E7)*

L'hypnose permettait d'accéder à une plus grande détente.

- *après ça doit libérer de la sérotonine, on est un peu excité, on est bien(E2)*
- *le fait aussi d'être plus serein(E6)*

Prendre soin de soi

Pourquoi ne pas utiliser l'hypnose sur soi ? C'est ce que faisait une bonne partie des praticiens formés, au bénéfice de leur propre santé, de leur bien-être.

- *nous sommes des soignants donc pour pouvoir prendre soin de l'autre on doit déjà prendre soin de nous(E2)*
- *beaucoup mettent en place d'autres priorités, soient des priorités personnelles, c'est-à-dire, apprendre à prendre soin d'eux, (E8)*
- *L'autohypnose pour moi, c'est des micro-séances(E2)*
- *des techniques de respiration, des techniques où tu réfléchis, un truc qui nous a fait très plaisir dans la vie, ...je l'utilise très souvent. Je m'endors très facilement (E3)*
- *je suis convaincue du bénéfice de cette technique, enfin ça c'est évident, pour le patient et puis égoïstement pour moi(E6)*
- *il y a un véritable effet réflexif de l'hypnose sur le praticien, quand on voit tous les collègues qui font des burn-out, bien sûr, ça va devenir de plus en plus important (E10)*

Mais on peut aussi ne pas vouloir ou pouvoir en profiter.

- *on peut être bon hypnopraticien, et ne pas se l'appliquer à soi(E5)*
- *L'autohypnose j'y crois pas, il faut toujours une induction extérieure(E10)*
- *On est capable de se laisser encore déborder malgré tout. Combien de temps il faut pour maîtriser, ça je sais pas. On raisonne pas pour soi c'est pas si simple(E5)*

Renforcer la confiance en soi

La pratique de l'hypnose renforçait nettement la confiance en soi, en cela qu'elle permettait déjà de connaître et d'accepter ses propres limites.

- *c'est une ressource énorme, ça donne confiance en soi, ça permet d'asseoir ses racines, de prendre appui, de pouvoir dépasser des situations difficiles(E2)*
- *moi surtout ça m'a donné l'autorisation d'être moi, depuis que je fais de l'hypnose je peux rigoler avec les gens, je peux parler d'une manière plus calme et tout(E2)*
- *ça m'a aidée à grandir à prendre confiance en moi(E2)*
- *Il faut surtout accepter qu'il y a plein de choses qu'on ne connaît pas mais ça n'empêche pas d'être cartésien, c'est juste qu'on les connaît pas encore(E7)*
- *On apprenait avant : tout ce qui fait peur on n'y va pas, tout ce qui dérange on n'y va pas, la douleur quand y a une plainte de l'ignorer ça permet de se protéger aussi, de renvoyer un échec, une incapacité ou des limites, on en a tous des limites(E2)*

Travailler sur les émotions

L'exercice de l'hypnose, pour le thérapeute, n'était pas sans émotion vécue ou reçue et la maîtrise de l'hypnose lui servait également à se protéger des émotions du patient, à accepter et à gérer les siennes.

- *on rentre instantanément à un moment précis dans la vie de l'autre dans son intimité on l'accompagne à ce moment-là et après, il continue sa vie, mais c'est émouvant de participer à ça comme une naissance... c'est fabuleux, je pleure plus mais j'ai pleuré longtemps (E2)*
- *peut-être pas pour se protéger mais être capable de recevoir le rush émotionnel qui est là(E4)*
- *le gros problème des formations en hypnose, c'est que la plupart des gens ... n'ont pas fait de travail sur eux, donc ils se trouvent confrontés à quelque chose de l'intérieur d'eux, à des émotions, en hypnose, les émotions, on y a accès beaucoup plus facilement(...) parce qu'on squeeze la barrière de la conscience claire donc on est beaucoup plus en contact avec ce qui se passe à l'intérieur de soi...et ils se trouvent brutalement confrontés à tout ça, donc, on a beau prendre des précautions, on a des réactions en cours, en exercice, souvent, qui sont déjà violentes, (...) énormes(E8)*

Développer la créativité

Le métier de soignant est souvent perçu comme peu créatif. Avec l'hypnose, la créativité trouvait sa place naturellement, à la grande joie des praticiens.

- *l'hypnoanalgésie est plus la partie créative du métier d'auxiliaire(E1)*

- *La pédiatrie ça fait travailler l'imaginaire, ça me plaît énormément, je ne sais pas si j'en ai un peu plus ou différemment mais ça développe son imaginaire(E2)*
- *c'est le côté artistique, chacun amène ce qu'il veut, et ça fait ta boîte à outils (E5)*

Améliorer la communication et la relation à autrui

Au quotidien, la connaissance de l'hypnose permettait un meilleur décryptage des messages et une meilleure communication personnelle.

- *il faut (...) prendre conscience que ça produit des changements. Des changements sur soi-même et assez rapidement sur la façon de concevoir les choses, sur la façon de communiquer, sur la façon de parler, sur le choix des termes à utiliser, quelle que soit la situation(E4)*
- *Dans ma vie perso, ça te permet malgré tout quand même quand tu dis, quand tu écris quelque chose, comment être le moins blessant possible, et aussi comment en peu de mots, être le plus efficace possible. (E5)*
- *et régulièrement à la maison, mon épouse le dit, ça a vraiment changé ma façon d'aborder les éventuels problèmes, tensions qu'on peut rencontrer à titre personnel... parce que c'est vraiment un langage spécifique, et puis avec l'habitude, ce langage on l'utilise aussi au quotidien(E9)*
- *Ah oui, oui, ça a été très net sur la relation à l'autre, sur le comportement général, sur l'empathie, sur la bienveillance, c'est vraiment ... éventuellement en cas de « conflits » entre guillemets, les tensions, surtout ça, et ça, ce sont des choses qu'on m'a dit(E9)*

Les apports étaient nombreux sur le plan personnel. On retrouvait **l'épanouissement personnel** avec **prise de recul, harmonie** et **détente**, la capacité à **prendre soin de soi** mais aussi une **confiance en soi renforcée**, une **meilleure gestion des émotions** (des siennes comme de celles du patient), un développement de la **créativité** et une amélioration de la **communication et de la relation à autrui**.

4- Apports professionnels

Un outil de plus pour soigner le patient

L'hypnose était un outil qui, unanimement, permettait un meilleur soin pour le patient, ce qui rejaillissait immédiatement positivement sur le soignant car on touchait là le cœur de sa mission.

L'hypnose était tout d'abord en soi une partie du traitement :

- *on va toujours pouvoir utiliser le processus hypnotique pour faire mieux, plus facilement pour aller plus loin, que ce qu'on aurait fait en thérapie traditionnelle. Et ça c'est valable pour tous les patients(E8)*
- *en psychothérapie, ça c'est absolument évident qu'avec l'outil hypnose on a des résultats qu'on n'a absolument pas en thérapie traditionnelle(E8)*
- *c'est un vrai amplificateur de résultats(E9)*
- *Le médicament ne fait pas tout(E5)*

C'était un outil complémentaire concret ...

- *on a un bagage supplémentaire pour pouvoir les aborder différemment et d'être dans l'empathie avec l'autre tout en ayant du recul et en l'aidant à accueillir ce qui se présente dans le présent(E2)*
- *on pose plus facilement une voie veineuse, c'est pour des gestes banals mais quotidiens(E2)*
- *c'est quand même du plus, ça fait plus de cordes à son arc(E5)*
- *moi je dis souvent, c'est mon 11e doigt et je m'en sers... ben naturellement, sans limite particulière, y a pas de moment(E9)*
- *l'intérêt c'est pour grandir la palette de possibilités de soins pour le patient et ne pas rester sur le chimique, le médicamenteux et le technique(E4)*

... en particulier en situation critique...

- *c'est très rapide, ... c'est une séance que j'appelle une séance d'urgence(E4)*
- *c'est un outil supplémentaire pour le stress, la douleur, c'est très utile aux Urgences(E3)*

... même si cela ne faisait pas de miracle!

- *moi je suis toujours personnellement très étonnée de l'hypnose miracle, parce que, moi, ce n'est pas ce que je vis(E8)*
- *Parce qu'ils croient, les gens, qu'ils ont un truc miracle, je vous fais de l'hypnose et... mais non ! ils ont rien compris !(E10)*
- *l'hypnothérapie fait pas des miracles mais enfin (...) sans faire de miracle ça dépatouille quand même bien les patients(E8)*

Et le patient en tirait un bénéfice bien réel...

- *les soins sont plus rapides et sont faits dans de meilleures conditions (E1)*
- *c'est intégré, c'est un outil qui est intégré dans ma pratique directement, pour le confort du patient(E9)*
- *c'est tellement riche pour le patient, l'expérience est tellement riche pour le patient et confortable, que je me limite pas(E9)*

...sans grand risque pour lui...

- *si on le pratique en prenant toutes les précautions nécessaires, y a aucun danger à la pratique de l'hypnose(E9)*
- *finalement quand ça bute, ça bute et moi je me dis ben on laisse tomber...en fait c'est pas grave si ça marche pas...(E6)*

... quoiqu'il ressortait parfois la notion d'un risque a minima éthique...

- *L'hypnose est un outil dangereux quand on ne l'utilise pas avec ses compétences professionnelles, et alors ça ça doit vraiment être le leitmotiv que tout le monde doit intégrer(E8)*
- *ils ont la puissance de l'instrument et ils se rendent pas compte qu'ils font n'importe quoi(E8)*
- *Pendant la catalepsie, ils bougent pas, je peux partir pendant un quart d'heure, prendre un café, il a pas bougé. ça ça dérange toujours un peu... parce que vous dirigez quand même l'autre. L'hypnose est interdite par les conventions de Genève comme outil coercitif. C'est un outil très puissant, mis entre de mauvaises mains(E10)*

Un confort pour le soignant

Au-delà du confort apporté au patient, il en ressortait un confort pour le soignant également.

- *c'est confortable parce que ça détend tout le monde en pédiatrie(E2)*
- *on voit le bénéfice que cela apporte au patient mais aussi le bénéfice que cela apporte aussi au soignant. Celui qui reste dans une angoisse qui va utiliser sa sonnette tous les ¼ h ce n'est pas confortable non plus pour l'ensemble des soignants(E4)*
- *une révolution dans leur pratique professionnelle parce qu'elle devient plus confortable (E8)*
- *à partir du moment où votre patient est relaxé, vous êtes relaxé, et ça c'est connu, c'est les neurones miroirs, vous communiquez votre calme aussi, si vous commencez à vous énerver, ça part en sucette(E10)*

Un épanouissement professionnel subséquent

- *mon travail me passionne davantage, je suis plus content d'aller travailler(E1)*
- *C'est quand même satisfaisant, je dis toujours à ma retraite, je vais pas me passer des beaux cas d'implants par contre elle, je peux la regarder toute ma vie, je suis heureux de voir ça, on est heureux de voir ça, humainement, ça vaut tout l'or du monde(E10)*
- *l'intérêt et la satisfaction également, pas toujours mesurée immédiatement mais il y a quand même des retours, des situations où l'on constate quelque chose d'intéressant, de favorable au patient, ça fait du bien(E4)*

- *Avoir à disposition ces palettes renforce l'intérêt pour le soin, pour le bien-être globalement du patient...(E4)*
- *je ne suis pas contente pour moi, je suis contente pour les gens, et c'est bluffant(E2)*
- *ça a changé la vision du patient, la vision d'une manière générale, l'approche du patient, l'écoute, euh...le discours, le langage, que j'utilisais, mon approche, et puis tout simplement mon plaisir de travail(E9)*

Voire même un développement personnel dans l'exercice professionnel !

- *en vieillissant, il y a plein de choses que tu expérimentes, après il y a plus qu'à raccrocher les wagons. C'est une façon théorique de cimenter tout ça(E5)*
- *ça ouvre une sensibilité particulière des thérapeutes(E9)*
- *le premier jour de formation, ça a été une vraie révélation et depuis ce jour-là, j'ai trouvé enfin la technique je cherchais qui a transformé ma vie professionnelle et personnelle. Voilà, c'est une vraie révélation pour moi et c'est ce que je cherchais à obtenir finalement en faisant ces formations initiales (E9)*

Valorisation de soi

A ses propres yeux ou au sein des structures, le praticien en hypnose ressentait fortement ce sentiment de valorisation.

- *finalement l'hypnoalgésie, c'est une pratique où les auxiliaires on est un peu en première ligne ... c'est assez valorisant. C'est complètement reconnu par l'équipe(E1)*
- *j'ai beaucoup de retours positifs des collègues, des parents, et même des enfants, du coup, c'est valorisant, moi je suis assez fier de faire de l'hypnoalgésie(E1)*
- *ah oui, la crédibilité est plus forte, c'est certain(E7)*
- *l'équipe s'est un peu retrouvée, une équipe en souffrance avec effectivement un centre d'intérêt, quelque chose qui semblait différent quelque chose qui revalorisait les gens et ça c'est extrêmement important(E11)*
- *ceux qui l'utilisent le plus sont les aides-soignantes parce que c'est une revalorisation énorme de leur fonction. Elles ont pas d'outil elles pour être efficace sur ... le mal-être d'un patient(E11)*

Développer de nouvelles aptitudes

L'hypnose permettait tout d'abord de redonner au soignant une plus grande autonomie dans sa pratique.

- *Il y avait l'infirmière douleur, à chaque fois, il fallait l'appeler car soi-disant, on n'était pas formé, et en fait, on l'attendait, et elle apportait rien du tout donc on s'est dit que c'était plus facile de pas en dépendre, d'être autonome(E3)*
- *vous reliez les hommes par un langage commun universel. C'est-à-dire, moi il m'est arrivé de traiter par exemple une chinoise, je parlais pas un mot de chinois(E10)*

L'hypnose présupposait systématiquement une capacité d'adaptation.

- *la capacité d'une personne qui fait de l'hypnose c'est qu'elle a une capacité à s'adapter. (E2)*
- *il y a toujours une adaptation en fonction de la situation et en fonction de chaque patient, et les séances ne sont jamais les mêmes même pour un même patient, même s'il présente les mêmes symptômes qui peuvent revenir, les séances ne se ressemblent jamais(E4)*

L'hypnose permettait de libérer des sensibilités et des aptitudes communicationnelles fortes.

- *dans cet état particulier lorsqu'on fait une séance avec un patient, on est soi-même forcément en transe si on veut vraiment être complètement en phase et ça fait émerger chez le thérapeute une sensibilité poussée à l'extrême, c'est-à-dire qu'on va jusqu'à ressentir, ou si vous préférez avoir une intuition et des ressentis particuliers sur ce que vit le patient(E9)*
- *Une vraie communication d'inconscient à inconscient qui se passe. Et souvent le patient nous dit : « c'est fou, y a un moment vous avez utilisé un mot, c'est exactement ce que je suis en train de vivre ». et ça c'est très fréquent.(E9)*
- *c'est une technique qui professionnellement remue pas mal parce que ça nous oblige à sortir de toutes les ... tous les apprentissages classiques qu'on a eus pendant toutes ces années-là (...) il faut faire un reset, on commence par faire un reset de tout ce qu'on vous a appris, pour vous ouvrir enfin à cet outil hypnose(E9)*

Les apports professionnels principaux consistaient déjà en un véritable **outil supplémentaire** pour soigner, à la réserve près qu'il ne fallait l'utiliser que dans son **champ de compétences médicales**. L'hypnose générait un grand **confort** pour le soignant, induisait un **épanouissement professionnel** avec un **plaisir de travailler** renouvelé. L'hypnose permettait aussi de développer de **nouvelles aptitudes** et au-travers de son utilisation, une **valorisation du soignant**.

5- Apports à la relation Soignant-Patient

Ce sont les rôles et du soignant et du patient qui étaient bouleversés ou en tout cas modifiés par l'usage de cette pratique.

Ecoute du patient

Pratiquer l'hypnose supposait avant tout une écoute pleine et entière du patient.

- *ça a changé la vision du patient, la vision d'une manière générale, l'approche du patient, l'écoute, (...) le discours, le langage que j'utilisais (...). On aborde le patient d'une manière complètement différente, on apprend à l'écouter et à l'entendre, parce que écouter c'est une chose et entendre, c'est encore autre chose(E9)*
- *on enlève cette carapace de thérapeute pour venir à l'écoute complète, et à l'écoute générale, dans tous les sens...(E9)*

Autonomisation et responsabilisation du patient

Mais c'était aussi redonner un rôle très actif au patient.

- *c'est ça l'avenir, surtout de l'ambulatoire, des urgences et autre. C'est de remettre les patients acteurs ... de leur vie(E2)*
- *une nouvelle prise en charge des patients, différente, qui me semble respecter davantage le patient en tant que tel, lui laisser une certaine liberté(E6)*
- *moi je ne suis que le passeur entre vous et vous...(E8)*
- *dans cette attitude-là, on les remet en tant qu'acteurs, on leur fait prendre conscience qu'ils ont des capacités et des ressources qu'ils peuvent utiliser quand ils en ont envie, quand c'est le bon moment pour eux(E2)*
- *il faut vous effacer devant la réussite de l'autre, parce que si on s'efface pas, que ça soit pour maigrir, pour réussir le concours d'avocat, (...)c'est plus sa réussite et puis s'il a un échec ce sera votre échec aussi, or son échec, il lui appartient(E10)*

Approche globale

Avec l'hypnose, on abordait le patient dans son intégrité, sans en isoler un symptôme ou un organe.

- *s'intéresser à eux, à ce qu'ils sont vraiment(E2)*
- *Ce qui est très très important c'est d'être dans le respect du patient, quand vous faites quelque chose et que vous êtes dans le respect de la personne ça se sent(E2)*
- *en kiné on apprend un genou, ça se réduit comme ça, et ben là en hypnose, c'est pas un genou qu'on réduit c'est une dame, une personne(E9)*
- *oui finalement y a peu d'approches holistiques,... (...) c'est pour ça d'ailleurs que les homéopathes ont un tel succès aussi parce qu'ils prennent le temps de discuter, je sais pas si l'homéopathie y est pour quelque chose je veux dire au niveau moléculaire mais y a une approche qui est différente et les patients y ont aussi besoin de ça(E8)*

Changement de position et lâcher prise du praticien

L'hypnose induisait par essence l'adoption d'une position basse par le soignant.

- *on abaisse nos propres résistances on a plus de lâcher prise on a moins de jugement ou pas d'appréhension on prend l'autre comme il est et dans cette relation-là (E2)*
- *ce que je fais systématiquement, je la remercie et je ratifie, c'est le mot Ericksonien, « je vous remercie, j'ai rien fait » parce que si vous repassez en mode haut, immédiatement ça détruit « grâce à moi, vous avez... », non ! Là vous allez en prendre une, « moi j'ai rien fait, vous y étiez quand même !"(E10)*
- *l'hypnose c'est l'école de l'humilité*
- *là justement, on ne sait rien du patient, c'est lui qui nous apporte tout, et par conséquent, ben on s'adapte à lui, on est en-dessous du patient ou en tout cas au même niveau, c'est la fameuse position basse(E9)*
- *il faut avoir l'humilité de s'effacer, c'est pas facile, c'est pas facile je suis le premier à le reconnaître parce qu'on a notre ego(E10)*
- *peut-être que le patient il sait des choses de lui qui vont être utiles et que le médecin il a heureusement des tonnes de connaissances (...) peut-être être mises au service de ce que le patient sait de lui-même et qu'on va pouvoir faire ça en synergie et du coup on va pouvoir peut-être faire quelque chose de plus utile, de plus congruent, et puis qu'on va pouvoir travailler main dans la main sans écraser le patient de sa science (E8)*

Alliance thérapeutique

Et de cette approche découlait un contrat fort entre praticien et patient.

- *il faut avoir la confiance de la personne, l'alliance thérapeutique on appelle ça, une fois qu'on a la confiance, c'est-à-dire que la conscience critique de la personne ou que l'enfant se sent en sécurité, la personne va s'autoriser à être et à travailler différemment(E2)*
- *surtout surtout surtout bien sûr y a l'alliance thérapeutique qui fait ENORMEMENT bien entendu(E8)*
- *que si le thérapeute ne mouille pas sa chemise le patient stagne, il fait rien. Donc moi je la mouille pas, je la trempe ! (E8)*

Une possible réponse aux attentes parfois exigeantes du patient

Le patient n'exigeait pas l'outil l'hypnose, bien que cet outil fût de mieux en mieux connu mais il pouvait parfois devenir exigeant quant à ses effets et à ses résultats.

- *par rapport à l'hypnose je peux pas dire qu'il y ait une exigence(E7)*
- *on a quand même beaucoup cette demande de baguette magique...(E8)*

- *Et le patient aussi il est dans une démarche de consommateur, tout tout de suite et sans effort ! Oui, oui, ça vraiment depuis 10-15ans je vois une vraie évolution dans ce domaine, tout tout de suite sans effort(E8)*
- *non, je ne constate pas d'évolution depuis les dernières années dans l'attitude des patients vis-à-vis du soin(E9)*
- *je dis aux confrères : « attention formez-vous avant que les patients vous demandent à être formés ! » et ça commence(E10)*

Les apports de l'hypnose à la relation soignant-patient relevaient tout d'abord d'une **écoute respectueuse** du patient, mais aussi de son **autonomisation** et de sa **responsabilisation**. L'hypnose supposait une **position basse** du soignant et, partant, un **lâcher-prise** de la part du praticien. L'hypnose était consubstantielle d'une **approche globale**, facilitant une véritable **alliance thérapeutique**. Elle pouvait répondre à de **nouvelles attentes** du patient.

6- Caractéristiques propres à l'exercice de l'hypnose en équipe

Tous concernés dans un service

Pour un parcours de soin réussi, la succession des intervenants devait viser le même niveau de qualité et en quelque sorte, ils devaient se passer le relai en conservant la même attitude, le même langage, la même disponibilité, chacun dans son domaine de compétence.

- *le 2e groupe a inclus une autre catégorie socio professionnelles qui manquait c'était un brancardier, parce que je voulais que tout le monde puisse effectivement agir dans cette globalité des soins(E11)*
- *oui, ma secrétaire est venue à une journée de formation, et ben oui, moi dans mon cabinet, c'est pas une exigence mais quasiment (E10)*
- *Le temps de relève est ouvert à tous les personnels, au-delà des soignants, l'ASH est là, d'une certaine façon avec une posture de soignant, parce qu'il y a des alertes qui ne peuvent se faire que parce qu'elle a un œil malgré tout, elle a intégré la posture de soin (E4)*
- *la seule personne de notre formation qui est ASH, ça se comprend du fait de sa fonction, elle n'intervient pas directement dans un soin, mais elle aussi, régulièrement, elle nous alerte, sur des choses, sur des choses observées, elle n'en reste pas qu'à sa fonction, de façon obtuse, régulièrement, pratiquement tous les jours il y a quelques chose à observer, à transmettre(E4)*
- *tout le monde devrait aller dans le même sens, respecter le temps de l'induction hypnotique, pas faire trop de bruit, euh, dire des choses positives etc...(E6)*

- *l'idée c'était d'avoir 80% du personnel du service formé à l'hypnose de manière à pouvoir proposer la technique 24h/24 à tout patient pouvant en avoir besoin(E11)*

Une façon de travailler différente...

On ne pouvait faire de l'hypnose dans n'importe quelles conditions. En situation de collectif de travail, il fallait modifier ses habitudes. Mais tout le monde en retirait les bénéfices.

- *on communique avec les autres avec des gestes(E1)*
- *on peut pas être plusieurs à intervenir(E6)*
- *... vous pouvez commencer à dire des choses positives et puis y a le chirurgien qui arrive et qui vous casse le truc ou bien le médecin anesthésiste, oui, c'est vrai que si l'équipe ne fonctionne pas dans la même direction, c'est (...) ardu(E6)*
- *quand 80% du personnel serait formé à l'hypnose, il flotterait dans le service une sorte d'ambiance hypnotique(E11)*

... et un travail d'équipe amélioré

- *on forme une équipe depuis quelques mois il y a une dynamique et il y a une réelle envie d'avancer(E2)*
- *ça a été fédérateur, l'équipe s'est un peu retrouvée, une équipe en souffrance avec effectivement un centre d'intérêt, quelque chose qui semblait différent quelque chose qui revalorisait les gens (E11)*
- *c'est vraiment ce que j'ai à un moment appelé la masse critique. A partir du moment où cette masse critique est atteinte, on n'arrive pas à une explosion mais plutôt à une sérénité. Et une sorte d'automatisme(E11)*

Difficultés propres à un travail au sein d'une équipe

Pour pratiquer l'hypnose au sein d'une équipe il était tout d'abord nécessaire que la technique soit acceptée.

- *parfois on n'est pas prophète dans son pays, non plus(E2)*
- *au début il faut pas s'attendre à de la reconnaissance(E2)*
- *oui il faut oser, d'autant plus quand l'environnement ..., je vais pas dire est hostile, c'est pas ça, mais est pas forcément favorable(E6)*
- *« face à la nouveauté la première action c'est l'opposition, la deuxième phase c'est l'intérêt, la troisième partie, c'est l'intégration comme si ça a toujours existé », ben l'hypnose, c'est exactement ce qui se passe, au départ on l'affronte en disant « qu'est-ce que c'est que ce truc dans votre service, ça va pas », puis ensuite, c'est « tiens, c'est marrant, finalement ça a l'air*

de faire quelque chose » et puis ensuite, c'est « mais on l'a toujours pratiqué ça l'hypnose »(E9)

- *il faut avoir la confiance du chirurgien(E2)*
- *« quand vous causez, vous débarrassez pas les plateaux de suture»(E11)*

Il fallait ensuite que les rythmes soient coordonnés, l'hypnose prise en compte.

- *C'est d'expliquer aux gens qu'aujourd'hui il y a de l'hypnose, qu'il n'y a en a qu'un qui parle, on communique beaucoup avec le regard, les yeux, les gestes(E2)*
- *c'est important que l'infirmier soit aussi formé car il ne faut pas parler pendant que l'enfant part ailleurs, pour que ça se passe bien(E1)*

Techniquement et c'était loin d'être évident, cela supposait tout à la fois d'être en transe (avec le patient) et en travail dans la réalité (avec l'équipe).

- *Le plus difficile pour l'accompagnant à l'hypnose, c'est (...) d'être à la fois-là sur le site chirurgical et avec le patient dans son hypnose, on est en transe aussi on est ici et ailleurs avec le patient(E2)*

Et comme la formation n'était pas généralisée, toutes ces difficultés pouvaient persister.

- *c'est compliqué quand on est une grosse équipe, il y a toujours des gens qui sont pas formés, du coup, ça mobilise moins(E3)*
- *le ratio par rapport à l'équipe ça suffit pas, il faut vraiment que on soit nombreux et puis de toute catégorie professionnelle(E6)*
- *la notion de masse critique, la notion de pourcentage supérieur à 60 % voire 80 % de personnes qui devraient être formées me paraît important(E11)*

La pratique de l'hypnose en équipe était particulièrement délicate, souvent **mal acceptée**, surtout si la **masse critique** de personnes formées n'était pas atteinte. **Tous les intervenants du parcours de soin** devaient se **coordonner** et en respecter les modalités sous peine d'en briser les effets. Si tel était bien le cas, les bénéfices étaient nets : l'équipe se trouvait **fédérée, redynamisée**.

7- Outil de management

Développer l'innovation et la capacité au changement

Ceux qui pratiquaient l'hypnose étaient force d'innovation. Pour eux-mêmes, pour leur service et ils en étaient fiers.

- *Les télés musicales du service, c'est un projet à moi(E1)*

- *on a fait beaucoup de choses dans le service, les dalles au plafond par exemple, ça y était pas, la musique est quand même souvent mise, c'est la première étape, la plus facile, il y a quand même une sensibilisation, les gens sont plus attentifs(E3)*
- *une de mes stagiaires qui est une infirmière super sympa, pleine d'idées, (...), qui a installé plein d'idées dans son service, elle est infirmière anesthésiste, pour amener les petits au bloc par exemple, elle a fait acheter des pousseurs, des trotteurs, enfin, elle fait des tas de choses super intéressantes(E8)*
- *on a pris une initiative, c'est de se retrouver tous, toutes les personnes formées à l'hypnose de se retrouver régulièrement...pour échanger sur nos pratiques(E4)*

Et cela induisait un effet d'entraînement, une vraie capacité au changement

- *avancer petit à petit, faire son truc, avec un chirurgien qui est d'accord(E2)*
- *il faut pas chercher à convaincre les gens, il faut faire, laisser observer, et après il faut pas commencer par l'hypnose il faut commencer par la communication thérapeutique, les mots qu'on peut utiliser(E2)*

Même si parfois, c'était lent ou difficile.

- *Depuis 4 ans, ça stagne, je suis aux urgences que depuis 1 an, ça n'a pas tant évolué que ça(E1)*

Renforcer l'esprit et dynamique d'équipe

L'hypnose était fédératrice.

- *on forme une équipe depuis quelques mois il y a une dynamique et il y a une réelle envie d'avancer(E2)*
- *c'est quelque chose qui encourage, quelque chose qui remotive, pour aller dans son service, travailler avec d'autres personnes d'autres services, c'est quelque chose qui continue de nous unir dans cette pratique(E4)*
- *à la fin d'une séance, chacun se retrouve boosté pour pouvoir retourner dans son service pour d'autres sollicitations, d'autres personnes et pouvoir pratiquer à nouveau(E4)*
- *C'est sympa, c'est un travail de groupe, c'est important, surtout en hypno(E5)*
- *Je pense que l'hypnose est un moyen de les garder. C'est vrai que quand le projet battait son plein, ça a été fédérateur, l'équipe s'est un peu retrouvée, une équipe en souffrance avec effectivement un centre d'intérêt, quelque chose qui semblait différent(E11)*

Introduire un portage managérial

Où l'on retrouvait de grands fondamentaux managériaux :

Manager n'était pas imposer.

- *le cadre sup lui a dit sur sa notation : "il faudrait penser à faire une formation sur l'hypnose " et il disait "mais moi je m'en fous !", voilà(E6)*

Maintenir le processus actif

- *On dirait que ça s'essouffle un peu, il faudrait des piqûres de rappel, le faire en équipe(E3)*
- *il faudrait les avoir au moins une fois par an pour qu'il y ait une dynamique, pour les aider, pour profiter de ceux qui sont assez motivés, pour voir ce qui bloque(E5)*
- *la synergie propre de l'hypnose, c'est l'échange, mais les gens sont tellement isolés parfois qu'ils ne pratiquent plus(E5)*
- *c'est difficile de relayer, et de pérenniser, enfin, le mot est pas adéquat, mais d'essayer de faire vivre véritablement quelque chose qui a été initié, c'est pas évident(E6)*

Former l'équipe

- *le projet impliquait une formation des personnels sur site en faisant venir un formateur sur une enveloppe horaire de 70h de formation (...) par personne(E11)*
- *le projet pour l'instant est au point mort dans ce qui est la formation des personnels. La seule chose qui soit pas au point mort mais plutôt en marche arrière c'est qu'un certain nombre de personnes sont parties parce qu'on a un énorme turn-over dans le service(E11)*

Communiquer sur les réalisations

- *on a mis en exergue que le service d'Urgences s'était formé à l'hypnose de manière à l'avoir toujours à disposition etc.. La presse s'est précipitée là-dessus(E11)*
- *gros pouvoir d'attraction de la technique et du projet sur la population(E11)*

Au total, introduire l'hypnose au sein d'une équipe relevait d'une véritable **démarche managériale**. Elle permettait de stimuler **l'innovation** et développer **la capacité au changement**, de renforcer la **dynamique** et **l'esprit d'équipe**. Elle réinterrogeait directement le management dans toutes ses dimensions : de **cap**, de **leadership**, d'**entretien des compétences**, de **communication**.

DISCUSSION

I- Discussion de la méthode

1- Forces de l'étude

Ce travail est novateur car il s'intéresse à l'impact de l'hypnose sur le soignant qui pratique, sujet qui est à ce jour très peu traité dans les nombreuses parutions consacrées à l'hypnose.

Par ailleurs, la méthodologie qualitative de cette étude laisse une grande liberté à l'interviewé lors de l'entretien, et permet de bien comprendre l'opinion de chaque contributeur, pourquoi il s'autorise ou non telle ou telle pratique, comment il l'insère dans son environnement de travail et personnel, comment il vit et ressent sa pratique personnelle. Il n'y a que peu de risques de biais de mémorisation car le travail s'intéresse au vécu présent des interviewés.

Ce type d'étude apporte, par la richesse des témoignages retrouvés dans les verbatim, des informations qui ouvrent sur de nombreuses perspectives abordées en fin de discussion sur les résultats.

L'étude réalisée a montré, comme le proposaient les hypothèses initiales, que l'utilisation de l'hypnose médicale était riche d'apports tant sur le plan professionnel que personnel pour l'ensemble des praticiens, quelle que soit leur fonction, leur spécialité ou leur mode d'exercice. La transversalité des entretiens n'a à aucun moment fourni d'élément contraire à ce résultat et cette homogénéité de réponses est frappante car la diversité professionnelle explorée était grande.

Ce travail a aussi montré combien l'usage de cet outil orientait sur une relation centrée sur le patient et une approche holistique de ce dernier.

Enfin, et ce n'était pas la cible initiale première mais c'est ressorti spontanément et de manière forte des échanges, on a pu mettre en valeur que la pratique de l'hypnose en équipe n'avait rien d'évident et que l'introduction de l'hypnose dans un service pouvait représenter un puissant levier managérial et organisationnel.

2- Validité interne

La retranscription immédiate et fidèle a garanti la qualité et la fiabilité des données recueillies.

Par ailleurs, afin de vérifier si les éléments recueillis représentaient la réalité, on a utilisé la technique de triangulation pour les sources, pour la méthode et pour l'analyse. Cette triangulation a permis de soumettre le recueil de données, la méthode et les résultats obtenus à au moins deux ou trois intervenants différents (instigateur du travail, directeur de thèse, groupe de pairs lors d'ateliers

de méthodologie, responsables méthodologie). L'arbre de codage n'a cependant pas été refait par un autre intervenant.

Enfin, on a poursuivi l'inclusion jusqu'à saturation des données quand l'ajout d'un nouveau participant n'a plus apporté de donnée fondamentalement différente de la matière déjà collectée.

3- Limites de l'étude

Limites liées à l'interviewer et à l'interviewé

On sait que "*Le contact entre l'interviewer et l'interviewé développe un jeu de rôles*"(19). L'interviewer est en lui-même source de biais, malgré tous ses efforts pour rester dans une neutralité et un respect de la parole comme des silences, par ce qu'il induit du fait de son apparence, de son niveau socio-culturel, du langage utilisé, des relances faites ou non faites, de son écoute ou de son manque d'écoute orientant l'échange dans une voie particulière. On retiendra cependant à l'avantage de l'interviewer la proximité de milieu professionnel qui implique un langage commun et des valeurs partagées, ainsi qu'une bonne connaissance des conditions de travail.

L'interviewé induit également des biais en oubliant certaines données de réponse, en se méprenant sur les questions, en étant éventuellement gêné sur ses réponses ou au contraire en souhaitant mettre en valeur ses réalisations personnelles. On échappe difficilement à la notion de "désirabilité". Il est aussi possible que certains soignants ayant des fonctions d'expert (notamment formateurs ou responsables dans des structures représentant l'hypnose en France), aient pu fournir une pensée élaborée faisant appel à une mémorisation et un discours pré-construit.

La durée conséquente des entretiens (tous supérieurs à 30 minutes) aura cependant permis de dépasser la période critique initiale, estimée à 20 minutes : "*pendant les vingt premières minutes, les personnes interrogées ne vont pas dire ce qu'elles pensent mais ce qu'il est acceptable de dire dans ce qu'elles pensent*"(19).

Limite en lien avec la sélection

Dans la constitution de l'échantillon, le hasard n'a pas sa place. Elle s'est faite selon la dynamique de "la boule de neige" et les participants ont été minutieusement sélectionnés afin d'obtenir la diversification et la saturation des données le plus efficacement possible du fait de limites logistiques et temporelles.

La représentativité en est limitée du fait de la très petite taille de l'échantillon. On peut imaginer que la collecte plus large de données sur l'un ou plusieurs aspects des problématiques de l'étude aurait produit de nouvelles connaissances ou perspectives.

Cependant, même si 11 personnes peuvent paraître peu, *"il demeure que l'enjeu d'une étude qualitative ne se situe pas dans le nombre de personnes interrogées mais bien dans la manière de les interroger et d'analyser leurs propos"*(19). Le choix de ne pas ajouter de nouvel entretien a donc été arrêté du fait d'une collecte d'entretiens longs dont la richesse et la redondance ont été très rassurants.

Limite du guide d'entretien

Le questionnaire a été construit et amendé par l'interviewer en fonction des objectifs annoncés. Il a été soumis pour second regard et modification au directeur de thèse ainsi qu'à des pairs et des enseignants en méthodologie mais il est probable que bien d'autres questions auraient pu être formulées ou les mêmes questions formulées différemment. On retiendra cependant que, disposant de cette trame d'entretien, bien souvent, l'interviewer n'a pas eu besoin de la dérouler, en tout cas pas entièrement, obtenant les informations naturellement de la part des participants. L'objectif et l'exposé initial de la démarche semblaient parler d'eux-mêmes.

Limites d'interprétation et d'analyse

Lors de l'étape de codage, malgré les différents niveaux d'analyse – inductive, déductive, micro- puis macroscopique- et en dépit de la rapidité du codage pour avoir en mémoire le contexte et les tonalités des échanges, il est probable que certains verbatim aient été affectés à tort à certaines thématiques voire que certains sous-thèmes aient été créés sans substrat objectivement confirmé. En effet, il n'y a pas eu de vérification par les participants de la compréhension de leurs propos en leur renvoyant par exemple le codage de leurs verbatim.

A l'inverse, il est à noter que la population interrogée avait une grande aptitude à la communication et le vocabulaire était riche, précis et approprié, ce qui a permis la transmission d'idées et d'émotions de manière fine et claire et laissant peu de place à l'interprétation.

Enfin les hypothèses formulées trouvant un écho dans la comparaison à la littérature sur le sujet comme le montre la discussion sur les résultats, on assure ainsi une ébauche de validation externe à ce travail.

II- Discussion des résultats

L'étude réalisée a donc montré que l'utilisation de l'hypnose médicale était riche d'apports tant sur le plan professionnel que personnel pour l'ensemble des soignants tout en faisant la part belle au patient au travers d'une approche holistique et respectueuse. Enfin, ce travail a soulevé la problématique de la délicate utilisation de l'hypnose en équipe et comment l'introduction de cette

nouvelle pratique dans un service pouvait représenter un puissant levier managérial et organisationnel.

Ces trois résultats principaux, comme on va le voir ci-dessous, sont en phase avec la littérature, et viennent à leur tour confirmer l'intérêt de développer l'hypnose comme compétence à disposition des soignants, sans limitation de fonction, de métier ou d'organisation de travail. Ils permettent également d'envisager de nouvelles perspectives.

1- Motivations et freins à l'utilisation de l'hypnose

La notion de changement

Les praticiens rencontrés étaient d'abord formés à leur métier de base puis acquéraient l'outil hypnose, vivant en cela une évolution (une "*révélation*" voire une "*révolution*" comme l'exprimaient plusieurs d'entre eux) dans leur pratique professionnelle et leur vécu personnel, dans leur relation au patient. L'arbre de codage a naturellement mis en évidence, dans sa première thématique sur les motivations et freins à se former et utiliser l'hypnose, des éléments propres à la notion de changement. On perçoit nettement la notion de cheminement, indissociable du parcours de vie des participants à l'étude.

On retrouve dans l'ouvrage d' Olivier Chambon-Michel et Marie Cardine *Les bases de la psychothérapie* (20) la description de facteurs de base responsables du changement et partagés par toutes les psychothérapies. On y reconnaît bien 4 facteurs similaires à ceux qui conduisent à la démarche de la pratique de l'hypnose médicale entendus lors des entretiens :

- "L'augmentation du sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle ;
- L'exposition à de nouvelles expériences d'apprentissage ;
- La stimulation des émotions ;
- L'opportunité de pratiquer de nouveaux comportements."(20)

On peut également citer le modèle du changement étudié dans son analyse transthéorique par Prochaska et al.(21), (22). Dans ces articles, les auteurs rassemblent les aspects cognitifs, émotionnels ou comportementaux contribuant au procédé de changement. Les entretiens menés dans le cadre de ce travail de thèse ont corroboré la majeure partie de ces facettes (les termes en *italiques* sont ceux, en anglais, de Prochaska et sont mis en miroir des idées des participants à l'étude) dont :

- la dimension à la fois temporelle et cyclique du changement : la sensation de ne pas disposer de certains outils ("*precontemplation*"), le temps de décider de se former par maturation du besoin ("*contemplation*"), le temps de formation ("*preparation*"), le temps de mise en pratique

("action"), les échanges avec les pairs pour s'améliorer ("maintenance"), avec parfois un manque de pratique ou des échecs ("regression to earlier stage")...

- la prise de conscience progressive ("increasing awareness") qu'une autre façon de travailler pourrait mieux convenir au patient ET au soignant
- les émotions qui ont toute leur place dans le processus hypnotique
- la valorisation personnelle ("social liberation" très explicite chez les aides-soignants ou aides puériculteurs, "self-reevaluation"), le "role model" positif
- la récompense de soins mieux réussis ou d'une meilleure qualité de vie personnelle conduisant au renforcement de l'utilisation de l'hypnose ("reinforcement management")
- le sentiment de liberté ("self liberation")

Les freins

Les freins à l'utilisation de l'hypnose évoqués par les participants sont également cités dans la thèse de C. Desmars (13) ou le mémoire de l'urgentiste L. Guillou-Le Gouguec (23), tant en ce qui concerne la peur de l'échec, que le temps disponible et la fatigue.

Et pourtant dans *Hypnose médicale en situation difficile*(24) F. Garden-Brèche et S. Desanneaux-Guillou nous rassurent quant aux compétences des patients ... et des soignants et démontrent qu'on peut utiliser les difficultés et parasites des situations de soin comme autant de ressources au service de la thérapie en laissant travailler la créativité et l'imaginaire ("transformer les contraintes en atouts"). Selon les auteurs "la plupart des difficultés [parasites sonores, contraintes interpersonnelles : intégration de l'hypnose dans le système de soins, multiplicité des tâches et charge de travail, multiplicité des intervenants, agitation ambiante, limites du thérapeute, ...] sont essentiellement liées à la perception de la réalité que se fabrique le thérapeute. Cela sera davantage à lui de franchir le cap, de lâcher prise pour réussir à s'adapter aux parasites et de les utiliser au profit du patient".

2- Apports personnels

Plusieurs thèses ont recueilli, en marge de leur travail en général dédié au patient, des éléments concordants quant aux apports personnels de l'utilisation de l'hypnose par les médecins, aussi bien en ce qui concerne la créativité (13), (25), (26), que l'épanouissement personnel (25) ou la communication (13), (27). Notre travail élargit ce constat à l'ensemble des soignants et pas seulement aux médecins.

Epanouissement personnel

L'hypnose, c'est "un art de vivre" disait Roustang (4).

La pratique professionnelle de l'hypnose est indissociable de son impact sur la vie personnelle du soignant en ce qu'elle lui permet d'exprimer ses propres émotions et sensations, et de se sentir confortable dans ses ressentis, comme il le propose au patient. Le soignant accède ainsi à une meilleure connaissance de lui-même.

Il est d'ailleurs logique que l'épanouissement personnel des soignants aille dans le sens d'une meilleure efficacité professionnelle et thérapeutique... et inversement.

Comme le décrit A.S. Nyssen.(28), l'usage de l'hypnose retentit largement au-delà du patient, et les facettes en sont multiples : "C'est à ce patient inquiet, chosifié et souffrant, et à ce médecin stressé, enfermé dans sa rationalité-carapace que s'adresse l'exercice de l'hypnose (...). Son but est l'ouverture : ouverture au relationnel, à l'expérience, à l'empathie, à la communication, à l'impalpable, à l'inconnu, à la créativité dans l'échange".

Prendre soin de soi

Les participants l'ont dit, pratiquer l'hypnose médicale, c'est aussi prendre soin de soi. Cela rejoint le concept d'écothérapie cher à JM Benhaïem(2), c'est-à-dire de thérapie écologique, avec l'importance qu'il donne à la "*présence au monde*" et toute la considération qu'il porte à l'individu dans son ensemble, sans dissocier le psychique du somatique.

On peut même envisager l'application de l'outil à soi-même comme mentionné par plusieurs participants et retrouvé dans la littérature comme dans la thèse de P.E. Bigotte(25) ou le mémoire de l'urgentiste L. Guillou-Le Gouguec "*lors de mes gardes, je souhaitais mettre en place une séance d'autohypnose pour me ressourcer*"(23).

A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau soulignent que l'usage de l'auto-hypnose pour les soignants est utile dans "la lutte contre le stress [en prévention et en adaptation] en particulier lié à la confrontation à la souffrance [notamment en oncologie], au manque de reconnaissance, et à la surcharge de travail" (29).

Confiance en soi

Le sentiment d'efficacité personnelle peut être considéré comme "*une attitude de confiance en son pouvoir d'achever avec succès une tâche, qu'elle soit de nature instrumentale ou interpersonnelle*" (20).

Pour A. Bandura, l'un des chefs de file du courant de la psychologie sociale en Amérique du Nord et à l'origine de la théorie sociale cognitive, "*le système de croyances qui forme le sentiment d'efficacité personnelle est le fondement de la motivation et de l'action et, partant, des réalisations et du bien-être humains*"(30). Dans cet ouvrage conséquent, l'auteur défend notamment que le

sentiment d'efficacité est un facteur influent du parcours professionnel. Les entretiens menés dans le cadre de ce travail de thèse ont souligné combien l'expérience aboutie de l'acte hypnotique entraînait la satisfaction d'avoir non seulement osé mais réussi, avec sous-jacente la notion de renforcement positif de l'expérience. Au-delà de cette réussite-là, et grâce à la confiance en soi, ce sont d'autres réalisations personnelles et professionnelles ultérieures qui sont donc potentialisées.

Emotion

Le mot émotion est revenu dans la quasi-totalité des entretiens. La racine latine du mot "émotion" est "motio" : le mouvement. C'est en effet un élément indispensable à l'hypnose qui vise à remettre du mouvement dans des situations de blocage symptomatiques.

Dans *Hypnose médicale en situation difficile*(24) F. Garden-Brèche et S. Desanneaux-Guillou insistent : il faut " autoriser l'expression et le ressenti des émotions, laisser libre court (...) à cette déferlante intérieure cathartique et libératrice : oser et accepter les émotions, du patient comme du thérapeute, les vivre et les partager" car "les émotions sont l'essence même [des] techniques hypnotiques".

A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau rappellent que "l'émotion oriente la perception, prépare l'action, joue dans la prise de décision (...)". Mais ils précisent aussi que c'est "un bon serviteur et mauvais maître : l'hypnose permet de la mettre à distance"(31).

L'émotion sert l'hypnose et l'hypnose sert les émotions.

Créativité

C. Virot et F. Bernard écrivent que "la réalité est beaucoup plus vaste que ce que nos capteurs en perçoivent" et insistent sur le fait que "la réalité du patient lui est propre" et consiste en une triple réalité à aborder et accepter par le soignant : une réalité à la fois "extérieure, intérieure et l'imaginaire" (32). Face à cette immensité, la créativité devient indispensable.

Pour J.A. Malarewicz (33) s'inspirant des travaux de M. Erickson, à propos de l'intuition et de la créativité : "leur place est cruciale ...[car] chaque être humain est unique et chaque thérapie doit être également unique". Selon cet auteur, d'ailleurs, du fait d'une transe partagée, "tout se passe comme si la créativité du thérapeute se mobilise sans qu'il ait besoin de se forcer". Il ajoute : "l'activité créatrice (...) semble être contemporaine d'un processus de dissociation entre une activité spontanée (l'idée qui surgit), involontaire et insoumise au double lien de la spontanéité requise, et une vigilance de chaque instant qui "recueille" l'idée en tant que telle. Il ne suffit pas d'avoir de bonnes idées, il faut également s'en apercevoir !"

De l'enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de 2008, *Voyage au centre de vos pratiques* (34), il ressort qu'"il existe une aspiration de tous les médecins à exercer la médecine de manière scientifique tout autant qu'artistique".

J.M. Hérin dans *Hypnose et acupuncture en anesthésie* fait le parallèle entre "processus thérapeutique" et "processus créatif"(35) et P. Bellet dit de l'hypnose qu'"il y a quelque chose de l'ordre de l'art dans cette approche (...) dont quelques traits suffisent pour "toucher" son public (...) condense une quantité d'informations en une forme simple avec une intensité émotionnelle que favorise sa mémorisation"(36)

A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau citent F. Roustang "il suffit d'un geste" et complètent "dans le vide qui permet au thérapeute de commencer une danse dont les figures ne sont pas prescrites. Le thérapeute accepte de ne pas savoir et d'écouter le patient" (29).

Communication

La communication est au centre des relations, entre collaborateurs comme avec le patient. Or, que ce soit en libéral ou en milieu hospitalier, les soignants passent de plus en plus de temps derrière leur ordinateur.

A.S. Nyssen.(28) interpelle : "On estime que 70 à 80% des plaintes et des poursuites judiciaires en matière médicale sont liées à des problèmes de communication et de relation entre le médecin et le patient. Ces difficultés de communication manifestent leurs conséquences à la fois chez les patients et chez le personnel soignant, qui ne sort pas indemne de ces contentieux." "En 1996, la communication est explicitement reconnue par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada comme une des sept compétences essentielles que doivent maîtriser les médecins".

La communication apparaît aussi au centre de la "Marguerite des compétences" figurant les 5 grands domaines caractérisant le professionnalisme des médecins mis en place par le CNGE(37) et enseigné dès la formation initiale des médecins généralistes. C'est une compétence à la fois centrale et transversale à toutes les autres, indissociable de la relation et de l'approche centrée patient.

3- Apports professionnels

J.A. Malarewicz propose dès l'entrée de son ouvrage *Cours d'hypnose clinique* (22) que le praticien puisse avec l'hypnose mieux répondre aux questions suivantes :

"- comment puis-je avoir à la fois un abord corporel et psychique d'un symptôme?

- comment être moi-même mon meilleur outil thérapeutique?

- comment puis-je progresser en tant que thérapeute?

- comment puis-je être inventif en thérapie?"

Ces facettes sont toutes directement adressées par les participants à cette étude lorsqu'ils parlent de l'outil hypnose, de l'approche globale, de l'acquisition de nouvelles aptitudes et de la créativité.

Outil pour soigner le patient

L'efficacité de l'hypnose en termes de résultats a fait l'objet de nombreuses études et analyses aux conclusions positives.

Mais au-delà des succès objectifs, il est des dimensions propres à cet outil. M. Galy décrit l'hypnose comme un outil adapté à l'époque : c'est une *"approche complémentaire (...) simple, sans artifice, dépouillée (...) sur mesure"* et il la replace dans le contexte actuel où règne *"le concept du "MINI" (miniinvasif, diminution de la durée d'hospitalisation, diminution des médicaments) : médecine rapide, moderne, technique où l'hypnose a sa place"* (38).

De plus, comme le précisent A. Bioy et P. H. Keller, l'hypnose "est une technique s'articulant fort bien avec la forme des soins... mais aussi avec l'idéologie sous-jacente (primum non nocere)" (1).

Confort pour le soignant

Dans *L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante* (39), O. Bertholet et al. mettent en évidence les bénéfices de la pratique de l'hypnose pour l'ensemble de l'équipe médicale et en particulier l'impact sur le stress qui peut être invalidant voire le burn-out qui en découle parfois, notamment dans des structures de soins aigus à forte charge émotionnelle. Ils soulignent que l'hypnose conduit à "la réduction indirecte du stress de toute l'équipe soignante".

Dans *A better patient experience through a better communication*(40), E. Lang dit de l'hypnose qu'elle est menée "more efficiently, more safely and more comfortably for both patients and providers".

Epanouissement professionnel et plaisir

E. Lang souligne qu'au travers une nouvelle manière de communiquer, l'hypnose améliore, outre la satisfaction patient, " their own job satisfaction as well"(40).

Valorisation

Cet aspect de valorisation est bien décrit dans plusieurs thèses : " La pratique de l'hypnose permet de valoriser le travail du soignant " (13), " Elle a renforcé la confiance en soi des médecins qui avaient ainsi le sentiment d'être utiles et d'aider leurs patients... la pratique de l'hypnose est valorisante pour les médecins" (41).

P. Bellet décrit l'hypnose comme "une extension du champ de pensée [qui] se concrétise par une augmentation des compétences [avec] un cadre officiel de reconnaissance" (36).

Nouvelles aptitudes

Pour M. Galy (38) : l'hypnose se révèle être un véritable "moteur de la performance". De même, parmi les motivations à se former à l'hypnose, on retrouve bien dans la littérature, notamment dans l'article de Meyerson et al. *What motivates professionals to learn and use hypnosis in clinical practice?* (42), l'augmentation de la performance professionnelle.

Ce travail a permis de montrer combien l'usage de l'hypnose constituait un outil supplémentaire à part entière, mais il a bien été précisé par plusieurs participants que du fait de sa puissance, il doit rester un outil utilisé dans le champ de compétence de chaque soignant. Et même ce faisant, "L'idée d'une hypnose sans risque, toujours bénéfique, en particulier parce qu'elle serait maniée par des médecins professionnels, relève de la naïveté" selon F. Roustang (5).

"L'hypnose est un "outil" qui change celui qui le manie" (36).

4- Apports à la relation soignant-patient

"L'hypnose est un processus de relation" (36). Et dans l'étude des relations entre personnes, on se doit de citer le mouvement de l'école Palo Alto fondé en Californie au début des années cinquante par Bateson (école qui s'est d'ailleurs dès le départ intéressée à l'hypnose). Sa devise est "il est impossible de ne pas communiquer" et elle a notamment travaillé sur la communication interindividuelle et la pensée systémique. Cette école est à l'origine des thérapies systémiques et de "la notion de système : il faut considérer l'individu dans son environnement, avec les relations qu'il y entretient". Ce sont des visions novatrices où le thérapeute est inclus dans le système patient-thérapeute et dans les résultats obtenus.

L. Chertok le dit clairement dans *L'énigme de la relation au cœur de la médecine* (3) "la rencontre médecin-malade devient un facteur thérapeutique de premier ordre". Il ajoute même, dans cet ouvrage, que "le médecin apprend à "se prescrire lui-même"...". Pour Chertok, lors de l'hypnose, "la "déprivation sensorielle" provoque une ouverture affective, fait émerger un potentiel relationnel (...) le sujet en état d'hypnose (...) rétablissant son homéostasie affective en s'en remettant [à l'hypnotiseur]". Balint emploie le terme de "médicament-médecin".

Lâcher prise et changement de position

Le lâcher-prise est très bien décrit par F. Roustang (5), le vocabulaire qu'il emploie à cette fin est riche, nuancé : "non-souci, négligence, nonchalance, désœuvrement, (...) dé-préoccupation (...) désapprentissage (...) tout ce qui est l'objet de nos intentions et de nos vœux doit être mis en

suspens". C'est à ce prix explique-t-il que "nous serons à même de connaître la profusion des possibles (...) la mobilité". "Le thérapeute en est réduit à laisser faire le patient ou à laisser se faire le travail au sein du monde du patient (...) Par son impuissance, [le thérapeute] va s'ouvrir, bien au-delà des multiples composantes de la cure, à tout ce dont est tissé l'univers du patient".

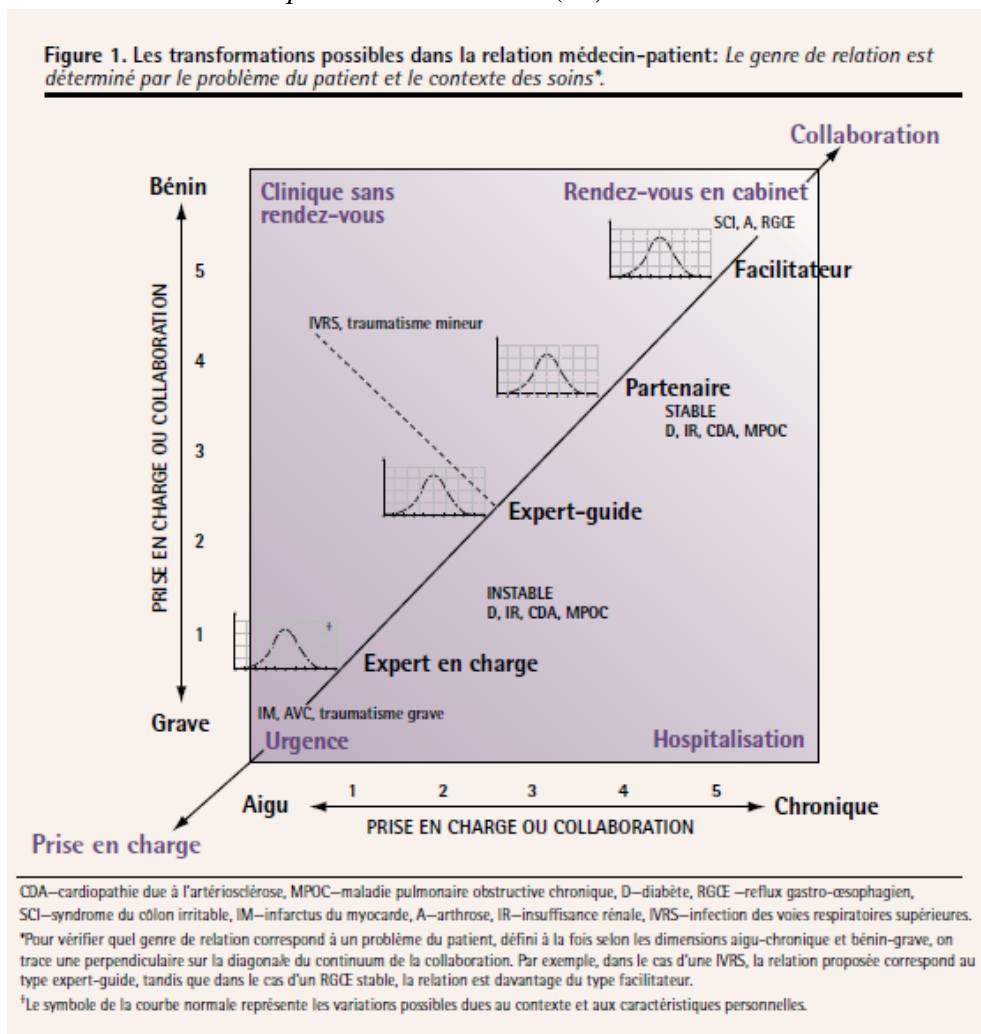
P. Bellet, lui, dit de l'hypnose que c'est "cette façon de se mettre à l'écart, de se dissocier qui implique une suspension du jugement (...) pour qu'un espace nouveau s'ouvre... et entraîne des résultats rapides en matière de déblocage de situations difficiles tant du point de vue diagnostique que thérapeutique" (36).

Depuis quelques décennies, l'encadrement déontologique comme législatif sont devenus explicites, avec notamment les lois dites de « *bioéthique* » de juillet 1994 inscrivant le consentement du patient à tout acte médical comme principe légal et surtout la loi Kouchner du 4 mars 2002. La relation médecin-malade a clairement évolué d'un modèle dit "paternaliste" (médecin omnipotent, possesseur du savoir légitimé par la science et la technique) laissant peu de place au contrôle exercé par le patient, à un modèle de patient plus autonome, à qui l'information doit être délivrée pour lui permettre d'effectuer des choix libres, éclairés et personnels (43), (44), (45).

On notera cependant que certains, comme M. T. Lussier et C. Richard, militent en faveur d'une "modulation de la relation médecin-patient plutôt que d'une relation unique, théoriquement ou idéologiquement convenable à toutes les situations [tout en restant] centrée sur le patient" (45) : "Nous suggérons, en fonction de la nature du problème [aigu ou chronique] et de son degré de gravité, 4 types de relations dans lesquelles le médecin et le patient peuvent s'engager, et dans lesquelles le rôle du médecin varie : expert en charge, expert-guide, partenaire ou facilitateur." On retrouve ces notions regroupées sur le schéma synthétique suivant :

les transformations possibles dans la relation médecin-patient

Extrait de *En l'absence de panacée universelle* (45) de M.T. Lussier M-T et C. Richard



Par ailleurs, le patient accède également plus facilement maintenant à l'information, au partage des données et à la traçabilité par les technologies (notamment Internet). Comme l'évoque D. Truchot, "les soins médicaux sont de plus en plus perçus comme une commodité et, parallèlement, la relation avec le patient est passée d'une relation de confiance à une relation contractuelle"(46) : le patient fait de plus en plus fréquemment valoir ses droits d'un point de vue juridique. Mais tout ceci ne présage néanmoins pas automatiquement de la qualité de la relation médecin-malade et de l'alliance thérapeutique qui devrait en découler.

De façon plus spécifique au domaine de l'hypnose, la position du thérapeute est basse comme évoqué par les participants comme par l'ensemble des ouvrages traitant de l'hypnose médicale. Le thérapeute est qualifié de *guide bienveillant*(5). Plusieurs thèses récentes confirment des résultats similaires à ceux de notre travail quant à la modification de l'approche patient, le changement de position vers un niveau plus bas, une autonomisation et une meilleure écoute du patient et une prise de recul (13), (47), (48), (25), (27).

De nombreux ouvrages font référence à cette position particulière du soignant dans l'acte hypnotique comme le très complet *Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions* d'A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau (31). Ils évoquent combien la "relation centrée sur le patient en mouvement (...) sollicite l'humilité du thérapeute, l'acceptation de la non-maîtrise" et qu'il faut "rester garant du cadre et du fil conducteur du travail derrière une apparente position basse". Pour ces auteurs, "l'état hypnotique repose sur la capacité d'ouverture à l'autre (...), la synchronisation (...) l'ajustement corporel et psychique"(31).

J. C. Lléu le décrit bien aussi : "il s'agit de changer de stratégie en refusant le jeu de rôle classique médecin-patient. Il faut descendre de son piédestal, accepter une vraie rencontre et laisser le patient se dépouiller de son costume de malade afin de le rejoindre dans son imaginaire" (4)

Humanité

La relation praticien-patient, c'est aussi et avant tout une histoire d'humanité.

Ce terme, très employé par les participants à notre étude, l'est aussi par Patrick Bellet jusque dans le titre de *Hypnose pour réhumaniser le soin* (36) où l'auteur évoque "une situation où l'humanité des patients et des soignants tend à disparaître avec, pour aboutissement, un surmenage des professionnels" . Il ajoute encore que "l'humanisation des soins (...) est un retour aux sources de [son] engagement dans ce métier [de soignant]".

M. Galy montre aussi la difficulté de "replacer la relation humaine dans un environnement informatisé virtuel et quelque fois déshumanisé"(38). Selon lui, "la relation soignant-soigné est le socle du contrat thérapeutique (...) l'informatique change la communication (...) entre professionnels (...) avec le soigné", les notions de "rapidité", de "manque de temps", de "poly-intervenants" poussent à trouver un "compromis numérique-praticien-patient". Il insiste sur le nécessaire "resserrement du colloque singulier médecin/patient (...) gagnant/gagnant"(38).

Comme l'écrivent A. Bioy, I. Célestin-Lhopiteau et C. Wood "l'hypnose n'a pas pour vocation première d'être une approche symptomatique et ponctuelle comme on ferait usage d'un médicament"(49). L'hypnose est un tout qui engage la relation soignant-patient dans sa dimension humaine et affective. La notion d'efficacité ne se limite d'ailleurs pas au seul point de vue médical.

Dans *Hypnose en soins palliatifs* (50) on retrouve ce témoignage : "L'hypnose est aussi une grande aide pour le thérapeute voire un cadeau. En partageant des instants par le regard et la parole, mais aussi par le silence avec la personne qui s'en va, le thérapeute reçoit des legs de vie dont il est dépositaire et qu'il peut transmettre à son tour dans une relation d'humain à humain".

Ecoute du patient

Dans *Alliance thérapeutique et métaphorisation en hypnothérapie*, S. Ouddak s'intéresse à la particularité de l'écoute en hypnose : "une écoute beaucoup plus large, être disponible à ce qui se dit, (...) ressent(...) ce qui surgit de l'inattendu de la rencontre avec le patient" (18).

Carl Rogers parle d'"écoute positive inconditionnelle" c'est-à-dire sans a priori ni jugement et P. Bellet d'"une communication choisie, personnalisée, humanisée" (36).

Autonomie du patient

C. Virot et F. Bernard le rappellent : "de plus en plus les patients veulent être acteurs du soin, demandent de l'information, veulent avoir des choix (...) veulent une prise en charge individualisée respectant leur personnalité"(32). Ils insistent sur l'un des fondements de l'hypnose médicale à savoir que le patient "garde le contrôle" (par exemple sur la roulette du dentiste, au travers d'un mouvement de signalement sur lequel patient et soignant se mettent d'accord en amont du soin).

D. Michaux insiste sur le patient comme "acteur principal", devant rester "dans une position active, encouragé, en sécurité, par l'hypnothérapeute" (51).

Dans *Hypnose en soins palliatifs*, on retrouve l'idée que "L'hypnose peut permettre [au patient] de prendre le recul nécessaire (...) de garder un rôle actif vis-à-vis des soignants, comme de sa famille et de son entourage. L'exercice de l'auto-hypnose rend le patient davantage autonome lui conférant un sentiment de contrôle et de liberté" (50). Cette notion d'autonomie a particulièrement sa place en soins palliatifs, où pourtant les perspectives semblent limitées. Mais ce travail montre que le sentiment de contrôle donné par l'hypnose permet au patient "[d'accéder] ainsi à un espace de liberté de pensée et d'action".

A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau mentionnent, parmi les bénéfices de l'auto-hypnose : "redonner du contrôle (...) faciliter les apprentissages (par exemple la détente ressentie accentue les capacités d'attention) (...) permettre un meilleur contact avec sa vie interne principalement émotionnelle et de ce fait améliorer l'estime de soi et le sentiment de contrôle". (29)

A.S. Nyssen écrit : "L'intérêt majeur de l'exercice de l'hypnose en milieu hospitalier réside dans son approche de la relation patient-médecin basée sur la communication et sur le sentiment de contrôle qui en découle pour le patient." Mais "ce qui fait le charme et l'efficacité de la pratique de l'hypnose dans le domaine des soins en constitue peut-être la difficulté principale pour sa propagation au sein du système de santé. En redistribuant le pouvoir, l'approche hypnotique peut attiser des frustrations, des résistances." (28)

Approche globale et alliance thérapeutique

Cette approche globale est également primordiale pour J.M. Hérin qui souligne "la réticence des soignants de la filière somatique conventionnelle et occidentale, scientifique" à "combiner santé somatique et bien-être"(35).

Pourtant depuis les années cinquante, G. L. Engel travaillait sur un nouveau modèle biopsychosocial qu'il formule de manière aboutie en 1977, avec "les 7 principes du nouveau paradigme médical"(52). On y retrouve "Les variables psychosociales sont des déterminants plus importants de la prédisposition, de la sévérité et de l'évolution de la maladie que ne le pensaient les défenseurs du point de vue biomédical de la maladie. L'efficacité de la plupart des traitements biologiques est influencée par des facteurs psychosociaux, par exemple l'effet dit « placebo ». La relation médecin-malade influence l'issue médicale, même si c'est seulement en jouant sur l'adhésion au traitement."

L'hypnose s'appuie sur les aptitudes et attitudes de base caractéristiques d'une bonne alliance thérapeutique comme le détaillent Olivier Chambon-Michel et Marie Cardine dans *Les bases de la psychothérapie* (20) à savoir des aptitudes d'attention, d'observation, de relance et des attitudes d'écoute, d'empathie et une attitude rogerienne (compréhension empathique du patient, considération positive inconditionnelle, authenticité du thérapeute). C'est sur ces bases que peut se construire l'alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est aussi au cœur de la marguerite des compétences citée plus haut et enseignées aux futurs médecins généralistes (37).

A. Moreau a également montré dans son travail sur l'approche centrée patient (53) que cette alliance thérapeutique, essentielle, fonctionne d'autant mieux que ce qui est VRAI pour le patient l'est aussi pour le soignant (VRAI étant l'acronyme de "Vécu, Représentations, Attentes, Important"). Il faut arriver à mettre en cohérence les 2 visions, celle du patient et celle du soignant.

5- Caractéristiques propres à l'exercice de l'hypnose en équipe

Tous concernés dans un service - un travail d'équipe amélioré

Passer au-delà des fonctions et des territoires, en inscrivant le soin apporté au patient comme objectif commun est gage de résultat. C'est bien le raisonnement fait dans de plus en plus d'entreprises où chaque collaborateur est impliqué pour ne pas dire objectif (rémunération en dépendant) sur le résultat final, et ce, quelle que soit sa contribution, forcément parcellaire, à ce résultat. D'une certaine façon, introduire une pratique commune (l'hypnose) dans un service, permet de mettre en perspective également l'objectif commun. Vis-à-vis du patient, la prestation n'en est que meilleure.

A.S. Nyssen le résume bien : "en somme, la pratique de l'hypnose ne peut pas reposer sur une méconnaissance de l'autre, sur des préjugés, sur des croyances, elle repose au contraire sur un processus relationnel et une capacité d'influence de celui qui la pratique liée à sa compétence pour accompagner le patient mais aussi ses collègues et l'institution toute entière vers l'établissement d'une relation de collaboration." (28).

Une façon différente de travailler

Comme le décrit J. C. Lleu dans *Hypnose en anesthésie : des origines à nos jours?* (4) "Le développement de l'hypnose dans notre bloc opératoire a entraîné des changements d'habitude, le personnel faisant de plus en plus attention à l'environnement sonore et respectant le calme et la sérénité nécessaire dans les propos les plus courants tenus à proximité des patients. C'est toute la communication des équipes soignantes qui, faisant tâche d'huile au contact des anesthésistes, a été profondément modifiée pour un plus grand confort émotionnel de nos patients".

Des difficultés en équipe pluridisciplinaire

A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau soulignent que "[la pratique de l'hypnose] est (...) dépendante d'un environnement et de la façon dont les collègues vont s'intégrer au dispositif permettant à l'hypnose de se déployer" et que "l'hypnose est donc bien une approche pertinente, humaine, précautionneuse de l'autre en souffrance, et idéalement mise en place de façon collégiale" (29).

J. C. Lleu insiste aussi sur "la difficulté à initier ce type de pratique de façon isolée dans un environnement hostile" et précise qu'"il est toujours préférable d'en faire un objectif commun à l'équipe (...) l'important [étant] d'obtenir au minimum une bienveillante neutralité des autres soignants" (4).

6- Outil de management

Force d'innovation

M. Galy (38) le précise : "Le changement de dialogue généré par l'hypnose implique l'évolution des zones d'accueil, des circuits organisationnels et architecturaux des structures de soins". L'arrivée de l'hypnose dans un service induit des modifications.

Dans *Management et Leadership* (54), C. Dejoux décrit le concept des routines qui font barrage à l'innovation (théorie de l'apprentissage organisationnel) et analyse le concept du "manager agile (...) qui décroïsonne (...) crée de la collaboration (...) laissant une très grande part d'autonomie fondée sur la confiance et assurant une réelle équité [des tâches]". Autant de concepts venant de l'organisation du travail et pourtant familiers à l'hypnose.

Voici, en illustration, quelques photographies de réalisations issues d'innovations concrètes proposées par le personnel formé à l'hypnose dans un centre hospitalier universitaire.



Les dalles de plafond

Les écrans vidéo dans les salles de suture ou de réduction de fracture



Le contenu du "sac magique" : marionnettes, bulles de savon, plumes, images colorées ... chaque objet est support potentiel à induction hypnotique

Management et dynamique d'équipe

Bien que non anticipé à l'amorce de notre travail, il est rapidement apparu lors des échanges avec les praticiens que l'usage de cette pratique dans les structures de travail collectif pouvait constituer un véritable levier managérial et organisationnel.

P. Bellet, en évoquant l'instauration de l'usage de l'hypnose dans une équipe, parle du "bénéfice réciproque d'une meilleure relation entre professionnels qui peut s'étendre jusqu'à un projet d'établissement" (36).

Dans *Management et Leadership* (54), C. Dejoux rappelle les 4 verbes d'action qui qualifient les bases du management : "planifier, décider, motiver, gérer les talents" et décrit les évolutions nécessaires et récentes des pratiques managériales notamment "la valorisation de l'expérimentation (droit à l'erreur, encouragement de l'initiative)" et "création de valeur collaborative (toutes les parties prenantes)" ce qu'on retrouve parfaitement avec l'introduction de la pratique de l'hypnose dans une équipe. Concernant le leadership, elle rappelle qu'on est passé d'une conception "focalisée sur l'individu et son pouvoir d'influence" à un "leader aux capacités émotionnelles et spirituelles fondé sur le collaboratif", concepts spontanément énoncés par les participants pratiquant l'hypnose !

On retrouve en écho les notions managériales défendues par Hervé Sérieyx dans *Ce que je crois* (55), l'un de ses ouvrages phare sur les clés du management et sur la nécessaire mobilisation de l'intelligence individuelle ET collective au sein des structures de production dont les structures de soin ne peuvent faire l'impasse. Comme tout outil, il est nécessaire qu'il y ait appropriation par chacun, et que du sens y soit trouvé, c'est ainsi que les résultats peuvent arriver. "Le sens n'est un outil de management que si chacun peut retrouver dans le sens collectif un peu de ce qu'il recherche lui-même (...) on peut mettre en place les outils de management et les progiciels les plus sophistiqués, si les femmes et les hommes de l'entreprise n'ont pas envie de se les approprier, de s'en servir, de jouer le jeu, l'efficacité collective sera dérisoire".

Dans *Le zéro mépris* (56), H Sérieyx montre combien la prise en compte de chaque contributeur de manière individualisée et respectueuse est fondamentale à une bonne performance de service. Il a ce slogan "zéro défaut, zéro panne, zéro stock, zéro délai, zéro gâchis... tous ces impératifs de la qualité produisent du *zéro performance* si l'on oublie ce qui leur permet d'être efficaces, le **ZERO MEPRIS**".

Enfin, on rappellera son "*aggiornamento* du comportement des managers" qui résonne étrangement avec les propres termes employés par les contributeurs à cette étude sur l'hypnose : "12 idées ... pour soi (équilibre, exemplarité, éthique), ...pour son équipe (enthousiasme, ensemble, étoile)... pour l'action (éveil, endurance, évaluation) ..." (55). Dans "équilibre", il entend le nécessaire équilibre de son "portefeuille d'activité salariée, domestique, bénévole, éducative, de loisir, de

santé" (notion du management de soi-même), dans "exemplarité", c'est "l'engagement visible, repérable, quasi-physique", pour l'enthousiasme, il montre comment "par son propre enthousiasme, on amorce l'enthousiasme des autres et on amorce la dynamique qui trouve sa propre autonomie". Dans "ensemble" il souligne qu'à l'époque des réseaux, il n'est plus envisageable de ne pas savoir faire travailler les collaborateurs ensemble, "l'étoile" résume ce qui conduit à dépasser les dissemblances (l'exigence esthétique, éthique, voire l'utopie). Enfin dans "l'endurance" il fait référence à "cette aptitude à transformer un échec en expérience pour pouvoir mieux poursuivre sa route vers l'objectif qu'on s'est donné"). Il a cette analogie au théorème d'Archimède qui pourrait s'appliquer à notre sujet : "toute idée neuve plongée dans une société reçoit de celle-ci une poussée verticale inverse égale à la masse de son conservatisme".

Dans *Management et Leadership* (54), C. Dejoux indique dans son chapitre sur la motivation au travail qu'il s'agit d'un "processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus". La motivation est d'une part "intrinsèque (forces internes de l'individu)" d'autre part "extrinsèque (en lien avec son environnement social)". Au-delà de bien d'autres leviers (notamment financier ou d'intérêt au travail), la motivation est un véritable outil de performance. Or c'est "le cœur de métier du manager" et "pour motiver les autres, il faut se connaître soi-même et comprendre ce qui nous motive. Ensuite, chacun obéit à des facteurs de motivation et d'insatisfaction. Il est important de les déceler et de s'y adapter".

H. Sérieyx évoquait encore tout récemment en conférence ce qu'il considère comme les 10 clés du management par la confiance auxquelles on peut mettre en miroir l'usage de l'hypnose dans les services (dans les parenthèses ci-dessous) :

- **Cap.** C'est quoi ce qu'on essaye de faire cette année? (Introduire un outil commun, l'hypnose, dans un service donne un sens)
- **Cohérence.** Entre ce que l'on dit et ce que l'on fait. (l'hypnose pratiquée par tous les échelons)
- **Coopération.** Connaître son métier et celui des autres pour optimiser les interactions (pas de pratique d'hypnose en équipe sans cette condition, on l'a vu dans les témoignages)
- **Compétence.** Ne jamais tolérer que quelqu'un maîtrise totalement son poste, ce qui entraînerait routine, fatalement baisse de qualité et enfin accident (l'hypnose introduit un renouveau permanent)
- **Communication.** Bill Gates consacre une demi-journée par semaine à aller au contact de personnes qui travaillent pour lui (l'hypnose place la communication au centre de son utilisation)

- **Convivialité.** Ça ne fait jamais de mal (l'hypnose apporte bien-être et confort, un regard apaisé sur l'autre, y compris ses collaborateurs)
- **Créativité.** Parce que vos collaborateurs aussi ont des idées (l'hypnose est source de créativité permanente, tout le monde peut y contribuer)
- **Contrat social.** Faire respecter très vite les règles du jeu (l'hypnose en équipe suppose le respect du travail des autres)
- **Changement.** Expliquer que « si on ne le fait pas, on va crever » et « ce que chacun va y gagner » (l'hypnose un outil de changement dans un monde mouvant y compris dans les structures médicales)
- **Courage.** De se planter, de faire confiance et d'être trahi (l'hypnose, il faut oser)

C. Dejoux aborde la notion de "talent" indissociable du management en ce que le manager doit savoir les développer en encourageant et en donnant la possibilité aux collaborateurs de devenir "exceptionnels"(54).

7- Perspectives

Tant pour son efficacité sur les plans personnel, professionnel et relation soignant-patient qu'en tant que levier managérial dans un service, la formation et l'utilisation de l'hypnose constituent des pistes de progrès indéniables dont les effets pourraient être étudiés plus avant notamment selon les perspectives qui suivent.

Réhumaniser les soins

L'humanité est un terme présent dès le serment d'Hippocrate (qui évoque "les lois de l'humanité").

Parler de l'hypnose, c'est toujours parler du patient au centre de l'acte thérapeutique mais c'est aussi toujours parler du thérapeute qui n'est plus seulement l'hypertechnicien mais aussi tout simplement (quoique...) un humain.

M. Galy parle d'une "réinitialisation sensorielle" qui permet de contrebalancer l'"effraction électronique" (38) que subissent les soignants de manière constante et croissante. En effet, et paradoxalement, alors que choisir un métier de soignant, c'est choisir la relation humaine et la communication, les contingences administratives et de traçabilité ainsi que la charge de travail amènent à passer de plus en plus de temps devant un écran.

Il est donc temps pour le patient comme pour le soignant, de redonner place à la dimension humaine pour en mesurer toute l'efficacité.

Protection contre l'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel est maintenant bien décrit et reconnu. Les soignants sont en première ligne du fait d'une charge émotionnelle intense et d'une exigence de disponibilité particulièrement élevée, mais aussi de temps de repos faibles et d'une vie personnelle souvent envahie par la vie professionnelle, ce qui limite d'autant les éléments stabilisateurs du stress professionnel. Cela conduit à une perte d'estime de soi et de son auto-efficacité, à des conduites addictives, et pour finir à une prise en charge de moindre qualité pour les patients.

Dans *Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire* (46), D.Truchot montre que, confirmant de précédentes études, les médecins généralistes sont particulièrement exposés au burn-out. C'est en particulier le cas lors de relations difficiles avec le patient, et lorsque leur orientation communautaire est peu élevée. Dans son article, l'"orientation communautaire" signifie " recevoir et donner de l'aide non pas en fonction de considérations d'échange, ou de réciprocité, mais en réponse aux besoins des autres et à cause de l'inquiétude qu'ils ressentent vis-à-vis d'eux". Les résultats de son étude montrent que l'orientation communautaire a en soi un effet modérateur sur le burn-out des médecins généralistes.

Plusieurs thèses évoquent la protection qu'apporte la maîtrise et la pratique de l'hypnose pour les soignants eux-mêmes (13), (26). Comme déjà évoqué, dans *L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante* (39), O. Bertholet et al. mettent en évidence les bénéfices de la pratique de l'hypnose pour l'ensemble de l'équipe médicale et en particulier l'impact sur le stress qui peut être invalidant voire le burn-out qui en découle parfois, notamment dans des structures de soins aigus à forte charge émotionnelle. Ils soulignent que l'hypnose conduit à "la réduction indirecte du stress de toute l'équipe soignante".

De même, l'étude URML *Voyage au centre de vos pratiques* (34) sur les médecins franciliens indique que "le désir de singularité [en l'occurrence notamment par l'usage d'une "médecine à orientation particulière" comme l'acupuncture, l'ostéopathie... serait] un remède essentiel pour lutter contre l'épuisement professionnel et la démotivation".

A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau précisent que "hypnose et auto-hypnose [permettent] d'apprendre à utiliser des [stratégies de coping] plus adaptées à la situation [de stress] (...) et à traverser les émotions sans les juger, sans les entretenir". Ainsi, "l'hypnose invite le patient comme le soignant à cultiver une attitude : au coeur des difficultés que nous rencontrons dans l'existence, il est possible de trouver une joie intérieure qui est indépendante des circonstances et de prendre appui sur elle pour rester debout (...) Conquérir un meilleur rapport à soi-même et au monde sans déni de nos peines mais dans le rapport qu'on va modifier vis-à-vis de nos peines" (27).

Dans *L'hypnose pour réhumaniser le soin* (36), le Docteur Patrick Bellet qualifie l'auto-hypnose d'"outil de gestion du stress pour les professionnels [de santé]" lorsqu'il en évoque l'enseignement aux agents d'une EHPAD de la Drome depuis 2012 pour prévenir le burn-out

Lors du 6e congrès organisé par le cabinet EMERGENCES "Hypnose & Douleur" de Saint-Malo en 2016, l'une des conférences portait sur l'"Impact de la communication thérapeutique issue de l'hypnose sur la santé mentale du soignant, effet modérateur du burn-out" par L. Adjadj. Une autre conférence du même congrès s'intitulait "prévention du burn-out" par C. Virot et montrait comment la pratique de l'hypnose contribue "à améliorer la qualité de vie des praticiens, de leur famille..." et "l'intérêt majeur de l'auto-hypnose".

Lutter contre le burn-out des soignants passe bien sûr par en limiter les causes mais on pressent que l'hypnose peut en être un excellent régulateur.

Formation initiale

Plusieurs travaux de thèse évoquent la nécessité d'inclure a minima une sensibilisation à la communication voir une formation à des techniques d'hypnose dès les cursus initiaux de formation médicale (13), (47). Dans la thèse *Sensibilisation à l'hypnose médicale et communication thérapeutique* (47) A. Solignac montre que "les formations semblent plus efficaces sur les éléments de communication verbale chez les plus jeunes et non verbale chez les plus âgés" et qu'il y a un "intérêt à les débiter dès le cursus initial (l'externat)" en ce qui concerne les études de médecine.

L'étude URML *Voyage au centre de vos pratiques* (34) sur les médecins franciliens souligne que "la formation des médecins, initiale mais aussi post universitaire et médiatique (...) leur enjoint de n'exercer que la dimension scientifique", limitant ainsi les ressources des soignants vis-à-vis de l'épuisement professionnel.

Depuis quelques années, l'enseignement de l'hypnose dans les prises en charge odontologiques a été introduit à la Faculté d'odontologie de Lyon avec un grand succès auprès des auditeurs. Mais il s'agit d'un cours de quelques heures seulement, en dernière année d'enseignement, et cela s'est fait non sans difficulté comme en témoigne le chirurgien-dentiste en charge de ce cours.

En 2016, les facultés de médecine de Lyon Est et Lyon Sud ont instauré un module ('optionnel de soixante heures) intitulé "Hypnose" pour les étudiants en médecine, les sages-femmes et les dentistes. Les objectifs principaux sont l'acquisition de connaissances sur l'hypnose et l'établissement d'une relation bénéfique avec le patient. En objectifs secondaires, on retrouve la communication hypnotique dans l'exercice professionnel, la gestion du stress et de l'anxiété chez le patient, la pratique de l'auto-hypnose et la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques rebelles.

On pourrait donc s'intéresser à l'effet protecteur d'une formation initiale précoce, systématique et continue des soignants aux dimensions émotionnelles et relationnelles de leur exercice, et à certaines techniques comme l'hypnose faisant la part belle à ces aspects. Faciliter l'accès à des approfondissements lors de la formation professionnelle continue serait également certainement favorable à une meilleure efficacité thérapeutique et à une préservation personnelle des soignants.

Favoriser le travail en équipe

L'introduction de l'hypnose dans un collectif de travail est, on l'a vu, un vrai levier managérial en ce qu'elle permet de fédérer, de lever les cloisonnements, de dynamiser les équipes, de donner du sens, de donner confiance. Aux responsables de s'en emparer pour remettre en efficacité un collectif dysfonctionnel ou pour augmenter encore le plaisir et les résultats d'un collectif déjà fonctionnel. Faire collaborer les personnes entre elles est un exercice délicat, un équilibre sans cesse remis en jeu, une dynamique à entretenir que l'hypnose peut à nombre de niveaux favorablement influencer.

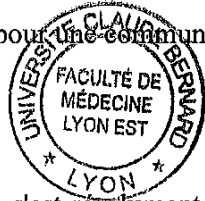
Toutes ces perspectives pourraient dans l'avenir faire l'objet de travaux d'évaluation quantitative, par exemple en étudiant les arrêts de travail de soignants pour épuisement professionnel en fonction de l'usage ou non d'hypnose, ou en évaluant leur niveau de stress selon leur pratique. On pourrait aussi quantifier la diminution des prescriptions médicamenteuses chez les patients suivis par un soignant ayant la compétence hypnose, l'évaluation de ces stratégies thérapeutiques vis-à-vis du patient en terme de morbi-mortalité, ...Il serait effectivement pertinent de mettre en regard le coût induit de formation à l'hypnose et les économies réalisées pour éviter le piège d'une logique purement comptable.

L'hypnose mérite des études de bon niveau de preuve afin que son déploiement puisse être soutenu.

Nom, prénom du candidat : VIAL (ép BARDIN) Isabelle

CONCLUSIONS

L'hypnose médicale connaît actuellement un véritable regain d'intérêt. Son utilisation voit son champ d'application sans cesse élargi. De nouveaux organismes de formation naissent chaque mois. Les travaux qui s'y rapportent se multiplient. Par ailleurs les cas de burn-out de soignants augmentent, tout comme la demande des patients pour une communication travaillée et des approches intégratives.



Cette étude qualitative s'est résolument placée du côté du soignant pour étudier les apports tant personnels que professionnels de l'usage de l'hypnose. Onze entretiens ont été conduits auprès de différents métiers : médecin, dentiste, kinésithérapeute, psychologue, ostéopathe, infirmier, aide-puériculteur. Au niveau des résultats, les bénéfices de l'usage de l'hypnose étaient non seulement professionnels mais, de manière indissociable, personnels : l'hypnose apportait un épanouissement réel aux soignants, un renforcement de leur capacité à lâcher prise et prendre du recul, et, de là, une auto-protection psychique, une valorisation des compétences médicales mais aussi individuelles, un renforcement de la confiance en soi et des aptitudes au changement et à la communication. Pour le patient, il a été mis en évidence que l'hypnose impliquait une approche globale et un respect de l'individu dans son intégralité, ce qui favorisait l'alliance thérapeutique, la satisfaction du patient et les résultats du soin initié. Enfin, en abordant le travail d'équipe, il est ressorti que l'introduction de l'hypnose dans un service était un vrai levier managérial, fédérateur, libérant la capacité d'innovation et l'esprit d'équipe.

Il a cependant été observé qu'il ne fallait pas sous-estimer de nombreuses difficultés, car l'hypnose médicale restait méconnue. Elle suscitait souvent une défiance voire une hostilité parmi les pairs soignants. Il est apparu que son usage demandait une énergie et une disposition d'esprit parfois peu compatibles avec les modalités d'exercice médical occidental tourné vers l'"agir".

Afin de favoriser le déploiement de cet outil encore peu diffusé et dont l'efficacité est pourtant démontrée, il semble donc intéressant de l'enseigner dès le cursus de formation initiale des soignants comme compétence mise à leur disposition, sans limitation de fonction ou de métier. La pratique de l'hypnose semble également utile pour préserver la place de l'humain dans des soins évoluant vers une hypertechnicité mais aussi pour protéger contre l'épuisement professionnel. Enfin, il peut être pertinent d'introduire l'hypnose dans les équipes de travail afin d'améliorer l'efficacité collective.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

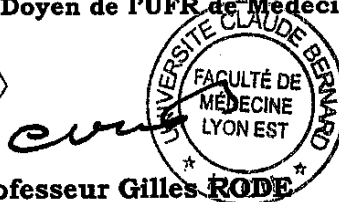
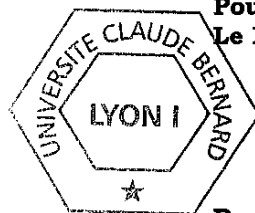
Signature



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 AOUT 2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Bioy A, Keller P-H. Hypnose clinique et principe d'analogie: fondements d'une pratique psychothérapeutique. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2009. 212 p.
2. Benhaïem J-M, éditeur. Hypnose médicale. Paris, France: Med-Line éd.; 2003. 252 p.
3. Chertok L, Stengers I. L'énigme de la relation au coeur de la médecine. Paris: Institut Synthélabo; 1992. (Les empêcheurs de penser en rond.). 485 p.
4. Lleu J-C, Hamm P, Jouffroy L, Lleu J, Hartmann G, Lupescu R, et al. Hypnose en anesthésie : des origines à nos jours ? *Prat En Anesth Réanimation*. avril 2009. 145-50.
5. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris, France: Les Éd. de Minuit, impr. 1994. 187 p.
6. Crawford HJ, Knebel T, Kaplan L, Vendemia JM, Xie M, Jamison S, et al. Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. *Int J Clin Exp Hypn*. janv 1998;46(1):92-132.
7. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *J Am Soc Anesthesiol*. 1 mai 2000;92(5):1257-67.
8. Bernard F, Musellec H, Benhamou D. La communication dans le soin: hypnose médicale et techniques relationnelles. Rueil-Malmaison, France: Arnette; 2013. 159 p.
9. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. INSERM; 2015 Juin [cité 12 déc 2016] p. 213. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
10. Bontoux D, Couturier D, Menkes C-J. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. Académie Nationale de Médecine; mars 2013.
11. Mlika-Cabanne N, Durocher. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans [Internet]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES); 2000 mars. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>
12. Ouahiba A, Exbrayat P, Delcombel B. Hypnose clinique: un confort pour le patient ... et pour le praticien. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Lyon Faculté d'odontologie. 2011.
13. Desmars C. Intérêts de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne;
14. Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre. *Info Kara*. 2008;23(4):131-54.
15. Erickson MH, Malarewicz J-AT. L'hypnose thérapeutique: quatre conférences. Issy-les-Moulineaux, France: ESF éditeur; 2008. 204 p.

16. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;(84):142-5.
17. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 1 mai 2002;3(2):81-90.
18. Ouddak S. Alliance thérapeutique et métaphorisation en hypnothérapie [Internet]. Bourgogne: Université de Bourgogne U.F.R. Sciences Humaines Département de Psychologie; 2014. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/du-hypnose/alliance-therapeutique-metaphorisation-en-hypnotherapie>
19. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
20. Chambon O. Les bases de la psychothérapie: approche intégrative et éclectique. 3e édition. Paris: Dunod; 2010. 369 p. (Collection Psychothérapies).
21. Velicer W, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Detailed overview transtheoretical model. 1998;38:216-33.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. sept 1992;47(9):1102-14.
23. Guillou Le Gouguec L. 24 heures aux Urgences sous Hypnose. Université de la réunion; 2015.
24. Garden-Brèche F, Desanneaux-Guillou S. Hypnose médicale en situation difficile: Retour d'expériences conjuguées pour un perfectionnement en pratique eriksonienne. Arnette; 2014. 143 p.
25. Bigotte P-E. Apport de l'hypnose médicale dans la relation médecin-patient en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne;
26. Le Cozanet L. L'hypnose médicale dans les services d'urgences: une étude qualitative auprès de quinze médecins urgentistes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
27. Le H. Place de l'hypnose en médecine générale: étude qualitative auprès de médecins de l'Hérault et du Gard. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
28. Nyssen AS. Hypnose et douleur : le paradoxe. Du pouvoir de l'hypnothérapeute au contrôle du patient. Douleur Analg. mars 2008;21(1):44-7.
29. Bioy AD de la publication, Célestin-Lhopiteau ID de la publication, Faymonville M-E. Hypnoanalgésie et hypnosédation: en 43 notions. Paris, France: Dunod, 2014. 327 p.
30. Bandura A, Lecomte J, Carré P. Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle. 2e édition. Bruxelles: de Boeck; 2007. 859 p. (Ouvertures psychologiques).
31. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Brosseau G, éditeurs. Hypnothérapie et hypnose médicale: en 57 notions. Paris: Dunod; 2014. 215 p. (Aide-mémoire).

32. Virot C, Bernard F, Faymonville M-E. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Rueil-Malmaison: Arnette; 2010. 285 p.
33. Malarewicz J-A, Benoit J-C. Cours d'hypnose clinique: études éricksoniennes. Issy-les-Moulineaux, France: ESF éd., impr. 2006; 1990. 219 p.
34. URML Île-de-France. Voyage au centre de vos pratiques Mieux identifier les particularités d'exercice des omnipraticiens en Île-de-France. Ile de France; 2008 juin p. 51.
35. Hérin J-M, Benhamou D, Virot C, Bigler A, Memheld B, Roméo M-A. Hypnose et acupuncture en anesthésie. Dilbeek (Belgique): Satas; 2015. 141 p. (Le Germe).
36. Bellet P, Queneau P, Muller A. L'hypnose pour réhumaniser le soin: protéger, cicatriser, inventer. Paris, France: O. Jacob, impr. 2015; 2015. 249 p.
37. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148–55.
38. Galy M. Pourquoi l'hypnose ? : Du bloc opératoire à la vie quotidienne. Sauramps Medical. 2015. 97 p.
39. Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM. [Hypnosis integrated in burn care: impact on the healthcare team's stress]. Rev Med Suisse. 11 sept 2013;9(397):1646-9.
40. Lang EV. A Better Patient Experience Through Better Communication. J Radiol Nurs. 1 déc 2012;31(4):114-9.
41. Gallet E. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale: enquête de pratique chez des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine;
42. Meyerson J, Gelkopf M, Golan G, Shahamorov E. What motivates professionals to learn and use hypnosis in clinical practice? Int J Clin Exp Hypn. 2013;61(1):71-80.
43. RAMEIX S. Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? juin 2002;(37):11-7.
44. SEVILLA C, COLARD J-C, Université de Paris 9 Dauphine. Paris. FRA / com. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients. [Paris]: Université Paris 09; 2001.
45. Lussier M-T, Richard C. En l'absence de panacée universelle. Can Fam Physician. août 2008;54(8):1096-9.
46. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 août 2009;167(6):422-8.
47. Solignac A. Sensibilisation à l'hypnose médicale et communication thérapeutique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
48. Brel M. Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés [Thèse d'exercice]. [2013, France]: Université de Bordeaux II;
49. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Aide-mémoire - Hypnose - 2e éd. - en 50 notions. 2e édition. Paris: Dunod; 2016. 368 p.

50. Forster A, Nicole Cuddy, Colombo S. Hypnose en soins palliatifs. Info Kara [Internet]. 2004;19(4). Disponible sur: <http://www.cairn.info.docelec.univ-lyon1.fr/resume.php>
51. Michaux, D. La représentation sociale de l'hypnose conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose: L'hypnose et l'hypnothérapie aujourd'hui. *Perspect Psychiatr.* 2005;44(5):341-5.
52. Siksou M. Georges Libman Engel Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical (1913-1999). *J Psychol.* 1 déc 2010;(260):52-5.
53. Moreau A. Démarche éducative d'approche centrée patient dans le diabète type 2 Approche phénoménologique exploratoire (étude qualitative Deadiem). Saarbrücken: Presses Académiques Francophones; 2015. 144 p
54. Dejoux C. *Management et leadership.* Paris, France: Dunod, DL 2014; 2014. 126 p.
55. Sérieyx H, Jissey, Batton P, Jake. *Ce que je crois.* Paris, France: Ed. d'Organisation; 2003. 181 p.
56. Sérieyx H. *Le zéro mépris.* Paris, France: InterEditions; 1995. 233 p.

ANNEXES

I- Annexe 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine

Il s'agit de la grille Côté-Turgeon dans *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine* (17)

L'introduction

- 1 - La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances. (OUI +/- NON)
- 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). (OUI +/- NON)

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). (OUI +/- NON)
- 4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique). (OUI +/- NON)
- 5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants). (OUI +/- NON)
- 6 - Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation). (OUI +/- NON)
- 7 - L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants). (OUI +/- NON)

Les résultats

- 8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire. (OUI +/- NON)
- 9- Les citations favorisent la compréhension des résultats. (OUI +/- NON)

La discussion

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

La conclusion

- 12 - La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées. (OUI +/- NON)

II- Annexe 2 : Trame d'entretien

Questions

Epanouissement personnel et professionnel

- 1- Parlez-moi de vous, racontez-moi quelles ont été vos motivations / ou au contraire vos résistances à vous former à l'hypnose médicale?
- 2- Quels sont les apports/ ou au contraire les limites en lien avec l'utilisation de l'hypnose dans votre pratique professionnelle et dans votre vécu personnel ?
- 3- Quelles sont les particularités de la pratique en équipe ?

Relation Centrée Patient – Vision du patient

- 4- En quoi la demande du patient sur son soin évolue-t-elle depuis quelques années?
- 5- En quoi la posture du soignant vis-à-vis du patient est-elle modifiée par l'usage de l'hypnose ?
- 6- Comment décririez-vous les caractéristiques de la Relation Centrée Patient dans le cadre de l'utilisation de l'hypnose ?

Relances

- 1- Aviez-vous des réticences/craintes initiales ? Que manquait-il à votre exercice ?
- 2- Qu'est-ce qui vous semble avoir changé dans votre pratique depuis que vous utilisez l'hypnose ? Exemples de succès /échecs. Ratio d'utilisation, modalités spécifiques, type de patient, ... -Evolution du métier
Confort de travail, Stress, santé mentale, effet modérateur/médiateur sur le burn out, vie quotidienne - Prévention
Pratiquez-vous l'auto hypnose (Préventif/Curatif) ?
- 3- Difficultés/Reconnaissance, ...
- 4- Par rapport à son parcours de soin, posture par rapport au soignant, initiatives du patient différentes (autonomie, self determination, empowerment, auto soin, ..)
- 5- Que ce soit pendant ou en-dehors des séances. Evolution du rapport de pouvoir ? de la légitimité
- 6- Quelles composantes ? En particulier en quoi cela diffère-t-il d'une relation sans usage de l'hypnose ?

III- Annexe 3 : Tableau des entretiens

Entretien Date	Durée	Lieu	Positions relatives interviewer/ participant	Age	Sexe	Métier	Nombre d'années de pratique	Formation	Champ professionnel	Structure d'exercice
1- 8/1/2017	35 min	Centre Hospitalier Universitaire – Box de consultation	De part et d'autre d'un bureau	32	M	Aide Puériculteur	9 mois	HCL 7 jours de mars à Juin 2016	Pédiatrie	Hôpital
2- 24/01/2017	1 h	Clinique privée – bureau personnel de consultation°	En fauteuils côte à côte à 90°	50	F	Infirmière Anesthésiste	10 ans	IFH à Paris, Clermont ferrand	Anesthésie	Cabinet libéral / Clinique privée
3- 15/02/2017	45 min°	Centre Hospitalier Universitaire - bureau personnel	Sur chaises côte à côte à 90°	50	F	Médecin Pédiatre	6 ans	HCL 6 jours	Pédiatrie	Hôpital
4- 22/2/2017	1 h	Hôpital Croix Rouge - bureau banalisé	De part et d'autre d'un bureau, face à face	54	M	Infirmier soins palliatifs	2 ans	2*4 j espacés de 15j Prof Becchio DU d'hypnose	Soins palliatifs	Hôpital
5- 6/3/2017	1 h	Centre Hospitalier Universitaire - bureau personnel	Sur chaises, face à face sans séparation	55	M	Médecin urgentiste et de la douleur	10 ans	Sur 2a 2 j/mois IFH	Traitement de la douleur	Hôpital
6- 6/3/2017	50 min	Domicile interviewer	Table de travail, côte à côte à 90°	48	F	Infirmière Anesthésiste	2 ans	9j IFH	Anesthésie	Hôpital
7- 17/3/217	50 min	Clinique privée - bureau personnel de consultation	Côte à côte à 90° sur un bureau	42	M	Ostéopathe	6 mois	IMEL le WE	Ostéopathie	Cabinet libéral
8- 22/3/2017	1 h 20 min	Cabinet libéral privé – bureau personnel de consultations	De part et d'autre d'un bureau, face à face	60	F	Psychothérapeute	>20 ans	IMEL	Psychologie	Cabinet libéral
9- 24/3/2017	40 min	Cabinet privé – box de consultation	Face à face, séparés par une table d'examen	47	M	Kinésithérapeute	8 ans	IMEL	Kinésithérapie	Cabinet libéral
10- 24/3/2017	2 h	Domicile du participant – bureau de consultation	Côte à côte au bureau	62	M	Dentiste	25 ans	IME Paris	Dentisterie	Cabinet libéral
11- 31/3/2017	1 h	Centre hospitalier – bureau du chef de service	De part et d'autre d'une table de réunion, face à face	57	M	Médecin Urgentiste	10 a	IMEL	Urgences	Hôpital

IV- Annexe 4 : Mise à disposition des entretiens

La transcription de l'ensemble des entretiens est remise sur un document à part aux membres du jury.

Elle est par ailleurs tenue à disposition par simple demande par mail à l'adresse :

isabellebardin01@gmail.com

V- Annexe 5 : Arbre de codage des entretiens

MOTIVATIONS / FREINS

Motivations Une prédisposition
intrinsèque / et une motivation
extrinsèque personnelle

j'étais complètement motivé pour passer la formation (E1)

Mon intérêt était dès le départ en 2012 quand j'ai commencé mon métier(E1)

On recherche ce qui fonctionne, j'aime bien ça comprendre (E7)

j'ai intégré également [...] la faculté de psycho de Lyon, [...] et puis j'avais déjà en tête l'hypnose et je me suis dis, bon ben écoute, c'est peut-être le moment d'y aller(E9)

vous sentez la passion du truc ! oui, maintenant je suis à fond dedans(E10)

[me montre une photo où jeune il tente d'hypnotiser sa soeur en face de lui] ça c'est moi quand j'avais 15-16a, voyez ça me travaille depuis longtemps(E10)

franchement, j'ai moins à gagner dans mes conférences et mes cours qu'en dentisterie, donc c'est une passion(E10)

je suis urgentiste depuis bien des années, et euh...j'ai fait dans le cadre de mon activité aux urgences une capacité de traitement et d'évaluation de la douleur avec une amie euh...de longue date qui elle était formée à l'hypnose depuis 2000 et à l'issue de cette capacité je me suis dit que le complément par l'hypnose serait intéressant(E11)

un intérêt personnel parce que je voulais voir en quoi ça pouvait enrichir ma pratique et ma perception de l'autre et ce qui m'intéressait c'est la globalisation effectivement de la prise en charge, mais je suis plutôt quelqu'un de curieux de nature(E11)

la maternité, avoir soi-même des gosses, on peut dire ça aide, parce que tu sais entrer dans la créativité, c'est la même chose pour l'hypnose(E3)

J'ai appris des choses mais le plus gros des connaissances étaient déjà là(E1)

L'hypnoalgésie ressemble aux contes, et j'ai déjà beaucoup pratiqué ça en colonie et centre de vacances(E1)

J'écris aussi régulièrement. C'est un peu de l'écriture improvisée(E1)

Il y a des gens qui n'étaient pas conscients alors que spontanément ils le faisaient(E3)

j'ai plutôt une grande ouverture d'abord sur les sciences sociales de façon générale et j'avais une pratique d'autres soins qu'on peut appeler complémentaires comme la relaxation (E4)

comme autrefois pour les photos argentiques, on utilisait un révélateur, ben c'est la même chose, c'est à dire que la formation à l'hypnose et la pratique a révélé beaucoup de choses, certaines qui pré existaient et d'autres sont amenées(E4)

les gens qui vont se former à l'hypnose, ils savent, qu'au fond d'eux, ils vont apprendre quelque chose sur eux, on ne sort pas indemne d'une formation sur l'hypnose(E5)

dans la pratique, tu te rends compte que tu faisais déjà ça(E5)

Je pratiquais déjà beaucoup d'hypnose et pas de façon consciente donc moins efficace(E7)

L'impression que ce que je faisais avant prenait un sens [avec la formation] (E7)

je me rends compte que je le faisais déjà(E7)

mais il me semble que j'ai toujours été dans l'ouverture, l'approche holistique, la bienveillance vis-à-vis du patient, alors ça c'est sûr, ça, la première des qualités, peut-être du thérapeute, c'est la bienveillance, euh, très Rogerienne d'approche (rires), je dirais, euh, la bienveillance, l'écoute du patient, le désir de l'aider, ça c'est sûr, le désir qu'il soit mieux après qu'avant (rires) et ça j'ai toujours été là-dedans, donc ça a rien changé pour moi(E8)

on n'arrive pas à l'hypnose par hasard, et souvent, très souvent, en formation, les personnes nous disent : « j'ai l'impression finalement de déjà de pratiquer ça » (E9)

MOTIVATIONS / FREINS

	<p>parce qu'on est bienveillant, parce qu'on attentif à notre patient, et parce qu'on a envie de lui apporter plus, on se tourne vers des techniques comme celles-ci, qui sont l'hypnose, mais initialement on n'a pas quelque chose en nous de plus, si ce n'est qu'on est initialement peut-être des thérapeutes plus bienveillants avec nos patients(E9)</p> <p>c'est pour ça que là d'un seul coup, trouver un nom avec une technique qui correspond à notre façon de faire un petit peu initiale, ben oui, c'est la révélation(E9)</p> <p>c'est vraiment une approche personnelle, pour moi, c'est vraiment la sensibilité personnelle du thérapeute(E9)</p> <p>moi, je pense que j'ai toujours été comme ça, ça m'a fait découvrir des choses(E10)</p> <p>je suis quelqu'un de relativement empathique donc ça n'a fait que conforter effectivement cette attitude(E11)</p> <p>ces soins complémentaires ne sont pas l'exigence pour pratiquer des soins classiques, qu'on soit infirmier, médecin, ce ne sont pas l'exigence première ni la condition légale pour exercer, c'est toujours à partir d'une motivation personnelle(E4)</p>
Liberté personnelle	<p>ce n'est pas une pratique prescrite, pas imposée, il y a une partie personnelle à mettre en oeuvre ce qui laisse la liberté mais en même temps on ne peut pas mesurer autant, que par exemple une prescription médicale (E4)</p> <p>moi je suis un vrai libéral à la différence des médecins qui doivent rendre des comptes à la sécu, ..., alors que moi, je fais bien ce que je veux, pas de freins, mon exercice est complètement libre, par exemple, les infirmiers, eux, ils ne peuvent pas faire de l'hypnose en-dehors de leur exercice infirmier, nous, les ostéo, on fait ce qu'on veut</p> <p>la formation d'osteo psycho là j'ai un frein, j'ai l'impression que ça va limiter ma pratique, alors qu'avec l'hypnose, là je vais me balader, il peut y avoir une notion psycho-somatique mais ça reste plus libre(E7)</p>
Evolution des compétences	<p>j'ai toujours raisonné en me disant plus tard me projetant dans l'avenir vers quoi j'ai envie d'évoluer (E2)</p> <p>je suis prudente, mais je sais que je vais travailler jusqu'à 65ans et que je ne pourrai pas faire de l'anesthésie jusqu'à 65 ans...que pour pouvoir continuer à subvenir à mes besoins je vais bien devoir faire ça donc comment faire de façon la plus confortable quelque chose qui me plaît(E2)</p> <p>C'était pour aller plus loin(E5)</p> <p>j'ai suivi une formation d'ostéopathe pendant 5 ans. On est là dans la technique, on reste « mécaniciste »je me suis dit : « tiens, après le pouvoir du toucher, on pourrait s'intéresser au pouvoir du parler... »(E5)</p> <p>c'était pour moi une autre façon d'exercer mon métier(E6)</p> <p>c'était quelque chose de nouveau et intellectuellement ça m'intéressait(E6)</p> <p>On recherche ce qui fonctionne, j'aime bien ça comprendre ...(E7)</p> <p>je pense que viennent à l'hypnose et à l'hypnothérapie des professionnels de santé qui ont déjà une expérience et qui touchent du doigt que dans leur pratique professionnelle ils n'arrivent pas à faire ce qu'ils veulent et que du coup, parce que la médecine ne soigne pas tout(E8)</p> <p>ces professionnels de santé viennent chercher quelque chose qui les aiderait, des techniques, et pas seulement des techniques, vous l'avez dit tout à l'heure, une approche holistique de l'être humain qui les aiderait dans leur métier(E8)</p> <p>des personnes qui ont déjà une pratique professionnelle d'un certain nombre d'année, c'est-à-dire qui leur a permis de s'apercevoir et bien justement qu'il leur manquait des choses qu'ils aimeraient bien avoir(E8)</p> <p>par ma profession de kiné, je me suis ensuite ouvert à l'ostéopathie pendant 5 ans, à la médecine chinoise, et puis avec tous ces outils-là, je voyais bien que mes patients avaient encore des problèmes, et que malgré toutes mes techniques, j'arrivais pas à leur apporter des réponses(E9)</p>

MOTIVATIONS / FREINS

avec des problèmes qui semblaient plus... on va dire d'ordre psychosomatique, en tout cas, qui répondaient pas moi, à toutes mes techniques donc je me suis quand même beaucoup remis en question(E9)
une fois que j'ai été en dentisterie, je me dis, moi ce boulot ça me va pas, parce que je l'avais idéalisé peut-être, alors c'est instinctif, je suis pas bien, y a un truc que je comprends pas psychologiquement, voyez, j'étais gêné(E10)

Sortir des chemins
tracés, oser

je me serais jamais autorisé mais c'est ce dont j'ai toujours eu envie(E2)

j'ai eu envie d'aller un peu plus loin, c'est-à-dire que je me suis pas arrêtée à « si t'es pas capable tu le fais pas, tout le monde croit que c'est de la foutaise », bref, j'ai fait fi de tout ça(E2)

quand j'ai vu ce médecin, je me suis dit « mais ohhh, mais j'ai toujours eu envie de faire, de travailler comme ça ! on a le droit de faire ça ? olala oui c'est génial »(E2)

c'est un déclic quand on finit la formation, quand on commence, c'est ce que j'évoquais en parallèle, d'oser y aller, d'oser pratiquer, c'est vraiment la pratique que les différentes étapes d'une séance se construisent, se maîtrisent et donnent présence au pratiquant au thérapeute et les renforce également finalement dans l'envie d'être disponible pour des séances(E4)

c'est d'oser franchir le pas pour pratiquer, on est plus ou moins satisfait pour certains de ses premières séances(E4)

je me suis lancée, oh ben, quand j'ai un truc dans la tête, je me suis dit, je me suis lancée, certainement que ça me servira, je verrai bien ce que j'en ferai après(E6)

oui il faut oser, d'autant plus quand l'environnement ..., je vais pas dire est hostile, c'est pas ça, mais est pas forcément favorable, oui, il faut oser, et puis on sait pas si techniquement comment ça va se passer, oui, il faut oser, il faut pas avoir peur des moqueries, faut pas... parce que tous les gens vous écoutent en fait, et puis, là c'est pas de la communication thérapeutique ce que je vais dire mais il faut pas avoir peur de l'échec, en fait, voilà, bon ben si ça marche pas, ça marche pas, il faut réitérer, mais voilà, le mot d'ordre c'est oser, il faut se lancer(E6)

Peur

comme un rite de passage à l'âge adulte, on protège peut être trop les enfants dans notre société sans les laisser faire face à la douleur. Il faut d'abord voir si l'enfant a envie de faire face au soin sans antalgique (E1)

Freins

on les comprend pas ces compétences-là, on a nos propres peurs(E2)

c'est pas naturel. J'étais plus dans l'action que dans la parole jusque-là(E5)

regarde les spécialités, c'est pareil, il y a des spé dans lesquelles c'est insignifiant, tu trouveras pas de praticien en hypnose, par exemple, je sais pas moi, en chirurgie(E5)

je ne pense pas que ce soit accessible à tout le monde(E5)

après je me disais est-ce que ça va être facile dans le cadre de l'institution, voilà dans le cadre de ma pratique est-ce que ça va être facile de pratiquer après, enfin de m'y mettre(E6)

on peut être aussi plus ou moins doué pour l'hypnose. Alors quand on n'est pas super doué, on peut apprendre, évidemment mais il y a des gens pour qui c'est plus facile que pour d'autres et ça faut quand même bien le dire(E8)

ce qui est intéressant c'est de remarquer que le premier groupe donc c'était ouvert à tout le monde, on était parti sur un groupe de 20 personnes et il n'y en avait eu que 15 [...] qui se sont présentées. Alors que c'était une formation sur le temps de travail, etc... donc... faire des jeux de rôles il y a quand même des gens qui ont craint de se retrouver...(E11)

qu'en pédiatrie, c'est plus facile de faire de l'hypnose, on s'étonne moins de te voir chanter, partir sur des histoires(E3)

La peur/puissance
de l'outil

même la nuit je me disais mais cet outil est HYPER puissant je me faisais hyper peur(E10)

MOTIVATIONS / FREINS

		<p>mais en même temps vous ... changez une vie quand même, entre nous 2, la nuit des fois je me disais « mais bon sang, ce gars-là il vous rencontre, qu'est ce qui a fait qu'il vous a rencontré, parce que vous savez que si il vous avait pas rencontré, il serait pas dedans aussi, c'est vrai ! ça c'est perturbant(E10)</p>
Difficultés techniques	Etre en transe et dans la réalité à la fois	<p>Le plus difficile pour l'accompagnant à l'hypnose, c'est d'être à la fois connaître bien les étapes du geste chirurgical, la position de travail du chirurgien, les temps douloureux, d'être à la fois-là sur le site chirurgical et avec le patient dans son hypnose, on est en transe aussi on est ici et ailleurs avec le patient(E2)</p> <p>il y a des trucs où c'est très compliqué faire de l'hypnoalgésie en même temps que des gestes techniques(E3)</p> <p>Mais je peux pas faire l'hypnose et le geste en même temps, il faut aussi gérer l'équipe en parallèle, c'est trop de trucs(E3)</p> <p>c'est très personnel, chacun doit s'appropriier les techniques(E3)</p> <p>Et puis aux lits d'obs [d'observation, succession de 4 lits juste séparés par des rideaux de courtoise, scopés] c'est pas possible, il y a trop de monde, trop de passage, du bruit il faudrait être capable d'intégrer tout ça au discours, il faut être très fort pour ça(E3)</p> <p>l'hypnose, c'est difficile, tu peux pas démarrer sans quelques outils, tu complètes au fur et à mesure, mais il te faut des outils(E5)</p>
	Demande du patient	<p>après ce qui est difficile c'est quand quelqu'un vous dit « ben voilà je voudrais me retrouver à faire une balade à cheval », quand vous vous avez jamais fait de cheval, vous vous dites ben qu'est-ce que je vais pouvoir raconter(E6)</p>
	Peur de l'échec	<p>comme c'est un état naturel qu'on a tous expérimenté, c'est ce que j'explique à tous mes patients à chaque fois, il y a pas de raison que ça ne marche pas il n'y a pas de raison d'appréhender que ça ne fonctionne pas, donc moi, depuis 8 ans que je le pratique j'ai jamais eu de souci avec les patients (E9)</p> <p>encore une fois le langage non verbal est très puissant, comme je dis aux confères : « si vous n'avez pas confiance en vous, si vous n'y croyez pas ça ne marchera pas ! » c'est ça aussi le non verbal(E10)</p>
	La régularité de la pratique	<p>il y a aussi des périodes où il y a moins de pratique, ça aussi parfois ça freine et après quand on reprend, il y a un temps ... une légère réticence à pratiquer, une hésitation peut s'installer(E4)</p> <p>les collègues de nuit les patients, ils les voient pour la plupart couchés...Ce sont finalement les collègues de jours qui pratiquent un peu plus, et parmi tous ceux-là, c'est variable, ce n'est pas imposé (E4)</p> <p>aujourd'hui, je pratique pratiquement plus... même si c'est à la mode, qu'on en parle beaucoup, et bien les anesthésistes ne sont pas très au fait, les chirurgiens non plus, donc je veux dire dans la vraie vie, dans la pratique au lit du patient, je pense qu'il y a encore beaucoup d'efforts à faire(E6)</p>
	Techniques concurrentes	<p>On a le MEOPA assez facile maintenant, ça c'est un frein pour développer l'hypno(E3)</p>
	Plus que le temps....	<p>Il y a aussi un problème de temps, il y a plein de gens pas capables de patienter, ils se disent que c'est un frein même si on n'est pas à trois minutes(E3)</p> <p>aux urgences, on a peu de temps, c'est compliqué de trouver un sujet, il faudrait presque que ce soit noté dans les dossiers pour repartir sur les acquis de la fois d'avant. (E3)</p> <p>on peut pas tout faire, j'attendais d'avoir le temps pour le [me former à l'hypnose] faire, et là, c'était le moment où je pouvais (E7)</p> <p>des freins ?... le temps(E7)</p> <p>les médecins généralistes nous disent qu'ils ont pas le temps de pratiquer l'hypnothérapie dans leur séance ça c'est sûr(E7)</p> <p>c'est plus l'organisation, je dirais, en terme d'organisation, oui, je consacre plus de temps quand je suis en hypnose, puisque c'est, comme je vous disais, une heure, avec le bilan, sinon, ¾ d'heure la séance(E9)</p> <p>et j'endors [juste par contact de l'outil sur la peau] et puis je mets en catalepsie, c'est immédiat. Qu'on me dise pas que ça prend du temps et que ça rend pas service, mais ça fait des années que je me bats.(E10)</p>

MOTIVATIONS / FREINS

... sortir de l'action	<p>Après la pratique de l'hypnose dans un service d'Urgences encore plus pour un médecin que pour les autres professions, se heurte à un élément qui à mon avis est extrêmement fort et qui n'est absolument pas, contrairement à ce qu'on pourrait penser, un problème de temps, ou un problème de longueur de prise en charge(E11)</p> <p>pour ce qui est de la longueur de l'acte hypnotique lui-même, de la séance d'hypnose, ça prend guère plus de temps qu'autre chose(E11)</p> <p>Après la pratique de l'hypnose dans un service d'Urgences encore plus pour un médecin que pour les autres professions, se heurte à un élément qui à mon avis est extrêmement fort [...] un problème de changement de manière d'être ou de manière de faire. Dans le service on est énormément dans l'AGIR et dans l'ACTION quelle qu'elle soit, alors que sur une séance d'hypnose, quand on se lance dans un acte sous hypnose, il faut arrêter la machine, et se mettre à l'écoute de l'autre complètement et se mettre à ce que l'autre écoute complètement. (E11)</p> <p>c'est pas toujours facile simplement de changer de manière d'être en plus que de manière de faire pour se lancer... c'est ma plus grande difficulté quand je dois être en mode hypnose (E11)</p> <p>c'est quasiment un changement de paradigme dans son attitude(E11)</p> <p>se dire, ben voilà, va falloir que je me pose, c'était le fait de se dire, je vais me poser pour... alors que je l'ai fait en même temps que je me lavais les mains, je préparais le plateau, donc ça m'a pris aucun temps, si ce n'est qu'il a fallu que je change d'attitude(E11)</p> <p>on a une sorte de pression extérieure qui vient à la fois du service, des patients et de la structure qui nous pousse à être dans l'action et dans l'immédiateté et à être focalisé sur l'élément qui va éventuellement décider de la suite de la prise en charge, du devenir du patient, etc... Donc globalement on est exactement formé et poussé à l'inverse de ce qu'il faut que l'on fasse avec de l'hypnose(E11)</p>
Fatigue/envie	<p>Au début c'est une contrainte, c'est très très fatigant (E2)</p> <p>quand on fait de l'hypnose on se dissocie je ne peux pas être tout le temps dissociée, je dois aussi me réassocier(E2)</p> <p>ça dépend aussi de l'humeur, de votre humeur si vous êtes fatigué, et puis finalement aussi de votre envie, parce que des fois on n'a pas envie(E6)</p> <p>J'ai besoin d'une double activité pour pouvoir me reposer de l'une à l'autre quand on c'est trop fatigant, pour me ressourcer(E7)</p> <p>au début j'avais pas envie, j'avais pas envie et puis quand j'ai vu le patient je me suis dit « bon ben je vais me forcer un petit peu »(E11)</p> <p>il faut une énergie(E11)</p> <p>à la fin de la séance, la patiente était ravie, moi j'étais ravi mais j'avais l'impression effectivement d'avoir puisé énormément d'énergie, parce que la relation était extrêmement forte, parce qu'il y avait un temps d'écoute.(E11)</p> <p>effectivement le fait de devoir sortir de sa routine et de sortir d'une espèce d'automatisme qu'on a demande de l'énergie supplémentaire qui sur une séance d'hypnose, je dirais, plus banale que celle dont je viens de vous parler est surtout difficile au début et surtout demande un effort surtout au début(E11)</p> <p>je trouve qu'il y a quand même une demande d'énergie initialement qui fait que la mise en œuvre est en tout cas en ce qui me concerne, toujours quelque chose de une sorte de réticence qui... qui se fait jour en moi... et qui dure pas longtemps mais... c'est perceptible(E11)</p> <p>A tel point que quand je suis un peu fatigué ou qu'il est 3 heures du matin ou que ...oh j'en ai encore 25 à voir... on cherche une sorte de faux-fuyant(E11)</p> <p>quand c'est fait au cours de l'acte, ça demande pas quelque chose de plus puisque mais ça demande une énergie en plus(E11)</p>
Les autres	<p>dans mon entourage proche ils en ont marre parce que je vis presque que de ça(E2)</p> <p>moi j'appréhendais un peu le regard des patients sur qu'est-ce qu'ils allaient me dire par rapport à l'image que moi j'avais de l'hypnose avant d'en faire, donc j'osais pas utiliser le mot » hypnose » au début (E9)</p>

MOTIVATIONS / FREINS

au niveau professionnel dans le cabinet, ça a été un petit peu plus compliqué à mettre en place parce que justement, chacun a cette image de l'hypnose un peu spectacle, de technique avec un langage qui n'est pas du tout celui qu'on utilise habituellement, donc on m'a dit, on m'a dit... ils ont mis le temps qu'il fallait pour l'accepter, digérer(E9)

nul n'est prophète en son pays ! Quand je vous dit que j'ai pris des cailloux, j'ai pris des réflexions dures, des collègues, charlatan ils ont pas trop osé, mais j'ai eu « ... assieds-toi, ça va te passer » non mais sérieux ou « est-ce que tu es vraiment dentiste ? » donc on a un côté qui peut gêner(E10)

En 2011, j'étais le premier en France à faire ça, et le doyen voulait pas que je mette hypnose(E10)

mais ça suscite la jalousie. Faut savoir aussi ce que véhicule l'hypnose, faut savoir(E10)

c'était quelque chose qui était... alors largement utilisé dans le monde de la médecine bien sûr, mais en tout cas, dans cet établissement utilisé par quelques personnes un petit peu sous le boisseau sans que ce soit vraiment signalé, sans qu'il y ait une publicité par rapport à ça(E11)

l'interrogation, la surprise, la chef de service me disait « t'as vraiment des drôles d'idées » quand je lui ai parlé du projet APICIL « tu trouveras toujours des choses sortant de l'ordinaire à me proposer »(E11)

L'argent

Il faut aussi trouver un équilibre professionnel et un équilibre pécunier...les gens, une heure, c'est 60 € la séance, j'en prends 6-7-8 mais je peux pas faire plus, vous en donnez la moitié à l'Etat donc finalement donc c'est pas énorme(E2)

il y en a chaque année mais le problème, c'est qu'on est très peu à être formés en même temps, ça coûte très cher(E3)

la kiné voulait la faire [la formation à l'hypnose]..., je crois que les HCL ont pas voulu, c'est très cher(E3)

là au mois de mars, la fille qui quand même y croit ! (rires), je fais celle d'Emergence...un gros sacrifice financier quand même... et sur [mon] temps personnel(E6)

ceci-dit la notion financière est importante, ça reste du business, c'est chaud, plutôt que faire revenir les patients(E7)

Ca s'achète la liberté c'est de plus en plus lourd, vraiment très lourd, ça aussi vous ne le vivrez pas en tant que médecin(E7)

Je faisais du rapatriement néonatal donc ce n'était pas mon seul revenu, mais il y a un moment où vous pouvez plus répondre à la demande des patients donc il y a une année où j'ai arrêté(E7)

ceux qui viennent en se disant je vais gagner plus de sous, ça on en reparlera d'ailleurs parce que c'est une motivation qui mène à rien parce que en fait on gagne pas plus de sous, là aussi, la parenthèse, c'est que comme ça prend plus de temps pour s'occuper de son patient, les sous qu'on peut éventuellement gagner en plus en disant qu'on fait de l'hypnose en mettant sur sa plaque et qui peuvent attirer une patientèle, on les perd de l'autre côté parce qu'il faut y passer beaucoup plus de temps, parce qu'il faut soi-même être bien formé, que le temps de la formation, le coût de la formation et l'investissement personnel font que, voilà, en fait ceux qui viennent pour le fait d'avoir plus de patients et ou gagner plus de sous ils s'aperçoivent assez vite que ça va pas être le cas(E8)

APPORTS PERSONNELS

Emotion	<p>on rentre instantanément à un moment précis dans la vie de l'autre dans son intimité on l'accompagne à ce moment-là et après, il continue sa vie, mais c'est émouvant de participer à ça comme une naissance... c'est fabuleux, je pleure plus mais j'ai pleuré longtemps (E2)</p> <p>mais j'ai parfois le sentiment que malgré tout cela apporte un certain confort au soignant du fait de la complémentarité, c'est finalement une corde de plus à son arc, pour aider et être soignant finalement le cœur de son propre métier, mais également pour peut être pas pour se protéger mais être capable de recevoir le rush émotionnel qui est là(E4)</p> <p>c'est quelqu'un qui est investi, qui a commencé par vivre sur elle des choses, je sais pas quoi mais visiblement des choses émotionnellement compliquées on va dire[en formation](E8)</p>
la révolution/la révélation	<p>y a toujours des gens pour qui c'est une révélation et en particulier parce qu'ils ont jamais fait de travail sur eux...(E8)</p> <p>le gros problème des formations en hypnose, c'est que la plupart des gens, même les psychos, n'ont pas fait de formation... n'ont pas fait de travail sur eux, donc ils se trouvent confrontés à quelque chose de l'intérieur d'eux, à des émotions, en hypnose, les émotions, on y a accès beaucoup plus facilement, j'allais dire, parce qu'on squeeze la barrière de la conscience claire donc on est beaucoup plus en contact avec ce qui se passe à l'intérieur de soi, les gens qui ont jamais été en contact avec tout ça, ou qui ont pas voulu l'être, ou qui ont bien mis ça à l'écart, parce que c'était peut-être justement un peu... désagréable, un peu dangereux, un peu je sais pas quoi, se trouvent brutalement confrontés à tout ça, donc, on a beau prendre des précautions, on a des réactions en cours, en exercice, souvent, qui sont déjà violentes, vais-je dire, énormes(E8)</p> <p>on leur demande, d'ailleurs à nos élèves, même à ceux qui n'ont pas de débordement émotionnel, d'aller faire 3 séances chez un professionnel de santé formé à l'hypnose dans le cadre strict de la Confédération [...] les exercices en formation étant déjà même parfois ... violents émotionnellement pour un certain nombre d'entre eux... (E8)</p> <p>pour moi l'accès à l'intérieur c'est quelque chose de naturel, mais visiblement ça l'est pas pour tout le monde et par cette révolution qu'ils vivent à l'intérieur d'eux, de ce fait ils tombent dans la soupe parce que pour eux ça change et leur vie et leur pratique professionnelle(E8)</p> <p>beaucoup de stagiaires ont accès à des choses d'eux auxquelles ils avaient jamais eu accès(E8)</p> <p>le premier jour de formation, ça a été une vraie révélation et depuis ce jour-là j'ai trouvé enfin la technique je cherchais qui a transformé ma vie professionnelle et personnelle. Voilà, c'est une vraie révélation pour moi et c'est ce que je cherchais à obtenir finalement en faisant ces formations initiales (E9)</p> <p>c'est pour ça que là d'un seul coup, trouver un nom avec une technique qui correspond à notre façon de faire un petit peu initiale, ben oui, c'est la révélation(E9)</p>
Créativité	<hr/> <p>l'hypnoanalgésie est plus la partie créative du métier d'auxiliaire(E1)</p> <p>Un truc que je trouve intéressant en hypno c'est que j'ai bossé petit à petit, la façon dont tu orientes ton hypno selon le type de soin(E1)</p> <p>pédiatrie ça fait travailler l'imaginaire, ça me plaît énormément, je ne sais pas si j'en ai un peu plus ou différemment mais ça développe son imaginaire(E2)</p> <p>c'est le côté artistique, chacun amène ce qu'il veut, et ça fait ta boîte à outils, parce que l'hypnose, c'est difficile, tu peux pas démarrer sans quelques outils(E5)</p> <p>en hypnose, tu peux pas être bon partout, y a plein de choses à explorer, toute ta vie, il faut le voir comme un jeu(E5)</p> <p>qu'on laisse la place à la créativité des gens,... on peut toujours rêver...(E6)</p>
Epanouissement personnel	<hr/> <p>l'hypnose ca bouleverse dans sa vie professionnelle mais avant tout personnelle (E2)</p> <p>c'est la médecine de la douleur qui m'a permis de comprendre pourquoi j'ai fait médecine et ensuite l'hypnose m'a permis de comprendre pourquoi j'ai fait la médecine de la douleur(E5)</p> <p>cette approche philosophique de la pratique du soin parce que l'hypnose c'est un peu ça, hein, si tu discutes de philosophie, c'est déjà de l'hypnose</p>

APPORTS PERSONNELS

	<p>on passe pas au-travers de cette formation sans recevoir quelque chose et quand tu pratiques, nécessairement, tu t'ouvres(E5)</p> <p>y a pas que la douleur, c'est très vaste, j'ai fait quelques sevrages de tabac, c'est vachement intéressant, 2 cas d'énurésie.... Quel que soit ce que tu es, comme la médecine, c'est juste un tremplin pour pouvoir s'intéresser à d'autres choses, l'hypnose...(E5)</p> <p>Incontestablement, hein, je veux dire on a un filtre différent après même en ce qui concerne la vie privée, oui, ça c'est sûr, je sais pas, une autre sensibilité, une autre façon de percevoir les choses, les personnes, oui, c'est vraiment enrichissant je dirais avec un grand E à tout point de vue, dans la relation qu'on installe qu'on crée avec le patient avec cette fameuse alliance thérapeutique, mais aussi en-dehors du travail en-dehors de l'hôpital, c'est sûr(E6)</p> <p>tout le monde trouve ça génial de toute façon, cet apprentissage, tout le monde est séduit(E6)</p> <p>le bénéfice, c'est clair, c'est autant pour le patient que pour le soignant(E6)</p> <p>il y a un enrichissement, y a... et puis le fait aussi d'être plus serein(E6)</p> <p>étouffer cette posture-là, et de l'étouffer de façon positive, euh... je sais pas d'être peut-être plus en harmonie(E6)</p> <p>pourtant je m'éclate (E7)</p> <p>c'est tellement riche personnellement(E9)</p> <p>il faut vous effacer devant la réussite de l'autre, parce que si on s'efface pas, que ça soit pour maigrir, pour réussir le concours d'avocat, tout ce que j'ai pu faire, et ben c'est plus sa réussite et puis s'il a un échec ce sera votre échec aussi, or son échec, il lui appartient(E10)</p>
Prendre du recul	<p>mais ça m'a quand même vachement aidée à prendre du recul(E2)</p> <p>ça m'a aidée à prendre du recul et à être moins en attente des autres, j'attendais beaucoup des autres, si vous attendez rien, ...(E2)</p> <p>c'est difficile d'avoir ce lâcher-prise du ressenti, il faut beaucoup de temps pour se dire que le ressenti, c'est moi, ou c'est le patient, mais surtout qu'il faut accepter le fait qu'on s'en fout, je me méfie de ceux qui sentent plein de choses, moi le but, c'est me détacher, je reconnais les sensations sans savoir si c'est moi qui les crée ou si c'est le patient qui me les donne (E7)</p>
Détente	<p>après ça doit libérer de la sérotonine, on est un peu excité, on est bien(E2)</p> <p>le fait aussi d'être plus serein(E6)</p>
Communication	<p>ça engendre quand même il faut en prendre conscience que ça produit des changements. Des changements sur soi-même et assez rapidement sur la façon de concevoir les choses, sur la façon de communiquer, sur la façon de parler, sur le choix des termes à utiliser, quelle que soit la situation(E4)</p> <p>redonner l'importance au verbe, donner de l'importance au sens... au sens des mots(E4)</p> <p>Maintenant je suis moins impulsive(E3)</p> <p>toutes les communications de la pub ou certaines situations, on arrive à décrypter, tu peux penser si tu n'es pas trop impliqué(E5)</p> <p>Dans ma vie perso, ça te permet malgré tout quand même quand tu dis, quand tu écris quelque chose, comment être le moins blessant possible, et aussi comment en peu de mots, être le plus efficace possible. (E5)</p> <p>Ah oui, oui, ça a été très net sur la relation à l'autre, sur le comportement général, sur l'empathie, sur la bienveillance, c'est vraiment ... éventuellement en cas de « conflits » entre guillemets, les tensions, surtout ça, et ça, ce sont des choses qu'on m'a dit(E9)</p> <p>et régulièrement à la maison, mon épouse le dit, ça a vraiment changé ma façon d'aborder les éventuels problèmes, tensions qu'on peut rencontrer à titre personnel... parce que c'est vraiment un langage spécifique, et puis avec l'habitude, ce langage on l'utilise aussi au quotidien(E9)</p> <p>je sais pas (rires) ! pffff alors très probablement une manière encore plus... j'allais utiliser le mot « extraordinaire » mais dans son sens littéral, c'est-à-dire « sortant de l'ordinaire », la manière d'aborder les gens(E11)</p>
Prendre soin de soi	<p>nous sommes des soignants donc pour pouvoir prendre soin de l'autre on doit déjà prendre soin de nous(E2)</p> <p>L'autohypnose pour moi, c'est des micro séances(E2)</p> <p>c'est des petites choses que je fais pour moi dans la journée(E2)</p> <p>des techniques de respiration, des techniques où tu réfléchis, un truc qui nous a fait très plaisir dans la vie,...je l'utilise très souvent. Je m'endors très</p>

APPORTS PERSONNELS

	<p>facilement (E3)</p> <p>J'utilise à la maison pour une de mes filles qui était complètement stressée, ça marchait bien(E3)</p> <p>Des fois quand il y a des tensions, se concentrer sur une zone d'appui, recroqueviller les doigts de pied dans les chaussures, c'est pratique, personne le voit, j'arrive à le faire, j'ai appris ça(E3)</p> <p>On peut se servir des techniques (la respiration lors de l'endormissement, ça marche très bien), ça aurait pris plus de temps, l'hypnose, c'est facilitant(E3)</p> <p>Quand je fais de l'hypnose, dans 90% des cas, je suis en hypnose avec le patient et donc oui, y a des trucs que tu te fais à toi à travers eux. Tu as raison, le lâcher prise, t'es obligé(E5)</p> <p>c'est à la fois symbolique mais c'est plein de sens pour moi(E6)</p> <p>je suis convaincue du bénéfice de cette technique, enfin ça c'est évident, pour le patient et puis égoïstement pour moi(E6)</p> <p>mais je me souviens de toutes les conversations pendant les consultations, ça veut dire que je dois être moi-même dans un état d'hypnose non ?(E7)</p> <p>je ne fais pas d'auto hypnose, en fait, c'est plutôt... si je suis devenu médecin c'est déjà pour soigner mes plaies, on n'est pas devenu médecin par hasard, c'est la démarche déjà, on se nourrit beaucoup des patients, de leur sagesse, on vit plein de vie avec eux(E7)</p> <p>beaucoup mettent en place d'autres priorités, soient des priorités personnelles, c'est-à-dire, apprendre à prendre soin d'eux, (E8)</p> <p>il y a un véritable effet réflexif de l'hypnose sur le praticien, quand on voit tous les collègues qui font des burn-out, bien sûr, ça va devenir de plus en plus important (E10)</p> <p>Moi j'ai des confrères qui viennent me voir qui me disent «3 dentistes qui se sont pendus autour de moi »[...]quand vous voyez 20-25 patients par jour, je parle pour les dentistes ou 10-12 par jour, je parle pour vous, médecins généralistes, ou ce que vous voulez, même 40, ça, c'est ça qui vous bouffe alors que si vous travaillez sur le cerveau droit, que vous êtes sur le cerveau droit, ben vous êtes dans l'universel, relâché, etc...c'est ça qu'il faut(E10)</p> <p>J'apprends à tous l'auto-hypnose parce que c'est un moyen de se reconnecter à soi, de se recentrer de se ressourcer(E2)</p> <p>avant tout le faire pour soi(E2)</p>
Confiance en soi, en ses capacités	<p>c'est une ressource énorme, ça donne confiance en soi, ça permet d'asseoir ses racines, de prendre appui, de pouvoir dépasser des situations difficiles(E2)</p> <p>se lancer des défis, se dire, tiens, pourquoi pas le faire dans cet endroit-là ?...il faut OSER(E2)</p> <p>Je me dis c'est quand même extraordinaire de pouvoir faire ça et puis c'est à la fois affolant parce qu'on se dit oulala, je n'ai pas un don particulier, on se pose quand même beaucoup de questions, mais c'est important de le travailler à côté(E2)</p> <p>moi surtout ça m'a donné l'autorisation d'être moi, depuis que je fais de l'hypnose je peux rigoler avec les gens, je peux parler d'une manière plus calme et tout(E2)</p> <p>Sous couvert de l'hypnose je me suis permis plein de choses que j'aurais pas osées avant(E2)</p> <p>ça m'a aidée à grandir à prendre confiance en moi(E2)</p> <p>la pratique renforce finalement la maîtrise de ce soin et renforce aussi la confiance sur soi pour pouvoir pratiquer et améliorer (E4)</p>
Se faire respecter	<p>malgré que j'ai pas toujours été très appréciée on m'a jamais coupée, on ne m'a jamais dit « tu arrêtes ton cinéma », jamais, jamais jamais, alors qu'avant, on m'aurait dit « c'est quoi ton truc, t'arrêtes » ou c'est moi qui osais pas...(E2)</p>
Accepter ses limites	<p>On apprenait avant tout ce qui fait peur on y va pas, tout ce qui dérange on y va pas, la douleur quand y a une plainte de l'ignorer ça permet de se protéger aussi, de renvoyer un échec, une incapacité ou des limites, on en a tous des limites(E2)</p> <p>Il faut surtout accepter qu'il y a plein de choses qu'on ne connaît pas mais ça n'empêche pas d'être cartésien, c'est juste qu'on les connaît pas encore(E7)</p>
Une nouvelle vie	<p>moi j'ai l'impression d'avoir ouvert un nouveau livre dans ma vie(E2)</p>

APPORTS PERSONNELS

globalement pour mes élèves, oui ça change radicalement leur pratique et pour certains ça change radicalement leur vie car ils ont accès à des choses d'eux auxquelles ils n'avaient jamais eu accès(E8)

Pour beaucoup de collègues ça a changé beaucoup de choses (E8)

Mais pas toujours!

on peut être bon hypnopraticien, et ne pas se l'appliquer à soi(E5)

ça m'est arrivé ... sur quelqu'un de ta famille, tu veux enlever une petite tuméfaction, et ben j'ai failli faire un malaise vagal, parce que j'arrivais pas à me dissocier, c'est ça, c'est un problème de dissociation impossible

On est capable de se laisser encore déborder malgré tout. Combien de temps il faut pour maîtriser, ça je sais pas. On raisonne pas pour soi c'est pas si simple(E5)

L'autohypnose j'y crois pas, il faut toujours une induction extérieure(E10)

APPORTS PROFESSIONNELS

Epanouissement
professionnel

mon travail me passionne davantage, je suis plus content d'aller travailler(E1)

quand je l'ai vu travailler qu'il m'a expliqué je me suis dit mais moi, j'ai toujours eu envie de travailler comme ça, ça a été comme une révélation(E2)
l'intérêt et la satisfaction également, pas toujours mesurée immédiatement mais il y a quand même des retours, des situations où l'on constate quelque chose d'intéressant, de favorable au patient, ça fait du bien(E4)

ceux qui tombent dans la soupe et qui par exemple se réservent 2 demi journées par semaine pour des consultations en hypnothérapie qui leur font pas gagner plus de sous mais qui font beaucoup avancer leurs patients, ils sont globalement ravis(E8)

le premier jour de formation, ça a été une vraie révélation et depuis ce jour-là j'ai trouvé enfin la technique je cherchais qui a transformé ma vie professionnelle et personnelle. Voilà, c'est une vraie révélation pour moi et c'est ce que je cherchais à obtenir finalement en faisant ces formations initiales (E9)

Ca a changé la vision du patient, la vision d'une manière générale, l'approche du patient, l'écoute, euh...le discours, le langage, que j'utilisais, mon approche, et puis tout simplement mon plaisir de travail(E9)

c'est riche, au contraire, c'est encore plus riche, quand je dis que ça transforme les professionnels, c'est pour ça que ça les transforme, c'est que la relation au patient elle est beaucoup beaucoup plus riche(E9)

ça m'a fait plaisir parce que c'est comme si dans ma jeunesse je voulais faire dentiste, je m'étais intéressé à l'hypnose et tac, je pouvais enfin faire le joint(E10)

C'est quand même satisfaisant, je dis toujours à ma retraite, je vais pas me passer des beaux cas d'implants par contre elle, je peux la regarder toute ma vie, je suis heureux de voir ça, on est heureux de voir ça, humainement, ça vaut tout l'or du monde(E10)

je ne suis pas contente pour moi, je suis contente pour les gens, et c'est bluffant(E2)

Avoir à disposition ces palettes renforce l'intérêt pour le soin, pour le bien-être globalement du patient...(E4)

La pratique ... régulière fait que il y a une envie d'être à nouveau disponible dans les situations qui peuvent nécessiter cette pratique, cette technique (E4)

Confort du soignant c'est confortable parce que ça détend tout le monde en pédiatrie(E2)

qu'on voit le bénéfice que cela apporte au patient mais aussi le bénéfice que cela apporte aussi au soignant. Celui qui reste dans une angoisse qui va utiliser sa sonnette tous les ¼ h ce n'est pas confortable non plus pour l'ensemble des soignants(E4)

mais j'ai parfois le sentiment que malgré tout cela apporte un certain confort au soignant du fait de la complémentarité, c'est finalement une corde de plus à son arc, pour aider et être soignant finalement le cœur de son propre métier, mais également pour peut être pas pour se protéger mais être capable de recevoir le rush émotionnel qui est là(E4)

oui, c'est vrai ! les parents en profitent(E8)

En soin infirmier, j'ai plein d'infirmières qui changent leur pratique, parce qu'elles ont des soins qui sont plus confortables pour leurs patients, qui sont plus confortables pour elles-mêmes(E8)

au service des brûlés de St Jo, l'anesthésiste du service qui est une collègue, ben les soins aux brûlés sont beaucoup plus confortables, bon alors ils sont sédatés quand même avant, hein, précision, ils sont sédatés quand même avant mais ils sont aussi en processus hypnotique et les soins plus confortables(E8)

une révolution dans leur pratique professionnelle parce qu'elle devient plus confortable (E8)

qui apportent un confort pour le patient, pour les soignants parce que les patients sont quand même plus détendus et plus sereins, un confort pour la société parce que ça coûte moins cher(E9)

bien insister là-dessus qu'à partir du moment où votre patient est relaxé, vous êtes relaxé, et ça c'est connu, c'est les neurones miroirs, vous communiquez votre calme aussi, si vous commencez à vous énerver, ça part en sucette(E10)

avec le paradoxe « travailler en se reposant » en travaillant sur l'inconscient du patient(E10)

APPORTS PROFESSIONNELS

		<p>on est en symbiose, y a une consoeur un jour qui m'a dit « mais ... on, on dirait que tu t'enlèves ta propre dent », j'ai dit oui, c'est une excellente observation, et souvent, je fais des tronculaires hypnotiques, ben il m'arrive d'être endormi ! parce que j'ai endormi ma patiente et il m'arrive de m'induire(E10)</p> <p>Là elle résiste, si vous avez pas l'outil, elle vous pompe l'énergie, surtout moi, au bout de 36 ans de boulot(E10)</p>
Contrôle renforcé du résultat du soin		...liberté au patient d'être acteur de son soin et pas seulement de subir les choses mais on garde le contrôle voire même on contrôle plus une telle séance qu'un soin sur lequel on va devoir faire de la contention(E1)
Développement personnel dans l'exercice professionnel		<p>comme autrefois pour les photos argentiques, on utilisait un révélateur, ben c'est la même chose, c'est à dire que la formation à l'hypnose et la pratique a révélé beaucoup de choses, certaines qui pré existaient et d'autres sont amenées, à être un peu plus que ce qu'on est, on est toujours les mêmes, mais à être un petit peu plus(E4)</p> <p>en vieillissant, il y a plein de choses que tu expérimentes, après il y a plus qu'à raccrocher les wagons. C'est une façon théorique de cimenter tout ça(E5)</p> <p>y a pas que la douleur, c'est très vaste, j'ai fait quelques sevrages de tabac, c'est vachement intéressant, 2 cas d'énurésie.... Quel que soit ce que tu es, comme la médecine, c'est juste un tremplin pour pouvoir s'intéresser à d'autres choses, l'hypnose...(E5)</p> <p>pourtant je m'éclate, juste ça me soulage parce que ça justifie une certaine pratique(E7)</p> <p>Pour beaucoup de collègues ça a changé beaucoup de choses (E8)</p> <p>le premier jour de formation, ça a été une vraie révélation et depuis ce jour-là j'ai trouvé enfin la technique je cherchais qui a transformé ma vie professionnelle et personnelle. Voilà, c'est une vraie révélation pour moi et c'est ce que je cherchais à obtenir finalement en faisant ces formations initiales (E9)</p> <p>c'est une technique qui professionnellement remue pas mal parce que ça nous oblige à sortir de toutes les ... tous les apprentissages classiques qu'on a eu pendant toutes ces années-là[...].il faut faire un reset, on commence par faire un reset de tout ce qu'on vous a appris, pour vous ouvrir enfin à cet outil hypnose(E9)</p> <p>l'outil hypnose ils vont être formés et ensuite le façonner pour l'utiliser dans leur technique, mais, initialement il faut vraiment qu'ils s'ouvrent à cette approche, qui est globale euh... pour la comprendre, pour la pratiquer, et ensuite, comprendre comment ils vont arriver, justement, à pratiquer les 2 ensemble(E9)</p> <p>Mais il faut momentanément éloigner...s'éloigner un petit peu de ses connaissances classiques pour justement prendre un peu de recul et savoir comment ensuite pouvoir l'intégrer(E9)</p> <p>ça ouvre une sensibilité particulière des thérapeutes(E9)</p> <p>C'est quand même satisfaisant, je dis toujours à ma retraite, je vais pas me passer des beaux cas d'implants par contre elle, je peux la regarder toute ma vie, je suis heureux de voir ça, on est heureux de voir ça, humainement, ça vaut tout l'or du monde(E10)</p> <p>mais j'ai des copains qui me disent « tu m'as sauvé la vie, tu m'as changé la vie », moi j'aime bien entendre ça.(E10)</p> <p>c'est un facilitateur je dirais déjà dans ma manière d'être ou de travailler (E11)</p> <p>on est d'abord ce que l'on est auquel on ajoute l'hypnose(E11)</p>
	Protection juridique	je dis attention, les procès vont arriver pas par ce que vous avez fait en bouche, il vont arriver parce que vous avez pas été humain, vous avez des mauvaises paroles au mauvais moment ! (E10)
Soins améliorés	Pour le patient	<p>les soins sont plus rapides et sont faits dans de meilleures conditions (E1)</p> <p> finalement ça aura toujours un bénéfice ...tu limites le temps de traumatisme(E1)</p> <p>Les infirmières préfèrent un soignant un peu moins disponible mais un enfant calme qui ne bouge pas et qui rigole (E1)</p> <p>... pour qu'on ait des petits trucs techniques... pour avoir une vision un peu plus large, avoir plus de cordes à mon arc(E3)</p> <p>c'est un outil supplémentaire pour le stress, la douleur, c'est très utile aux Urgences(E3)</p> <p>Tu peux le faire de façon très rapide, donner des conseils avant de repartir, un outil de type auto-hypnose(E3)</p> <p>le temps au bout duquel ça va agir, ça donne cette impression, c'est-à-dire que le patient va ressentir tout de suite une amélioration de la situation(E4)</p>

APPORTS PROFESSIONNELS

c'est intégré, c'est un outil qui est intégré dans ma pratique directement, pour le confort du patient(E9)

L'hypnose pour moi c'est ça quand tout est un peu trop mêlé, pour sortir les gens de ça mais ce n'est pas une psychothérapie(E7)

j'utilise beaucoup le corps pour faire ressentir aux gens quand il y a un problème, je leur explique qu'ils peuvent potentialiser un problème avec le côté psychosomatique. En consultation je dépasse ce stade et je leur dis de faire ce travail-là, je leur montre et je leur dis qu'ils ont intérêt... qu'ils vont pouvoir le refaire chez eux(E7)

donner ce sens pour plus tard, pour le patient, j'ai l'impression qu'il va pouvoir continuer(E7)

C'est juste un outil, avec cette notion de réconfort (E7)

ce qui change c'est que le patient ça devient confortable pour lui, donc on lui apporte un outil qui permet de le mobiliser, de le traiter sans aucune douleur, c'est quand même pas négligeable (E9)

c'est tellement riche pour le patient, l'expérience est tellement riche pour le patient et confortable, que je me limite pas(E9)

sans grand risque pour le patient c'est du réel, le côté pratique il y a un impact direct sur le patient quoique cet impact dans le cas où les choses ne soient pas totalement maîtrisées ou qui pose tellement de surprise, il n'y a pas de risque, ce n'est pas un apprentissage ou un jeu d'apprenti sorcier(E4)

finalement quand ça bute, ça bute et moi je me dis ben on laisse tomber...en fait c'est pas grave si ça marche pas...(E6)

si on le pratique en prenant toutes les précautions nécessaires, y a aucun danger à la pratique de l'hypnose(E9)

largement 40% des demandes sont des demandes de baguette magique alors moi je les prends pas déjà dès le départ...du style « je voudrais perdre 30 kg en une séance », oui, moi je prends pas euh... ce genre de demandes, ce qui ouvre entre parenthèses la porte aux charlatans, c'est un énorme problème en l'occurrence, ça c'est LE gros problème, c'est l'aspect justement magique bidon enfin, voyez ce que je veux dire, qui est tout à fait exploité par le charlatan de base, et la plupart des gens n'y connaissant rien, et étant complètement influencés par une image de l'hypnose qui est une image traditionnelle voyez, l'hypnotiseur de foire et puis ce qu'ils voient à la télé, Messmer...(E8)

quoique... des gens qui sont sans scrupules qui font ça pour le fric, ou qui font ça pour le spectacle ou qui font ça pour leur gloriole personnelle enfin ça, il peut y avoir 50 motivations, il y en a plein là maintenant qui font de la pub ou qui promettent.... Vous pouvez aller voir sur le Net...Hallucinant, ça pousse comme des champignons et on est dans quelque chose qui est dangereux pour le patient parce que le pauvre patient il y connaît rien sauf ceux qui sont déjà bien renseignés(E8)

très très vite ça incite un certain nombre de personnes à déborder de leur cadre de travail et ça, ça c'est quelque chose qui de fait rend la pratique dangereuse parce que sortir de son cadre de travail ça veut dire toucher à des choses qu'on sait pas faire, et on peut pas faire de l'hypnothérapie quand on a pas une formation de psycho bétonnée(E8)

vous, vous débordez de votre cadre professionnel et vous vous amusez à aller soigner des choses que vous ne savez pas soigner parce que, ben parce que vous êtes pas formé pour ça, vous avez pas les compétences, ce qui est dur à dire et à entendre(E8)

ça c'est un gros problème, on voit de ce fait ben par exemple, des infirmières qui se lancent dans la thérapie sauf qu'elles n'ont pas la formation psy ou un vernis, et ça c'est un vrai problème(E8)

ça leur semble naturel mais elles se rendent pas compte que elles débordent complètement de leur cadre de travail et que y a un moment où elles deviennent dangereuses (E8)

du coup ma stagiaire qui est infirmière s'est trouvée à prendre en charge quelque chose qu'elle n'aurait jamais dû prendre en charge c'est-à-dire une patiente insomniaque mais qui à mon avis n'est pas qu'insomniaque non plus, parce que derrière y a un contexte psy que ma stagiaire a pas été capable d'évaluer et c'est normal c'est pas son rôle(E8)

Et là, je le dis, on court droit à la catastrophe et c'est très compliqué de faire comprendre ça à ces élèves-là parce que comme ils sont tombés dans la soupe, ils ont la puissance de l'instrument et ils se rendent pas compte qu'ils font n'importe quoi(E8)

APPORTS PROFESSIONNELS

ça reste quand même très très cadré, hein, euh et on martèle, et à Lyon en tout cas on le martèle à chaque cours, à chaque supervision que le professionnel de santé formé il doit rester dans le cadre de sa pratique professionnelle, c'est-à-dire l'infirmière elle est là pour faire des soins et elle fait ses soins avec l'outil hypnose, euh, le psycho il fait de l'hypnothérapie, il fait de la psychothérapie sauf qu'il la fait en hypnose et en pratique hypnotique, que le médecin généraliste ben il fait ce qu'il aurait fait dans sa consultation de généraliste sauf que il a l'outil hypnose et que l'hypnose est un outil, voilà(E8)

c'est un outil, et ça c'est LE message peut-être essentiel à faire passer, parce que, quand ça marche bien on a l'impression en effet, et c'est vrai, qu'on a accès à un univers beaucoup plus large qu'un outil, c'est vrai, et justement parce que cet univers-là est ouvert, il faut surtout pas s'y engouffrer parce que c'est là qu'on fait des catastrophes (E8)

L'hypnose est un outil dangereux quand on ne l'utilise pas avec ses compétences professionnelles, et alors ça ça doit vraiment être le leit-motiv que tout le monde doit intégrer(E8)

des patients qui ont déjà fait de l'hypnose ... parfois des professionnels de santé sérieux mais qui étaient pas dans leur cadre de travail hein, et qui en ont débordé, parfois des charlatans complets, dont des gens que je connais pas du tout, mais bon, et donc ça a été fait n'importe comment et donc ensuite c'est des patients qui ont une appréhension vis-à-vis de ce qu'on peut faire comme travail, et donc déjà c'est très compliqué parce que et ben ils arrivent avec une appréhension et donc il faut essayer de sédater cette appréhension, et les choses sont donc beaucoup plus compliquées

vous avez des gens formés en 3 jours qui se disent hypnothérapeutes (E10)

c'est un outil très puissant pour l'avoir pratiqué. Je sais ce qui faut faire ou ne pas faire, et vous ouvrez des boîtes de Pandore, et malheureusement, les charlots comme Messmer et d'autres, ça c'est pas bon parce que ils jouent avec le cerveau des gens et ça c'est inadmissible(E10)

je vois même des confrères qui commencent à être borderline parce que, Erickson était quelqu'un avant tout d'humaniste, maintenant qu'il y a la mode, ben y a un côté l'humanisme se transforme en pépettes, et ça, a me gêne un peu(E10)

Pendant la catalepsie, ils bougent pas, je peux partir pendant un quart d'heure, prendre un café, il a pas bougé. Ca ça dérange toujours un peu... parce que vous dirigez quand même l'autre. L'hypnose est interdite par les conventions de Genève comme outil coercitif. C'est un outil très puissant, mis entre de mauvaises mains(E10)

en hypnose profonde, je peux très bien faire une suggestion pour faire échouer l'étudiant, il le saura JAMAIS(E10)

un traitement Le médicament ne fait pas tout(E5)

tu perds en efficacité si tu l'annonces pas et que les gens viennent pour ça, ça fait aussi partie de l'effet placebo, et ça diminue aussi l'effet nocebo donc....(E5)

ça te conforte dans cette idée à contre-courant que tout n'est pas que de la technique(E5)

on peut déclencher quelque chose qu'on ne connaît pas et qui va donner des résultats(E7)

on va toujours pouvoir utiliser le processus hypnotique pour faire mieux, plus facilement pour aller plus loin, que ce qu'on aurait fait en thérapie traditionnelle. Et ça c'est valable pour tous les patients(E8)

en psychothérapie, ça c'est absolument évident qu'avec l'outil hypnose on a des résultats qu'on a absolument pas en thérapie traditionnelle(E8)

on a des techniques en hypnothérapie qui sont des techniques dont un certain nombre sont empruntées aux TCC, il faut aussi le dire, hein, par exemple l'exposition aux phobies qui se fait en processus hypnotique, ben c'est extrêmement intéressant parce que on double l'efficacité d'une.. d'un procédé thérapeutique (E8)

en processus hypnotique, on a quelque chose de beaucoup plus rapide, de beaucoup plus profond, et qui permet au patient d'aller beaucoup plus loin, beaucoup plus vite(E8)

là, les statistiques qu'on a sont formelles sur la façon dont les patients s'endorment et se réveillent ça se passe beaucoup mieux, les séquelles, les suites en post op sont beaucoup plus confortables, on va dire ou en tout cas beaucoup moins désagréables, et les patients qui ont pu faire une préparation à la chirurgie sont beaucoup mieux déjà en salle de réveil, ils ont beaucoup moins d'effets secondaires, ils cicatrisent mieux, globalement(E8)

on observe même au niveau musculaire, une détente musculaire qui est beaucoup plus importante en transe qu'en détente normale (E9)

et on voit des résultats qui sont spectaculaires, que j'ai jamais obtenus d'ailleurs en kinésithérapie, entre 3-5 séances, on n'a plus ces problèmes-là (E9)

APPORTS PROFESSIONNELS

un outil
complémentaire, une
aide concrète pour le
soignant

c'est un vrai amplificateur de résultats(E9)

qui apportent un confort pour le patient, pour les soignants parce que les patients sont quand même plus détendus et plus sereins, un confort pour la société parce que ça coûte moins cher, ils sortent plus tôt, y a moins de médication, enfin, tout mis bout à bout, c'est un gain non négligeable pour tout le monde du début de la chaîne jusqu'à la fin(E9)

... on appelle ça comment ? une psychothérapie brève ! parce que j'ai effacé un trauma, j'ai effacé 2 traumas ! l'intrusion buccale + la peur du dentiste ! (E10)

c'est toujours... ça relève toujours un petit peu non pas de la magie mais du mystère(E11)

Il faut déjà retenir un point d'inflexion vers une amélioration, en complément du traitement médicamenteux, et c'est intéressant de voir les moments où les 2 sont concomitants(E4)

Ca m'a énormément aidé dans mon travail, je suis une soignante, une femme de terrain une infirmière et mon travail c'est d'accompagner les gens et je retrouve exactement ça dans mes consultations pour accompagner les gens dans les douleurs, dans les troubles du sommeil, ... accueillir la souffrance, la libérer(E2)

au long du parcours de vie je me suis rendu compte qu'on a développé des ressources, des compétences par rapport à des situations difficiles et maintenant quand il y a d'autres situations qui se présentent, on a un bagage supplémentaire pour pouvoir les aborder différemment et d'être dans l'empathie avec l'autre tout en ayant du recul et en l'aidant à accueillir ce qui se présente dans le présent(E2)

Ca facilite le soin, pour tout(E2)

d'amener l'autre à donner le meilleur de lui-même en ayant nous cette attitude cela permet une qualité de soin j'en suis convaincue, qualité de soin c'est-à-dire qu'on pose plus facilement une voie veineuse, c'est pour des gestes banals mais quotidiens(E2)

de renforcer la Présence avec un grand P majuscule la présence soignante et en même temps d'avoir à disposition un outil à utiliser dans certaines circonstances dans le soin (E4)

l'intérêt c'est pour grandir la palette de possibilités de soins pour le patient et ne pas rester sur le chimique, le médicamenteux et le technique(E4)

une formation et une pratique de l'hypnose amène à un autre niveau, un niveau supérieur, à un niveau plus vaste, à un niveau plus sensible pour être euh... pour être à l'écoute vraiment de là où se trouve le patient et comprendre la situation qu'il vit, pour lui donner les moyens de cet accompagnement(E4)

la formation à l'hypnose renforce, ça n'a pas changé, mais renforce la sensibilité à voir le patient(E4)

c'est quelque chose de disponible, quelque chose de plus...que le patient peut aussi refuser(E4)

c'est quand même du plus, ça fait plus de cordes à son arc(E5)

Tu peux jouer de ça pour une plus grande efficacité, c'est ça qui est intéressant dans l'hypnose, c'est que tout est important, la communication verbale et non verbale(E5)

On recherche ce qui fonctionne, j'aime bien ça comprendre ...(E7)

Moi je pense que si c'est chronique c'est qu'on est pas le bon outil ...(E7)

puisque c'est un outil que j'ai, ce serait dommage que tous les patients puissent pas en profiter(E9)

sans mettre le mot hypnose derrière, on a tout un tas de techniques, pour pouvoir permettre justement de pas être du tout là et faire de l'hypnose conversationnelle, de faire un bon instant, un bon moment(E9)

moi je dis souvent, c'est mon 11^e doigt et je m'en sers... ben naturellement, sans limite particulière, y a pas de moment(E9)

bon ben voilà on vous donne l'outil mais vous ne savez pas comment vous en servir (E10)

Le langage il est universel(E10)

APPORTS PROFESSIONNELS

	<p>et j'endors [juste pas contact de l'outil sur la peau] et puis je mets en catalepsie, c'est immédiat. Qu'on me dise pas que ça prend du temps et que ça rend pas service, mais ça fait des années que je me bats.(E10)</p> <p>je l'ai mis en catalepsie, donc catalepsie du doigt et de la mâchoire, d'accord, l'avantage, c'est qu'il bouge plus et je ferme le robinet de la salive(E10)</p> <p>ils ont commencé à utiliser et ils se sont rendu compte que ça marchait que c'était intéressant(E11)</p> <p>dans la pratique ça apportait aux autres quelque chose et puis, oui, ça leur a donné le goût et puis ça leur a montré effectivement que c'était un plus pour tout le monde, le patient, le praticien(E11)</p> <p>en radiologie où ils ont eu un certain nombre de succès plus que notables, mais vraiment très positifs, que ce soit un travail sur les angoisses des patients, un travail sur la douleur des patients, un travail sur l'anxiété, un sur le calme aussi obtenu, permettant la réalisation d'exams ou d'actes qui en-dehors de l'hypnose auraient pas été possibles(E11)</p> <p>c'est un facilitateur je dirais déjà dans ma manière d'être ou de travailler (E11)</p> <p>l'hypnose est un outil dans sa boîte à outil alors c'est un outil, une technique, tout ce qu'on veut mais c'est pas une fin en soi(E11)</p> <p>on reste d'abord ce que l'on est auquel on adjoint une technique qui peut être effectivement révolutionnaire</p> <p>en particulier en situation critique quand on est en situation un peu exceptionnelle, tout se raccorde, même si c'est pas une situation d'urgence, de réa, des choses se remettent en place, et font que vous êtes là pour accompagner les gens et vous les lâchez pas et vous continuez en se fixant un objectif(E2)</p> <p>avoir le réflexe de pratiquer une séance qui s'ajuste à ce moment d'urgence, parce que c'est un moment d'urgence, mais c'est possible, parce que... régulièrement ça marche, en complément(E4)</p> <p>c'est très rapide, ... c'est une séance que j'appelle une séance d'urgence(E4)</p> <p>pas de miracle En fait c'est surtout des situations d'urgence et l'urgence c'est maintenant qu'ils en ont marre et c'est maintenant qu'il faut les traiter (E7)</p> <p>moi je suis toujours personnellement très étonnée de l'hypnose miracle, parce que, moi, ce n'est pas ce que je vis(E8)</p> <p>parfois sur certains patients, parfois sur certains patients, le processus hypnotique peut être thérapeutique en soi, c'est-à-dire que le patient en processus hypnotique il va faire un travail intérieur qui va l'amener à aller mieux et des fois on sait même pas ce qu'il a fait, lui sait pas mais le thérapeute sait pas. Ca ça arrive, c'est ce que j'appelle, l'hypnose miracle, ça arrive, ça existe, c'est peu fréquent (E8)</p> <p>l'hypnothérapie fait pas des miracles mais enfin quand même sans faire de miracle ça dépatouille quand même bien les patients(E8)</p> <p>Parce qu'ils croient, les gens, qu'ils ont un truc miracle, je vous fais de l'hypnose et... mais non ! ils ont rien compris !(E10)</p>
Valorisation	<p> finalement l'hypnoalgésie, c'est une pratique où les auxiliaires on est un peu en 1e ligne ... c'est assez valorisant. C'est complètement reconnu par l'équipe(E1)</p> <p>j'ai beaucoup de retours positifs des collègues, des parents, et même des enfants, du coup, c'est valorisant, moi je suis assez fier de faire de l'hypnoalgésie(E1)</p> <p>Quand t'es AP dans les textes en fait tu n'as pas de rôle propre(E1)</p> <p>Des fois en fait je trouve presque ça gênant parce qu'il peut y avoir un côté spectacle, sur des sutures ou des réductions, les parents vont plus voir ce que je fais que les docteurs et je vais avoir plus de remerciements et de reconnaissance que les docteurs qui ont fait la suture ou la réduction(E1)</p> <p>c'est-à-dire qu'en tant qu'infirmière je ne peux rien faire, je ne suis rien(E2)</p> <p>Il faut former les aux [auxiliaires de puériculture] car ce sont les plus disponibles, ça les valorise et ils sont au quotidien de l'enfant(E3)</p> <p>ah oui, la crédibilité est plus forte, c'est certain(E7)</p> <p>l'équipe s'est un peu retrouvée, une équipe en souffrance avec effectivement un centre d'intérêt, quelque chose qui semblait différent quelque chose qui revalorisait les gens et ça c'est extrêmement important(E11)</p> <p>[des patients] qui étaient très reconnaissants(E11)</p> <p>ceux qui l'utilisent le plus sont les aides-soignantes parce que c'est une revalorisation énorme de leur fonction. Elles ont pas d'outil elles pour être efficace sur ... le mal-être d'un patient(E11)</p>

APPORTS PROFESSIONNELS

De nouvelles aptitudes du soignant	<p>dans cet état particulier lorsqu'on fait une séance avec un patient, on est soi-même forcément en transe si on veut vraiment être complètement en phase et ça fait émerger chez le thérapeute une sensibilité poussée à l'extrême, c'est-à-dire qu'on va jusqu'à ressentir, ou si vous préférez avoir une intuition et des ressentis particuliers sur ce que vit le patient(E9)</p> <p>... Ca ouvre vraiment pour moi des portes, et c'est une relation qui se passe de manière intuitive entre le patient et le thérapeute. Et je pense que plus on le pratique et plus on est réceptif à ça, sorte de transmission de pensées...(E9)</p> <p>Une vraie communication d'inconscient à inconscient qui se passe. Et souvent le patient nous dit : « c'est fou, y a un moment vous avez utilisé un mot, c'est exactement ce que je suis en train de vivre ». et ça c'est très fréquent.(E9)</p> <p>J'estime qu'il faut l'être tout le temps, c'est-à-dire, qu'il faut pas dire « ben aujourd'hui je suis en forme je vais faire de l'hypnose », non, moi systématiquement mes patients sont relaxés, je leur dis pas que je fais de l'hypnose, Ca c'est hyper important, Erickson il disait pareil, « je vais pas vous faire de l'hypnose »(E10)</p>
autonomie majorée du soignant	<p>avait l'infirmière douleur, à chaque fois, il fallait l'appeler car soi-disant, on n'était pas formé, et en fait, on l'attendait, et elle apportait rien du tout donc on s'est dit que c'était plus facile de pas en dépendre, d'être autonome(E3)</p> <p>, pour moi l'hypnose, déjà en soi ça n'existe pas c'est des états on va voir, un niveau de conscience et on peut jouer là-dessus, mais pour moi c'est au sens strict une religion, c'est-à-dire la religion ou « religare », vous reliez les hommes par un langage commun universel. C'est-à-dire, moi il m'est arrivé de traiter par exemple une chinoise, je parlais pas un mot de chinois(E10)</p>
Capacité d'adaptation	<p>la capacité d'une personne qui fait de l'hypnose c'est qu'elle a une capacité à s'adapter. (E2)</p> <p>il y a toujours une adaptation en fonction de la situation et en fonction de chaque patient, et les séances ne sont jamais les mêmes même pour un même patient, même s'il présente les mêmes symptômes qui peuvent revenir, les séances ne se ressemblent jamais(E4)</p> <p>que faire une séance d'hypnose c'est aussi vivre une séance d'hypnose, quand on fait une séance à quelqu'un, on est, d'une certaine façon en transe (E4)</p> <p>ce qui est difficile c'est quand quelqu'un vous dit « ben voilà je voudrais me retrouver à faire une balade à cheval », quand vous vous avez jamais fait de cheval, vous vous dites ben qu'est-ce que je vais pouvoir raconter...justement les formations vous donnent des outils pour avoir toujours un plan pour pas vous noyer en cours de route(E6)</p>

RELATION CENTREE PATIENT

Relation médecin-malade	affectivité	Je me souviens d'un adolescent qui voulait me faire un câlin parce qu'il avait fait un beau voyage en Inde pendant l'hypnoalgésie(E1)
		vous pouvez être en accord avec l'autre sans vous faire phagocyter(E2)
	être en relation à travers le soin / être dans le soin à travers la relation	c'est ce dont j'ai toujours eu envie d'accompagner la personne d'être en relation avec quelqu'un à travers un soin ou un acte(E2)
		on peut accompagner les gens dans la richesse d'un échange pour une meilleure qualité du soin(E2)
		alors si possible j'essaie de serrer la main sans gant, mais oui, je trouve que ça crée quelque chose, ça imprime quelque chose à la relation, voilà. Et puis c'est lui et moi, c'est pas simplement se présenter comme ça en disant je vais vous prendre en charge avec toute l'équipe, oui, le lien il est plus...[personnalisé]...c'est à la fois symbolique mais c'est plein de sens pour moi(E6)
		dans ma formation, il y a beaucoup de psychologues, ... qui utilisent les mots, mais moi c'est le corps, c'est bien pratique, de faire ressentir à la personne, je ne touche que là où ça fait mal, parce que je connais les points, le reste ne m'intéresse pas(E7)
	Approche globale	oui finalement y a peu d'approches holistiques,... on a vraiment peu d'approches globales, c'est pour ça d'ailleurs que les homéopathes ont un tel succès aussi parce qu'ils prennent le temps de discuter, je sais pas si l'homéopathie y est pour quelque chose je veux dire au niveau moléculaire mais y a une approche qui est différente et les patients y ont aussi besoin de ça(E8)
		en kiné on apprend un genou, ça se réduit comme ça, et ben là en hypnose, c'est pas un genou qu'on réduit c'est une dame, une personne(E9)
		pour l'ostéo c'est quand même très structurel, on est vraiment sur le corps, on n'a pas une approche quand même très globale du corpsLa médecine chinoise a commencé, justement, à m'ouvrir des portes puisque, on regarde le corps de manière plus générale, on fait des bilans plus complets, en tenant compte des 9 pouls, en tenant compte de la langue, des yeux, tout ça, mais l'hypnose c'est vraiment la partie, elle, qui prend pour moi le patient dans sa globalité complète. Donc c'est le niveau encore au-dessus, au niveau de la prise en charge globale du patient(E9)
	respecter le patient/l'écouter	c'est un lien qui se fait, expliquer aux gens sommairement comment ça va se passer, leur demander s'ils ont des questions, et s'intéresser à eux, à ce qu'ils sont vraiment(E2)
	s'intéresser aux patients	de lui faire des suggestions, de l'accompagner c'est différent, ça va prendre le même temps mais pour la personne le vécu, c'est différent. On se réveille comme on s'endort, c'est extrêmement flagrant pour les enfants(E2)
		vous observez votre patient, vous observez cette personne et de toute façon en langage non-verbal vous la décryptez(E10)
		Ce qui est très très important c'est d'être dans le respect du patient, quand vous faites quelque chose et que vous êtes dans le respect de la personne ça se sent(E2)
		ça demande de l'effort, déjà c'est là (elle se lève du fauteuil à côté de moi, va s'asseoir derrière son bureau qui nous sépare donc, tape sur son clavier en regardant son écran et dit « oui alors vous me disiez ... » sans me regarder) c'est pas pareil ...quand j'accompagne les gens je suis vraiment là (elle est à 30 cm de moi, à côté, rapproche encore son fauteuil), je regarde respirer, je suis à côté d'eux(E2)
		on en a tous des limites mais dans la relation à l'autre si on n'accepte pas ce qu'il nous présente au départ, il peut pas y avoir de relation de confiance(E2)
		c'est un peu de la socialisation, je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire, voilà, à un moment donné, on est égaux, et puis, c'est pas un patient, c'est vraiment un individu, une personne(E6)
		s'occuper plus du patient au lieu de le traiter comme un objet, « le 273 qui a une cholécystite », ça peut devenir « Pierre, qui justement hier soir, a... », beaucoup plus d'humanité dans les soins, ça devient des êtres humains qui soignent au lieu d'être des robots qui soignent. Alors ça, c'est évident !(E8)
		Ca a changé la vision du patient, la vision d'une manière générale, l'approche du patient, l'écoute, euh...le discours, le langage, que j'utilisais, mon approche, et puis tout simplement mon plaisir de travail. On aborde le patient d'une manière complètement différente, on apprend à l'écouter et à l'entendre, parce que écouter c'est une chose et entendre, c'est encore autre chose, on apprend à s'adapter à lui, ce qui change beaucoup par rapport à ce que nous on nous apprend (E9)

RELATION CENTREE PATIENT

autonomisation du patient

on l'écoute et chacun des mots qu'il utilise a son importance(E9)
il faut vraiment faire un reset complet de tout ce qu'on a momentanément connaissance, se détacher de tout ça pour qu'est-ce que le patient m'apporte et qu'est-ce qu'il vit, en sachant qu'on a toujours les outils qui sont là pour nous accompagner si on en a besoin. En effet, on enlève cette carapace de thérapeute pour venir à l'écoute complète, et à l'écoute générale, dans tous les sens...(E9)

La relation devient roi, on prend en compte l'inconscient du patient(E10)

c'est de redonner à l'autre sa partie d'acteur, de sa vie(E2)

on accepte que la personne vive ce moment-là à sa manière, c'est lui qui est acteur, nous on ne fait que l'accompagner, c'est lui qui fait l'hypno et le chirurgien accepte que la personne le vive comme elle a envie, si elle veut parler, elle peut parler, elle peut chanter, pleurer, voilà, le chirurgien il prend la position basse (E2)

dans cette attitude-là, on les remet en tant qu'acteurs, on leur fait prendre conscience qu'ils ont des capacités et des ressources qu'ils peuvent utiliser quand ils en ont envie, quand c'est le bon moment pour eux(E2)

c'est ça l'avenir, surtout de l'ambulatoire, des urgences et autre. C'est de remettre les patients acteurs. De leur vie(E2)

on les rend plus acteurs. C'est la motivation du patient qui est importante(E2)

c'est quelque chose de disponible, quelque chose de plus...que le patient peut aussi refuser(E4)

déjà en amont, la demande ou la nécessité pour ce type de pratique est tenue par le patient, je veux dire, ce n'est pas le soignant qui décide(E4)

c'était pour moi une nouvelle prise en charge des patients, différente, qui me semble respecter davantage le patient en tant que tel, lui laisser une certaine liberté(E6)

Je considère que le patient c'est à lui de savoir(E7)

c'est ça, je sais pas si je vais revoir mes patients(E7)

On est beaucoup plus efficient en expliquant, sinon c'est pas cohérent avec l'ostéopathie, aucune chance pour que ça revienne pas parce que le muscle va retirer dessus(E7)

Mais le fait de faire revenir le patient pour rien et de m'emmerder dans mon job et puis vous pouvez leur faire mal(E7)

l'hypnose, je vous dis tout de suite beaucoup de patients me disent » je viens chercher la baguette magique [...] et VOUS allez me ... nananananana", moi je rien du tout (rises) moi je ne suis que le passeur entre vous et vous...(E8)

on a quand même beaucoup cette demande de baguette magique...(E8)

un tiers des patients, c'est d'ailleurs les patients avec lesquels on aura aucun résultat bien entendu hein, vient dans la demande baguette magique(E8)

il faut vous effacer devant la réussite de l'autre, parce que si on s'efface pas, que ça soit pour maigrir, pour réussir le concours d'avocat, tout ce que j'ai pu faire, et ben c'est plus sa réussite et puis s'il a un échec ce sera votre échec aussi, or son échec, il lui appartient(E10)

ce que je fais systématiquement, je la remercie et je ratifie, c'est le mot Ericksonien, « je vous remercie, j'ai rien fait » parce que si vous repassez en mode haut, immédiatement ça détruit « grâce à moi, vous avez... », non ! Là vous allez en prendre une, « moi j'ai rien fait, vous y étiez quand même !"(E10)

alliance thérapeutique

il faut avoir la confiance de la personne, l'alliance thérapeutique on appelle ça, une fois qu'on a la confiance, c'est-à-dire que la conscience critique de la personne ou que l'enfant se sent en sécurité, la personne va s'autoriser à être et à travailler différemment(E2)

surtout surtout surtout bien sûr y a l'alliance thérapeutique qui fait ENORMEMENT bien entendu(E8)

moi au bout de ma journée de boulot, je suis KO alors que peut-être ils ont vu des gens qui ronronnaient dans leur fauteuil, parce que ça, ... ça existe ...et... si le thérapeute il est pas investi, ben bizarrement le patient il avance pas.. Alors, c'est vrai en médecine, mais alors en psychothérapie, alors là, je peux vous dire...(E8)

que si le thérapeute ne mouille pas sa chemise le patient stagne, il fait rien. Donc moi je la mouille pas, je la trempe ! (E8)

RELATION CENTREE PATIENT

ça noue vraiment des liens thérapeutiques, qui sont beaucoup plus forts, le patient se confie beaucoup plus, et puis il a l'impression et il voit qu'il est beaucoup plus écouté, que ce qu'il a parfois pu voir(E9)

Surtout ce qui est important c'est le débrief, pour moi, c'est devenu classique, j'ai ça tous les jours, tout le temps(E10)

lâcher prise, qu'on abaisse nos propres résistances on a plus de lâcher prise on a moins de jugement ou pas d'appréhension on prend l'autre comme il est et dans changement de position cette relation-là (E2)

La position du soignant elle a quand même toujours été comme ça (*Y se lève et me domine tout en parlant*) « c'est moi qui décide, t'es là comme ça OK c'est moi qui décide parce que c'est moi qui sais ce qui est bien » mais on lui demande pas sa participation(E2)

ah oui, moi je le pense, l'hypnose c'est l'école de l'humilité, tu es encore plus dans le soin(E5)

Normalement tu descends de ton piédestal(E5)

j'ai eu un psycho qui vous donnait des cours accroupi ! En moins de 2 cours, tout le monde le tutoyait(E5)

j'étais déjà dans une posture, euh... comment dirais-je, basse, oui, euh, oui, enfin si y a un truc nouveau, je serre la main au patient, je faisais pas ça, quand je prends en charge un patient, je me présente et je serre la main, et ça je faisais pas...(E6)

mais il me semble que j'ai toujours été dans l'ouverture, l'approche holistique, la bienveillance vis-à-vis du patient, alors ça c'est sûr, ça, la première des qualités, peut-être du thérapeute, c'est la bienveillance, euh, très Rogerienne d'approche (rires), je dirais, euh, la bienveillance, l'écoute du patient, le désir de l'aider, ça c'est sûr, le désir qu'il soit mieux après qu'avant (rires) et ça j'ai toujours été là-dedans, donc ça a rien changé pour moi(E8)

Pour beaucoup de collègues, euh qui étaient plus dans ce qu'on va appeler une position haute, ça a changé des choses, pour beaucoup de collègues ça a changé des choses dans leur approche holistique, justement(E8)

mes collègues médecins qui ont été formatés comme ça, je dis bien formatés, et je leur jette pas du tout la pierre, je vous dis, je sais ce que c'est que les études de médecine, euh... et qui peut-être au départ avaient une position plus haute, au sens de ..ben « c'est moi qui sais, c'est pas le patient »(E8)

peut-être que le patient il sait des choses de lui qui vont être utiles et que le médecin il a heureusement des tonnes de connaissances que le patient n'a pas et heureusement, mais que ces connaissances-là elles vont peut-être être mises au service de ce que le patient sait de lui-même et qu'on va pouvoir faire ça en synergie et du coup on va pouvoir peut-être faire quelque chose de plus utile, de plus congruent, et puis qu'on va pouvoir travailler main dans la main sans écraser le patient de sa science (E8)

il s'agit de mettre les compétences du patient et les compétences du thérapeute dans le même cheminement pour le mieux-être du patient(E8)

s'occuper plus du patient au lieu de le traiter comme un objet, « le 273 qui a une cholécystite », ça peut devenir « Pierre, qui justement hier soir, a... », beaucoup plus d'humanité dans les soins, ça devient des êtres humains qui soignent au lieu d'être des robots qui soignent. Alors ça, c'est évident !(E8)

j'ai envie de dire que je me suis mis en-dessous du patient, contrairement à ce qu'on a un petit peu l'habitude de faire en tant que thérapeute, impression que nous on sait et que le patient ne sait pas(E9)

là justement, on ne sait rien du patient, c'est lui qui nous apporte tout, et par conséquent, ben on s'adapte à lui, on est en-dessous du patient ou en tout cas au même niveau, c'est la fameuse position basse(E9)

ça change beaucoup la relation au patient(E9)

il faut avoir l'humilité de s'effacer, c'est pas facile, c'est pas facile je suis le premier à le reconnaître parce qu'on a notre ego(E10)

on a un gros problèmes chez les dentistes, peut-être moins chez les médecins, on a un ego assez développé et souvent j'ai choqué les confrères en disant : « , il faut passer en position basse, parce que c'est là c'est la réussite de l'autre, c'est sa cicatrisation, ... » (E10)

[la patiente ajoute « vous m'avez fait confiance aussi, c'est extrêmement important, on se retrouve plus dans la position de celui qui subit, en plus quelqu'un qui a un savoir un peu opaque, on sait pas trop ce que vous faites avec vos machines et vos machins et de se dire ... »] je m'en lasse pas!(E10)

ce que je fais systématiquement, je la remercie et je ratifie, c'est le mot Ericksonien, « je vous remercie, j'ai rien fait » parce que si vous repassez en mode haut, immédiatement ça détruit « grâce à moi, vous avez... », non ! Là vous allez en prendre une, « moi j'ai rien fait, vous y étiez quand même ! »(E10)

RELATION CENTREE PATIENT

	je n'ai aucun problème pour ... c'est même pas descendre, mais c'est ne pas monter sur un piédestal quand j'aborde les patients(E11)
Exigences du patient	<p>je trouve qu'il y a quand même un certain changement , c'est-à-dire que les patients posent davantage de questions par rapport à la prise en charge, qu'est ce qu'on leur fait, à quoi ça sert, par exemple quand on leur pose une perfusion, qu'est ce que c'est, etc...(E6)</p> <p>on dit être acteur de sa prise en charge, oui, ils ont un petit peu cette tendance à comprendre, à vouloir savoir ce qu'on leur fait(E6)</p> <p>par rapport à l'hypnose je peux pas dire qu'il y ait une exigence(E7)</p> <p>on a quand même beaucoup cette demande de baguette magique...(E8)</p> <p>un tiers des patients, c'est d'ailleurs les patients avec lesquels on aura aucun résultat bien entendu hein, vient dans la demande baguette magique(E8)</p> <p>un tiers des demandes dont je me rends bien compte, c'est pas une demande baguette magique au départ mais sur le fond c'est quand même une demande de baguette magique, quand on fait un premier entretien où on voit quand même que le patient il est dans l'attente de quelque chose qui va lui tomber dessus et que, évidemment l'hypnose c'est pas ça(E8)</p> <p>oui, on a des patients et des élèves qui sont de plus en plus des consommateurs(E8)</p> <p>Et le patient aussi il est dans une démarche de consommateur, tout tout de suite et sans effort ! Oui, oui, ça vraiment depuis 10-15ans je vois une vraie évolution dans ce domaine, tout tout de suite sans effort(E8)</p> <p>j'ai quelques patients qui me posent des lapins, chose que... alors ça aussi c'est nouveau voyez les lapins, il y a encore 10 ans j'avais pas de lapins, mais quand je dis pas, pas(E8)</p> <p>... des patients qui sont pas investis, des patients qui croient à l'hypnose-miracle, des patients qui ont pas envie que je les fasse travailler, qui ont pas envie de payer (E8)</p> <p>je pense juste qu'on touche plus de monde, avant ne venait en thérapie peut-être qu'une population déjà très formée, on va dire, maintenant aller chez le psy c'est plus banal, heureusement d'ailleurs, de ce fait on touche plus de monde, du coup on a plus de gens pas très honnêtes(E8)</p> <p>non, je ne constate pas d'évolution depuis les dernières années dans l'attitude des patients vis-à-vis du soin(E9)</p> <p>je dis aux confrères : « attention formez-vous avant que les patients vous demandent à être formés ! » et ça commence(E10)</p>

EQUIPE

Un passage de relai/un voyage sans coutures

avec l'expérience on se rend compte que ça commence bien avant dès la prise des constantes au tri par les infirmières et ça conditionne toute la suite du parcours de soin, puis la consultation avec le docteur qui a aussi sa part de responsabilité(E1)

on peut imaginer que l'aux [l'auxiliaire] commence et que l'infirmière arrive ensuite et prend le relai ou débute le soin(E3)

Mais ça reste important que toute l'équipe soit formée, ça donne un fil conducteur pour le patient, dès le début de sa prise en charge. Ce serait bien par exemple que dans le dossier on puisse noter les éléments d'accroche, pour aller plus vite et être plus efficace la fois d'après(E3)

Le temps de relève est ouvert à tous les personnels, au-delà des soignants, l'ASH est là, d'une certaine façon avec une posture de soignant, parce qu'il y a des alertes qui ne peuvent se faire que parce qu'elle a un œil malgré tout, elle a intégré la posture de soin (E4)

je m'étais battu pour qu'il y ait les infis d'à côté, qu'on forme les brancardiers à cette notion parce que quand ils les trimballent en sortie de bloc, qu'ils cassent pas tout le travail fourni, ça c'est important, c'est déjà ça, la communication, ce qu'il ne faut pas dire ou pas faire(E5)

c'est hyper important que toute la chaîne en fait, le soit. Et puis aussi, enfin, je parle du bloc opératoire, il faut que les chirurgiens soient convaincus de ça...(E6)

il faut une notion d'équipe, je leur dis toujours si votre secrétaire ou votre assistante vous casse la baraque, c'est pas la peine, ou les parents, dehors!(E10)

ET oui, si vous la [l'assistante] formez pas... j'ai formé des assistantes, j'ai donné des cours à des assistantes aussi(E10)

oui, ma secrétaire est venue à une journée de formation, et ben oui, moi dans mon cabinet, c'est pas une exigence mais quasiment (E10)

le 2^e groupe a inclus une autre catégorie socio professionnelle qui manquait c'était un brancardier, parce que je voulais que tout le monde puisse effectivement agir dans cette globalité des soins(E11)

on a inclus effectivement des personnels des brûlés, 4, des personnels de Réanimation, 4, donc à chaque fois je voulais un médecin, une infirmière, une aide-soignante et autre, ça pouvait être 2 aides-soignantes ou 2 médecins ou ... (E11)

Tous concernés dans un service

Les métiers représentés étaient infirmiers le plus grand nombre, aides-soignants, médecins et également une ASH(E4)

ce qui est intéressant à observer, c'est plutôt les collègues qui ne sont pas encore formés et qui sont parfois les personnes qui vont révéler, qui vont parler d'une situation presque d'une façon instantanée pour la proposer à celui qui est formé, qui vont devenir des personnes alertes(E4)

le fait d'être nombreux aussi fait que, finalement tous les jours il peut y avoir quelqu'un de disponible(E4)

les médecins pratiquent ici pendant leur tour médical ou revenant à un autre moment, ça va dépendre des situations(E4)

j'avais cité la présence d'une ASH. Cette personne ne peut pas pratiquer l'hypnose avec des patients, évidemment dans sa fonction dans le service elle n'est pas amenée à ce type de soins. Pourtant elle a eu la même formation.(E4)

la seule personne de notre formation qui est ASH, ça se comprend du fait de sa fonction, elle n'intervient pas directement dans un soin, mais elle aussi, régulièrement, elle nous alerte, sur des choses, sur des choses observées, elle n'en reste pas qu'à sa fonction, de façon obtuse, régulièrement, pratiquement tous les jours il y a quelques chose à observer, à transmettre(E4)

tout le monde devrait aller dans le même sens, respecter le temps de l'induction hypnotique, pas faire trop de bruit, euh, dire des choses positives etc...(E6)

..., le ratio par rapport à l'équipe ça suffit pas, il faut vraiment que on soit nombreux et puis de toute catégorie professionnelle(E6)

c'est hyper important que toute la chaîne en fait, le soit. Et puis aussi, enfin, je parle du bloc opératoire, il faut que les chirurgiens soient convaincus de ça...qu'ils soient favorables à cette technique parce que c'est aussi important(E6)

de manière spontanée et au grand dam de ma chef de service je lui ai proposé de former tout le personnel du service à l'hypnose(E11)

EQUIPE

Essaimer	<p>avec des formations de groupes multidisciplinaires [...] des médecins somaticiens, des psychiatres, des aides-soignantes, des infirmières et ... ça j'y tenais aussi, une manipulatrice en électro radiologie (E11)</p> <p>les personnes qui l'utilisait le plus et ça c'est un élément qu'il faut souligner, c'était les aides-soignantes et ceux qui l'utilisaient le moins c'était les psychiatres. Alors que ceux qui se sont précipités sur la formation initialement c'était les psychiatres alors qu'ils ne l'utilisent finalement pas tant. Les médecins l'utilisent moyennement et les infirmières ça dépend(E11)</p> <p>l'idée c'était d'avoir 80% du personnel du service formé à l'hypnose de manière à pouvoir proposer la technique 24h/24 à tout patient pouvant en avoir besoin(E11)</p> <p>je pense que c'est bien que les anesthésistes se forment, nous on en a de plus en plus, parce que depuis que les anesthésistes sont formés, les chirurgiens ont une approche qui est aussi différente et un regard différent, du coup ils disent ben tiens puisque les anesthésistes sont formés, autant que les infirmières anesthésistes soient formées, et puis tant qu'à faire, que l'aide-soignant soit formé également(E9)</p> <p>je suis intervenu cette année sur un module optionnel de la faculté de médecine et je me suis dit, ça y est, si on commence à intéresser les futurs médecins, dès leurs études, ben ils vont commencer eux aussi à essayer un peu plus cet outil-là dans les services (E9)</p>
Une façon différente de travailler	<p>on communique avec les autres avec des gestes(E1)</p> <p>ça demande vraiment un travail d'équipe, moi ce que je demande aux docteurs c'est de me laisser seul avec le patient pdt l'installation et de venir ensuite, discrètement sans faire de bruit(E1)</p> <p>comme le Dr G.... on a travaillé ensemble on a mis les protocoles avec les enfants et les adultes(E2)</p> <p>le chirurgien il prend la position basse c'est un travail d'équipe(E2)</p> <p>... vous pouvez commencer à dire des choses positives et puis y a le chirurgien qui arrive et qui vous casse le truc ou bien le médecin anesthésiste, oui, c'est vrai que si l'équipe ne fonctionne pas dans la même direction, c'est ... c'est ardu(E6)</p> <p>on peut pas être plusieurs à intervenir(E6)</p> <p>c'est quelque chose qui était au centre au fait de mon projet initial, c'est de se dire que quand 80% du personnel serait formé à l'hypnose, il flotterait dans le service une sorte d'ambiance hypnotique(E11)</p> <p>ce qui est complètement à l'inverse de ce qu'on leur apprend et qui amène effectivement une ambiance différente et pour les gestes les simples en se disant « mais tiens comment ça se fait qu'il n'y a pas eu d'hypnose pour ce geste-là ? »(E11)</p>
Un travail d'équipe amélioré	<p>ça ne gêne pas le travail global de l'équipe(E1)</p> <p>on forme une équipe depuis quelques mois il y a une dynamique et il y a une réelle envie d'avancer(E2)</p> <p>Le temps de relève est ouvert à tous les personnels, au-delà des soignants, l'ASH est là, d'une certaine façon avec une posture de soignant, parce qu'il y a des alertes qui ne peuvent se faire que parce qu'elle a un œil malgré tout, elle a intégré la posture de soin (E4)</p> <p>quand le projet battait son plein, ça a été fédérateur, l'équipe s'est un peu retrouvée, une équipe en souffrance avec effectivement un centre d'intérêt, quelque chose qui semblait différent quelque chose qui revalorisait les gens (E11)</p> <p>c'est vraiment ce que j'ai à un moment appelé la masse critique. A partir du moment où cette masse critique est atteinte, on n'arrive pas à une explosion mais plutôt à une sérénité. Et une sorte d'automatisme(E11)</p> <p>et le service d'urgences est typiquement un service qui nécessite un travail d'équipe et si on considère pas les gens qui font partie de cette équipe, c'est difficile(E11)</p>

EQUIPE

des difficultés à pratiquer
dans une équipe Acceptation
pluridisciplinaire

Si on est plus en relation avec l'enfant on l'est moins avec les autres soignants(E1)

je fais plus d'hypnose que d'anesthésie maintenant, et du coup en travaillant pas beaucoup on n'est pas très bien apprécié parfois de ses collègues(E2)

parfois on n'est pas prophète dans son pays, non plus(E2)

parce que les gens faisaient en sorte que ça se mette pas en place, qu'il y avait beaucoup de résistances (E2)

si le chirurgien n'est pas d'accord, vous pouvez pas faire d'hypnose(E2)

personne m'a jamais dit, c'est super, je n'ai jamais été valorisée pour ça(E2)

au début il faut pas s'attendre à de la reconnaissance(E2)

il faut avoir la confiance du chirurgien(E2)

c'est à toi de t'imposer, si tu t'imposes pas, l'autre a pas confiance (E2)

il faut arriver à le faire sans mettre d'étiquette(E5)

tu n'as pas besoin de l'appeler hypnose pour en faire, tu peux malgré tout(E5)

aujourd'hui, je pratique pratiquement plus...même si c'est à la mode, qu'on en parle beaucoup, et bien les anesthésistes ne sont pas très au fait, les chirurgiens non plus, donc je veux dire dans la vraie vie, dans la pratique au lit du patient, je pense qu'il y a encore beaucoup d'efforts à faire(E6)

oui il faut oser, d'autant plus quand l'environnement ..., je vais pas dire est hostile, c'est pas ça, mais est pas forcément favorable, oui, il faut oser, et puis on sait pas si techniquement comment ça va se passer, oui, il faut oser, il faut pas avoir peur des moqueries, faut pas... parce que tous les gens vous écoutent en fait(E6)

... vous pouvez commencer à dire des choses positives et puis y a le chirurgien qui arrive et qui vous casse le truc ou bien le médecin anesthésiste, oui, c'est vrai que si l'équipe ne fonctionne pas dans la même direction, c'est ... c'est ardu(E6)

certaines comprennent, elles savent qu'elles doivent se taire, il y a une sorte de ...comment dirais-je, de plasticité comportementale (rires) je ne sais pas comment le dire, mais d'adaptation si vous voulez et puis il y en a qui s'en fichent quoi...(E6)

que des fois, je commence à parler et puis vous avez un médecin anesthésiste qui prend le relais et qui va parler d'une autre façon et puis bon, j'ai pas envie de ... je laisse tomber, et puis je dis, bon ben c'est comme ça...(E6)

la chir avait jamais fait une opération avec l'hypnose, l'équipe était pas du tout formée, donc au bloc, c'était ben....ce qu'on sait de ce qui se passe dans un bloc avec le bruit, les jurons, les conversations inappropriées, l'absence de précautions à tous niveaux, elle a très bien réussi, elle a travaillé dans des conditions épouvantables(E8)

ben je suis la seule à être formée, je peux pas, je peux pas faire, parce que dans mon service ils sont tous hostiles(E8)

dans un certain nombre de services, c'est un énorme problème parce que, oui, au bloc par exemple, ça nécessite un travail d'équipe ça c'est évident, ben chez les urgentistes, ça nécessite un travail d'équipe aussi, ça c'est évident aussi(E8)

un certain nombre de médecins pour qui c'est du charlatanisme, mais faut dire que l'hypnose aussi véhicule une mauvaise image, il y a plein de charlatans, c'est difficile pour quelqu'un qui est scientifique de distinguer un hypnose médicale scientifique de théories abracadabrantes (E8)

« face à la nouveauté la 1^e action c'est l'opposition, la 2^e phase c'est l'intérêt, la 3^e partie, c'est l'intégration comme si ça a toujours existé », ben l'hypnose, c'est exactement ce qui se passe, au départ on l'affronte en disant « qu'est-ce que c'est que ce truc dans votre service, ça va pas », puis ensuite, c'est « tiens, c'est marrant, finalement ça a l'air de faire quelque chose » et puis ensuite, c'est « mais on l'a toujours pratiqué ça l'hypnose »(E9)

EQUIPE

	<p>nul n'est prophète en son pays ! (E10)</p> <p>ça avait été effectivement un peu tendu à un moment, sur « quel est le métier de base ? A quoi ça sert ? Qui, quoi, comment ? » ou « quand vous causez, vous débarrassez pas les plateaux de suture»(E11)</p>
Coordination/compréhension des rythmes	<p>c'est important que l'infirmier soit aussi formé car il ne faut pas parler pendant que l'enfant part ailleurs, pour que ça se passe bien(E1)</p> <p>Pour moi finalement on garde le contrôle sur le timing même en pratiquant l'hypnoalgésie(E1)</p> <p>C'est d'expliquer aux gens qu'aujourd'hui il y a de l'hypnose, qu'il n'y a en a qu'un qui parle, on communique beaucoup avec le regard, les yeux, les gestes(E2)</p> <p>on l'intègre d'abord au récit moi je trouve une idée, je l'intègre et après geste visuel, donc c'est un travail d'équipe(E2)</p> <p>et puis je me mets à marcher en tournant autour de la table et puis ils s'écartent tous ils sont tous comme ça (<i>elle montre une position figée en retrait</i>)(E2)</p>
Etre en transe tout en travaillant en équipe	<p>Le plus difficile pour l'accompagnant à l'hypnose, c'est d'être à la fois connaître bien les étapes du geste chirurgical, la position de travail du chirurgien, les temps douloureux, d'être à la fois-là sur le site chirurgical et avec le patient dans son hypnose, on est en transe aussi on est ici et ailleurs avec le patient(E2)</p>
formation non systématique	<p>il y en a chaque année mais le problème, c'est qu'on est très peu à être formés en même temps, ça coûte très cher et puis après, il faut pratiquer car si on ne s'approprie pas, c'est hyper compliqué(E3)</p> <p>c'est compliqué quand on est une grosse équipe, il y a toujours des gens qui sont pas formés, du coup, ça mobilise moins(E3)</p> <p>..., le ratio par rapport à l'équipe ça suffit pas, il faut vraiment que on soit nombreux et puis de toute catégorie professionnelle(E6)</p> <p>L'hypnose ferait aussi autant partie du service que peut l'être la pose d'un cathlon et d'une manière tout à fait naturelle, l'hypnose ou la technique hypnotique ou les quelques particularités de la prise en charge hypnotique qu'on pourrait mettre en avant seraient là en permanence simplement par la multiplication des acteurs (E11)</p> <p>Sans hypnose, ça semblait pas possible, sous hypnose ça semblait trop facile, jusqu'au moment où la masse critique a baissé et puis on arrive maintenant au fait que si éventuellement quelqu'un quelque part peut, on fera de l'hypnose, sinon... donc on est effectivement sorti de cette masse critique parce qu'on n'a plus la permanence(E11)</p> <p>c'est parfois effectivement compliqué de gérer les disparités de gens qui sont de ceux qui ne sont pas [formés](E11)</p> <p>la notion de masse critique, la notion de pourcentage supérieur à 60 % voire 80 % de personnes qui devraient être formées me paraît important(E11)</p>

OUTIL DE MANAGEMENT

Force d'innovation	<p>Les télé musicales du service, c'est un projet à moi(E1)</p> <p>on a fait beaucoup de choses dans le service, les dalles au plafond par exemple, ça y était pas, la musique est quand même souvent mise, c'est la première étape, la plus facile, il y a quand même une sensibilisation, les gens sont plus attentifs(E3)</p> <p>on a pris une initiative, c'est de se retrouver tous, toutes les personnes formées à l'hypnose de se retrouver régulièrement...pour échanger sur nos pratiques, on établit un ordre du jour pour avancer sur la connaissance de nos pratiques et d'échanger également sur des questionnements, des cas particuliers(E4)</p> <p>une de mes stagiaires qui est une infirmière super sympa, pleine d'idées, qui donc a fait 2 cycles de formation, qui est en cycle de supervision, qui est vraiment quelqu'un de super, qui a installé plein d'idées dans son service, elle est infirmière anesthésiste, pour amener les petits au bloc par exemple, elle a fait acheter des pousseurs, des trotteurs, enfin, elle fait des tas de choses super intéressantes(E8)</p> <p>de manière spontanée et au grand dam de ma chef de service je lui ai proposé de former tout le personnel du service à l'hypnose(E11)</p>	
Capacité au changement	<p>Depuis 4 ans, ça stagne, je suis aux urgences que depuis 1 an, ça n'a pas tant évolué que ça(E1)</p> <p>il faut pas chercher à convaincre les gens, il faut faire, laisser observer, et après il faut pas commencer par l'hypnose il faut commencer par la communication thérapeutique, les mots qu'on peut utiliser(E2)</p> <p>avancer petit à petit, faire son truc, avec un chirurgien qui est d'accord(E2)</p>	
Esprit d'équipe	<p>on forme une équipe depuis quelques mois il y a une dynamique et il y a une réelle envie d'avancer(E2)</p> <p>on a pris une initiative, c'est de se retrouver tous, toutes les personnes formées à l'hypnose de se retrouver régulièrement...pour échanger sur nos pratiques, on établit un ordre du jour pour avancer sur la connaissance de nos pratiques et d'échanger également sur des questionnements, des cas particuliers(E4)</p>	
Dynamique d'équipe	<p>c'est quelque chose qui encourage, quelque chose qui remotive, pour aller dans son service, travailler avec d'autres personnes d'autres services, c'est quelque chose qui continue de nous unir dans cette pratique(E4)</p> <p>à la fin d'une séance, chacun se retrouve boosté pour pouvoir retourner dans son service pour d'autres sollicitations, d'autres personnes et pouvoir pratiquer à nouveau(E4)</p> <p>Tous les autres soignants se poussent les uns les autres à pratiquer, quand il s'agit de cette pratique, la fonction pour laquelle ils sont là, infirmier, aide-soignant ou médecin, ou psychologue également - la psychologue a également été formée, ou le personnel formé, on ne voit pas la fonction première, on ne voit celui qui agit dans cette posture d'hypnose(E4)</p> <p>C'est sympa, c'est un travail de groupe, c'est important, surtout en hypno(E5)</p> <p>il faut et de la pratique, et du temps où tu te poses, l'hypnose, c'est un échange et si t'échanges pas, ça sert à rien(E5)</p> <p>la synergie propre de l'hypnose, c'est l'échange, mais les gens sont tellement isolés parfois qu'ils ne pratiquent plus(E5)</p> <p>c'est vachement bien quand on se réunit, il n'y a pas d'histoire de médecins, de puer, d'aide-soignant(E5)</p> <p>Il faut échanger, c'est important que les gens se retrouvent sans que ça fasse carte d'ancien combattant(E5)</p> <p>effectivement je suis pas dans la mailing list. C'est comme ça, j'en prends mon parti et je vais voir ailleurs si j'y suis !(E6)</p> <p>Je pense que l'hypnose est un moyen de les garder. C'est vrai que quand le projet battait son plein, ça a été fédérateur, l'équipe s'est un peu retrouvée, une équipe en souffrance avec effectivement un centre d'intérêt, quelque chose qui semblait différent(E11)</p>	
portage managérial	<p>Manager n'est pas imposer</p>	<p>La personne qui a l'initiative de ça, si la personne est pas appréciée du service, c'est pas un truc qui sera fait en priorité(E2)</p> <p>y en a un qui a demandé une formation sur les pansements alors le cadre sup lui a dit sur sa notation : » il faudrait penser à faire une formation sur l'hypnose » et il disait « mais moi je m'en fous ! », voilà(E6)</p>

OUTIL DE MANAGEMENT

Transcendance des niveaux/des structures/Fédération	ça devient non plus un projet de service mais un projet d'Établissement. Gros engouement dans l'hôpital par rapport à ce projet(E11)
Exemplarité/portage	c'est pour ça que j'ai continué à faire former des médecins y compris sur le 3 ^e groupe même si je savais qu'ils n'utiliseraient pas la technique(E11)
Maintenir le process actif	<p>La musique aussi, ça a marché un moment, on apportait tous des CD, les chansons qu'on préférerait pour nos enfants, des musiques... il y a une infirmière qui a fait une banque de CD(E3)</p> <p>On dirait que ça s'essouffle un peu, il faudrait des piqûres de rappel, le faire en équipe(E3)</p> <p>les HCL organisaient une formation pour les infirmières, les puéricultrices, à l'hypnose. Et le directeur disait « oui, mais à quoi ça sert, on les forme et après, il y en a beaucoup qui se barrent »(E5)</p> <p>après, il faut les accrocher, on a fait ce que le Directeur a appelé un Retour d'Expérience, un REX(E5)</p> <p>tu prends tous les gens formés tous les 2-3 ans, tu fais une piqûre de rappel, une partie théorique et puis des échanges, comment ils s'y prennent dans leur service, est-ce qu'ils arrivent à l'utiliser parce que si ils sont isolés dans leur service, ils n'arrivent pas à l'utiliser(E5)</p> <p>il faudrait les avoir au moins une fois par an pour qu'il y ait une dynamique, pour les aider, pour profiter de ceux qui sont assez motivés, pour voir ce qui bloque(E5)</p> <p>la synergie propre de l'hypnose, c'est l'échange, mais les gens sont tellement isolés parfois qu'ils ne pratiquent plus(E5)</p> <p>il y avait EB mais qui est parti...ça a été plutôt une volonté d'infirmières anesthésistes, alors les infirmières, c'est toujours limité quoi, il faut toujours avoir un peu un appui, enfin un support médical et il n'y en a pas, donc c'est difficile de relayer, et de pérenniser, enfin, le mot est pas adéquat, mais d'essayer de faire vivre véritablement quelque chose qui a été initié, c'est pas évident(E6)</p> <p>il y a de plus en plus d'IADE qui se forment mais après, qu'est-ce qu'en font mes collègues ? je crois qu'ils en font pas grand-chose... je pense à une notamment qui a été formée il n'y a pas longtemps en endoscopie bon ben elle en fait rien(E6)</p> <p>le cadre n'est pas forcément propice à ce qu'on mette en place des choses et y en a beaucoup qui font pas grand-chose, à part 2 pavillons, franchement il n'y a rien qui se fait (E6)</p> <p>à l'hôpital mon super chef m'a demandé de faire une affiche sur la bientraitance au Bloc Opératoire... mais moi, intérieurement, ça m'a fait mourir de rire, donc je l'ai fait pour le faire mais en fait je me suis dit : c'est de l'arnaque parce que... on n'est pas vraiment dans cette dynamique-là(E6)</p> <p>normalement, c'est soit le chirurgien, soit le médecin anesthésiste lors de la consultation euh...sur les feuilles d'anesthésie je vois pas beaucoup de choses relatif à l'hypnose(E6)</p> <p>APICIL payait le formateur mais ne payait pas le remplacement du personnel et ça ça coûte excessivement cher, sauf pour les médecins qui ont un temps de formation que n'ont pas les para-médicaux[...] on a changé de cadres, d'encadrement, qui eux se sont retrouvés avec sur les bras des gens à remplacer, des plannings à refaire, ça leur a pas plus du tout et puis après on leur a demandé des comptes : « vous avez remplacé à quel prix, pourquoi, ... »(E11)</p> <p>la mise en place du 3^e groupe a été très très difficile parce qu'il a fallu se battre un peu contre tout le monde(E11)</p> <p>on a commencé à me dire « mais il y a d'autres projets de formation plus dans l'esprit des métiers de base, etc... »(E11)</p> <p>le projet pour l'instant est au point mort dans ce qui est la formation des personnels. La seule chose qui soit pas au point mort mais plutôt en marche arrière c'est qu'un certain nombre de personnes sont parties parce qu'on a un énorme turn-over dans le service(E11)</p>
Former	le projet impliquait une formation des personnels sur site en faisant venir un formateur sur une enveloppe horaire de 70h de formation [...] par personne(E11)
Entretien du matériel	<p>comme les valises d'hypnose, ... l'association d'urgence réa dont je suis trésorière on achète... on renouvelle les trucs d'hypno, les feutres de couleur, les parfums des masques de MEOPA(E3)</p> <p>K lui il vient avec son sac(3)</p>

OUTIL DE MANAGEMENT

Communiquer sur les réalisations on a mis en exergue le service d'Urgences s'était formé à l'hypnose de manière à l'avoir toujours à disposition etc.. La presse s'est précipitée là-dessus(E11)
gros pouvoir d'attraction de la technique et du projet sur la population(E11)
à l'issue de ça des coups de téléphone des patients nous demandant où, quand comment pourquoi(E11)

AUTEUR : Isabelle BARDIN-VIAL

TITRE DE LA THESE : **APPORTS DE L'HYPNOSE MEDICALE POUR LE SOIGNANT**

Une étude qualitative auprès de onze praticiens de métiers et fonctions différents

RESUME :

Introduction : Si l'efficacité de l'hypnose est maintenant bien étudiée du point de vue des patients, on connaît peu l'apport de cette technique pour le soignant lui-même. Cette étude s'est donc résolument placée du côté du soignant et a permis d'analyser les apports de l'usage de l'hypnose tant du point de vue de l'épanouissement personnel que professionnel pour le soignant. Elle a aussi permis d'étudier en quoi cela modifie la relation du praticien au patient ainsi que les relations inter professionnelles.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 11 professionnels médicaux de diverses spécialités et fonctions (médecin, dentiste, kinésithérapeute, ostéopathe, infirmier, aide-puériculteur) et travaillant dans différents types d'organisations (collectives ou libérales, seul ou en équipe).

Résultats : L'étude a montré d'une manière convergente que l'utilisation de l'hypnose médicale était riche de nombreux apports tant sur le plan professionnel (compétences nouvelles, valorisation, soins plus efficaces, confort d'exercice, plaisir de travailler) que personnel (communication, confiance en soi, créativité, soin de soi, épanouissement personnel) pour l'ensemble des praticiens, quelle que soit leur fonction, leur spécialité ou leur mode d'exercice. Ce travail a aussi montré que l'usage de l'hypnose orientait vers une relation holistique, autonomisante et centrée sur le patient, favorisant l'alliance thérapeutique. Enfin, et ce n'était pas la cible initiale première, il est systématiquement ressorti des échanges que l'introduction de l'hypnose dans un service favorisait le travail en équipe tout en pointant les âpres difficultés et pouvait relever d'un puissant levier managérial et organisationnel.

Discussion-conclusion : Afin de favoriser le déploiement de cet outil encore peu diffusé et dont l'efficacité est pourtant démontrée, il semble donc intéressant de l'enseigner dès le cursus de formation initiale des soignants. La pratique de l'hypnose semble également utile pour préserver la place de l'humain dans des soins évoluant vers une hypertechnicité mais aussi pour protéger contre l'épuisement professionnel. Enfin, il peut être pertinent d'introduire l'hypnose dans les équipes de travail afin d'améliorer l'efficacité collective.

MOTS CLES : Hypnose - Epanouissement Soignant - Relation Centrée Patient - Equipe - Management

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE
Membres :	Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA
	Monsieur le Professeur Alain MOREAU
	Monsieur le Docteur Bruno DELCOMBEL

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 10 Octobre 2017

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 8 rue Martin – 69003 LYON

E-MAIL : Isabellebardin01@gmail.com
