

UNIVERSITE DE RENNES 1
FACULTE DE MEDECINE

Année 2010 – 2011

N°

THESE
EN VUE DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Carine DESMARS

Née le 31 août 1979 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2011

INTERETS DE LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE
ERICKSONIENNE EN MEDECINE GENERALE :

ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS AUPRES DE
MEDECINS GENERALISTES FORMES A L'HYPNOSE ERICKSONIENNE

PRESIDENT

Monsieur le Professeur Eric WODEY

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Laurent SIPROUDHIS
Madame le Docteur Françoise TATTEVIN
Madame le Docteur Marie-Madeleine LUCAS

DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Bénédicte DELAMARE

Professeurs des Universités

ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et Biologie Moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Cytologie et Histologie
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique
BELLOU Abdel	Thérapeutique - Médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et Biologie Moléculaire
BONAN Isabelle	Médecine Physique et de Réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques - Gynécologie Médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie Générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique - Médecine d'urgence
BOURGUET Patrick	Biophysique et Médecine Nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Hépatologie - Gastro-entérologie
BRISSOT Pierre	Hépatologie - Gastro-entérologie
BRISSOT Régine	Médecine Physique et de Réadaptation
BURGUN Anita	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de communication
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie Cellulaire
CHALES Gérard	Rhumatologie
CHARLIN Jean-François	Ophthalmologie
CHEVRANT-BRETON Jacqueline	Dermato-Vénérologie
COLIMON Ronald	Bactériologie – Virologie – Hygiène hospitalière
CORBINEAU Hervé	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et Biologie Moléculaire
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie – Radiothérapie
DELAVAL Philippe	Pneumologie
DESRUES Benoît	Pneumologie
DEUGNIER Yves	Hépatologie – Gastro-entérologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
DUVAUFERRIER Régis	Radiologie et Imagerie Médicale
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale – Médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FEST Thierry	Hématologie – Transfusion
FREMOND Benjamin	Chirurgie Infantile
GANDON Yves	Radiologie et Imagerie Médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et Mycologie

GARIN Etienne	Biophysique et Médecine Nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et Imagerie Médicale
GODEY Benoît	Oto-Rhino-Laryngologie
GROSBOIS Bernard	Médecine Interne – Gériatrie et Biologie du Vieillessement
GUEGAN Yvon	Neurochirurgie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie et Mycologie
GUILLE François	Urologie
GUYADER Dominique	Hépatologie – Gastro-entérologie
HUSSON Jean-Louis	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
HUTEN Denis	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
JEGO Patrick	Médecine Interne – Gériatrie et Médecine du Vieillessement
KAYAL Samer	Bactériologie – Virologie – Hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie – Radiothérapie
LAMY Thierry	Hématologie – Transfusion
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE CLECH Guy	Oto-Rhino-Laryngologie
LE GALL Edouard	Pédiatrie
LE GUEUT Maryannick	Médecine Légale et Droit de la Santé
LE LANNOU Dominique	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction – Gynécologie Médicale
LE POGAMP Patrick	Néphrologie
LE TULZO Yves	Réanimation Médicale – Médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LECLERCQ Nathalie	Anatomie et Cytologie Pathologiques
LEGUERRIER Alain	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-Obstétrique – Gynécologie Médicale
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale – Médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Cancérologie – Radiothérapie
MICHELET Christian	Maladies Infectieuses – Maladies Tropicales
MILLET Bruno	Psychiatrie d'adultes
MOIRAND Romain	Hépatologie – Gastro-entérologie
MORANDI Xavier	Anatomie – Service de Neurochirurgie
MOSSER Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie Cellulaire
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Samuel	Pharmacologie Fondamentale – Pharmacologie Clinique
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-Obstétrique – Gynécologie Médicale
RAOUL Jean-Luc	Cancérologie – Radiothérapie

ROCHCONGAR Pierre
ROUSSEY Michel
SAINT-JALMES Hervé
SEGUIN Philippe

SEMANA Gilbert
SIPROUDHIS Laurent
TARTE Karin
TATTEVIN Pierre
THOMAZEAU Hervé
TORDJMAN Sylvie
VERGER Christian
VEROYE Jean-Philippe
VERIN Marc
VIGNEAU Cécile
VIOLAS Philippe
WATIER Eric

WODEY Eric

Physiologie
Pédiatrie
Biophysique et Médecine Nucléaire
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale –
Médecine d’urgence
Immunologie
Hépatologie – Gastro-entérologie
Immunologie
Maladies Infectieuses – Maladies Tropicales
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Pédopsychiatrie
Médecine et Santé au Travail
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Neurologie
Néphrologie
Chirurgie Infantile
Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique –
Brûlologie
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale –
Médecine d’urgence

Maîtres de Conférences Des Universités

AMIOT Laurence	Hématologie et Immunologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie Médicale
BEGUE-SIMON Anne-Marie	Département de Santé Publique
BENTUE-FERRER Danielle	Pharmacologie
BERNARD Anne-Marie	Biophysique et Médecine Nucléaire
CABILLIC Florian	Biologie Cellulaire
CATHELIN Michel	Biochimie Générale et Enzymologie
CAUBET Alain	Médecine et Santé au Travail
CUGGIA Marc	Département d'Information Médicale
DAMERON Olivier	Laboratoire d'Informatique Médicale
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et Mycologie
DONAL Erwan	Cardiologie et Maladies Vasculaires
DUBOURG Christèle	Biochimie et Biologie Moléculaire
GALLAND Françoise	Endocrinologie – Diabète – Maladies Métaboliques
GANGNEUX Florence	Parasitologie et Mycologie
GOASGUEN Jean	Hématologie
GUENET Lucienne	Biochimie Générale et Enzymologie
GUILLET Benoît	Hématologie
HUGE Sandrine	Département de Médecine Générale
LAVENU Audrey	Biostatistiques
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie
LE CALVE Michèle	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
LE GALL François	Anatomie et Cytologie Pathologiques
LEJEUNE-PRIGENT Florence	Biophysique et Médecine Nucléaire
LE MEUT Paul	Département de Médecine Générale
LE NEEL Hervé	Département de Médecine Générale
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie Médicale
LESSARD Yvon	Physiologie Médicale
LIMEUL Jean-Yves	Département de Médecine Générale
MASSART Catherine	Biochimie Générale et Enzymologie
MAUGENDRE Sylvie	Anatomie et Cytologie Pathologiques
MILON Joëlle	Anatomie
MOUSSOUNI Fouzia	INSERM U 49
PAPE Danielle	Pharmacologie
REYMANN Jean-Michel	Pharmacologie
RIOU Françoise	Département de Santé Publique
RUFFAULT Annick	Bactériologie – Virologie
SAIKALI Stéphan	Anatomie et Cytologie Pathologiques
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGALEN Jacqueline	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
TATTEVIN-FABLET Françoise	Département de Médecine Générale
THOMAS Patricia	Micro Environnement et Cancer – Immunologie

TURLIN Bruno
VINCENT Pascal

Anatomie et Cytologie Pathologiques
Bactériologie - Virologie

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Eric WODEY

Directrice de thèse : Madame le Docteur Bénédicte DELAMARE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Laurent SIPROUDHIS
Madame le Docteur Françoise TATTEVIN
Madame le Docteur Marie-Madeleine LUCAS

Remerciements

A Monsieur le Professeur Eric WODEY,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Laurent SIPROUDHIS,

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de ce jury et de juger notre travail. Nous vous en remercions très sincèrement.

A Madame le Docteur Françoise TATTEVIN,

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de ce jury et de juger notre travail. Nous vous en remercions très sincèrement.

A Madame le Docteur Marie-Madeleine LUCAS,

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de ce jury et de juger notre travail. Nous vous en remercions très sincèrement.

A Madame le Docteur Bénédicte DELAMARE,

Tu m'as fait découvrir et aimer l'hypnose.

Tu as accepté de diriger l'élaboration de cette thèse.

Trouve dans l'accomplissement de ce travail, le témoignage de ma sincère et profonde reconnaissance pour ta disponibilité, ton soutien, ton dynamisme et ton enthousiasme communicatifs et ta très grande gentillesse.

Merci !

A tous les médecins généralistes qui ont participé aux entretiens de cette étude,

Vous m'avez permis de réaliser ce travail en me consacrant une partie de votre temps précieux.
Vous m'avez tous accueillie avec enthousiasme et gentillesse.
La richesse de vos échanges est inestimable, tant pour ce travail, que pour ma pratique future.
Je vous en remercie tous très sincèrement.

A Madame Séverine ALLAIS, documentaliste à la bibliothèque universitaire de médecine de Rouen,

Je vous remercie pour votre gentillesse et l'aide que vous m'avez apportée dans mes recherches.

A Mohammed EL FARRICHA,

Tu m'as fait découvrir et aimer l'hypnose à travers ton enseignement très riche.
Je t'en remercie profondément.

A ma famille,

Pour son soutien et son amour.

A tous mes amis,

Merci à tous pour votre présence et votre soutien très précieux.

A Anthony,

Merci pour ton aide précieuse et ta gentillesse.

A Annick,

Un immense Merci pour m'avoir accompagnée et aidée avec tant de gentillesse et d'amour tout au long de ce travail.

*« Vous savez beaucoup plus de choses
que vous savez, que vous savez. »*

Milton H. Erickson

Sommaire

Introduction et contexte de l'hypnose	16
1. Introduction	17
2. Historique de l'hypnose	18
2.1. Du magnétisme animal à l'hypnose	18
2.1.1. Mesmer : le magnétisme animal	18
2.1.2. L'abbé J.C. de Faria : la théorie imaginationiste	19
2.1.3. J. Braid : la théorie psycho-neurophysiologique de l'hypnotisme	20
2.2. L'avènement de l'hypnose : le début de « l'ère scientifique »	21
2.2.1. L'affrontement de deux écoles : l'école de La Salpêtrière et l'école de Nancy	21
2.2.2. P. Janet : la théorie de l'automatisme psychologique	22
2.2.3. S. Freud : la théorie psychanalytique	22
2.3. L'hypnose contemporaine	23
2.3.1. La recherche sur l'hypnose	23
2.3.2. Milton H. Erickson	23
2.4. La réintroduction de l'hypnose en France	24
3. Définitions de l'hypnose	25
4. Indications de l'hypnose	27
4.1. La douleur	27
4.1.1. Les douleurs chroniques	28
4.1.2. Les douleurs aiguës	28
4.1.3. L'anesthésiologie	28
4.2. Les addictions	29
4.3. Les troubles du comportement alimentaire	29
4.4. Phobies, attaques de panique et troubles obsessionnels	30
4.5. Les affections psychiatriques	30
4.6. Les affections à composante psychosomatique	30
4.6.1. L'asthme	31
4.6.2. Les affections dermatologiques	31
4.6.3. Les troubles gastro-entérologiques	31
5. Contre-indications et limites de l'hypnose	32
6. Techniques hypnotiques et déroulement d'une thérapie	32
6.1. L'entretien	33
6.2. L'induction	33
6.3. L'approfondissement	34
6.4. Les suggestions	35
6.5. Le réveil	36
7. Bases neurophysiologiques de l'hypnose	37
7.1. L'activité cérébrale sous hypnose	37
7.1.1. L'apport des expérimentations électrophysiologiques	37
7.1.2. L'imagerie cérébrale fonctionnelle	38
7.2. Modulation hypnotique de la douleur	39
7.3. Critiques et limites de l'expérimentation	40

Problématique	42
Matériel et méthodes	44
1. Le recrutement	45
2. L'entretien	45
3. La retranscription des données	46
4. Analyse des données	46
5. Les caractéristiques de l'échantillon	46
Résultats	48
1. La découverte de l'hypnose	49
1.1. Premier contact avec l'hypnose	49
1.2. Croyances et connaissances des médecins à propos de l'hypnose	52
2. La formation à l'hypnose	52
2.1. Le cheminement vers la formation	52
2.2. Les motivations à se former	54
2.3. Les différents modes de formation	55
2.4. Le vécu de la formation	57
2.5. Apport de la formation : une mise en pratique rapide au sein de la consultation	58
3. Réactions extérieures par rapport à la pratique de l'hypnose	59
3.1. Les réactions du milieu médical	59
3.1.1. L'annonce de la pratique de l'hypnose médicale aux confrères environnants	59
3.1.2. Réactions des confrères médecins	60
3.1.3. Réactions du Conseil de l'Ordre des médecins	62
3.1.4. Réactions des visiteurs médicaux	62
3.2. Les réactions des patients	62
3.3. Les idées reçues des patients à propos de l'hypnose	64
3.4. Attitude des médecins face aux idées reçues des patients	65
4. L'hypnose au sein de la consultation de médecine générale	66
4.1. Place de l'hypnose	66
4.2. Organisation des séances d'hypnose formelle dans le temps de travail	67
4.3. Organisation du suivi du patient	68
4.4. Organisation du cabinet	69
4.5. La demande de prise en charge	70
4.6. Les indications médicales	72
4.7. Thérapeutiques associées à l'hypnose	75
4.8. Aspect rémunérateur	75
5. Le travail hypno-thérapeutique	77
5.1. La communication ericksonienne	77
5.2. L'hypnose formelle	79
5.2.1. Le choix de la technique	79
5.2.2. L'induction	79
5.2.3. Les métaphores	81

5.2.4. Les suggestions positives	81
5.2.5. Autres techniques utilisées au cours de la transe hypnotique	82
5.2.6. La participation de l'inconscient du médecin	83
5.3.L'auto-hypnose	84
6. Les apports positifs de l'hypnose	85
6.1.Les qualités de l'hypnose pour les médecins	85
6.2.Le confort professionnel des médecins	87
6.2.1. La valorisation du travail du soignant	87
6.2.2. Le patient acteur de sa santé	89
6.2.3. La protection du médecin	90
6.2.4. Une activité plus reposante	91
6.2.5. Une meilleure gestion de ses affects	91
6.2.6. La satisfaction des patients	92
6.3.L'épanouissement personnel des médecins	93
6.4.Changements dans la relation	93
6.4.1. Avec les patients	93
6.4.2. Avec les collègues de travail	95
6.5.Changements dans la prise en charge	95
6.5.1. Prise en charge globale	95
6.5.2. Prescriptions médicamenteuses	96
6.6.Un outil de prise en charge globale	97
7. Les limites de l'hypnose	97
7.1.Limites du soignant	97
7.2.Limites de la relation soignant-patient	98
7.3.Limites du patient	99
7.4.Les pathologies	100
7.5.Limites liées à l'exercice	100
7.5.1. La fatigue	100
7.5.2. Le temps	101
7.5.3. Proposer une thérapeutique alternative à l'hypnose	101
7.6.La reconnaissance des diplômes	102
8. Evolution de la pratique	103
9. Intérêts d'une initiation et/ou d'une formation universitaires à l'hypnose	104
Discussion	106
1. Aspects méthodologiques	107
1.1.Le choix de la méthode	107
1.2.Les forces de la méthode	107
1.3.Les limites de la méthode	107
1.3.1. Le nombre et le choix des participants	108
1.3.2. La subjectivité du chercheur	108
2. Intérêts, connaissances et croyances des médecins généralistes à propos de l'hypnose médicale	108

3. La modification de la dynamique relationnelle entre le soignant et le patient	110
3.1. Le soignant et la communication ericksonienne	110
3.2. Le patient acteur de sa santé	111
4. Les techniques de travail hypno-thérapeutique	113
4.1. Les techniques d'induction	113
4.2. Les techniques au cours de la transe hypnotique	113
4.3. L'auto-hypnose	113
5. L'épanouissement des médecins généralistes	114
5.1. L'épanouissement professionnel des médecins généralistes	114
5.2. L'épanouissement personnel des médecins généralistes	116
5.3. La pratique de l'hypnose : un moyen de prévention contre le burn-out des médecins généralistes ?	116
6. L'hypnose : un outil adapté à la médecine générale ?	118
7. Intérêts d'une formation universitaire systématique de l'hypnose	122
 Conclusion	 124
 Références bibliographiques	 129

Introduction et contexte

1. Introduction

L'hypnose est une méthode de soins vieille comme le monde et répandue dans toutes les cultures. Elle est initialement rattachée à des pratiques religieuses et à la sorcellerie. Son utilisation thérapeutique débute réellement à partir du XVIII^e siècle. Le terme hypnotisme est créé au XIX^e siècle, et tire ses racines étymologiques de la mythologie grecque : Hypnos, dieu du sommeil, frère de Thanatos, dieu de la mort. Son développement s'est fait de façon discontinue, alternant des moments de grands engouements et des moments de presque abandon. Depuis les débuts de son utilisation en médecine, l'hypnose suscite la controverse. Aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables des explorations fonctionnelles, il est difficile d'objectiver l'action de l'hypnose sur le fonctionnement cérébral et de confirmer scientifiquement les effets observés cliniquement. Ceci explique peut-être la réticence de certains médecins pour cette technique médicale et la persistance de représentations sociales anciennes de l'hypnose.

L'hypnose est un processus naturel, riche et complexe difficile à définir. Il s'agit d'un état modifié de conscience, d'un état de « veille paradoxale » et de concentration amplifiée, où le sujet accède à ses propres ressources intérieures pour résoudre un problème. L'hypnose est avant tout une approche globale de l'individu, accessible à tout soignant. C'est un outil qui peut donc être utilisé de façon très différente selon le domaine médical.

L'hypnose est aujourd'hui connue surtout pour ses applications analgésiques et anesthésiques et son utilisation de plus en plus courante dans les centres anti-douleur.

Il nous semble intéressant de s'interroger sur l'utilisation plus particulière de l'hypnose thérapeutique en médecine générale. Que peut apporter l'hypnose à la médecine générale ? Comment les médecins généralistes s'approprient-ils cette technique et l'adaptent-ils dans la prise en charge globale des patients en médecine de premier recours ?

Dans un premier temps, nous rappellerons l'histoire et l'évolution de la pratique de l'hypnose médicale. Nous aborderons les différentes définitions de l'hypnose, ses indications, ses contre-indications, les différentes phases d'une séance d'hypnose formelle et ses bases neurophysiologiques connues. Dans un second temps, nous présenterons notre travail effectué à partir de rencontres sur le terrain avec des médecins généralistes formés à l'hypnose thérapeutique pour tenter de répondre à ces diverses interrogations.

2. Historique de l'hypnose

L'hypnose est une méthode de soins ancestrale présente dans toutes les cultures. On retrouve des traces de son utilisation dès l'Antiquité pour soigner et soulager la douleur. Les prêtres de haut rang de l'Égypte pharaonique appliquent des techniques « hypnotiques » sous forme d'incantations et de paroles allégoriques dans les « Maisons de vie » ou dans les temples élevés à la mémoire d'Imhotep. Les prêtres et médecins grecs font de même dans les temples dédiés à Asclépios.

2.1. Du magnétisme animal à l'hypnose

2.1.1. Mesmer : le magnétisme animal

L'histoire de l'hypnose thérapeutique débute vers 1772 avec Franz Anton Mesmer (1734-1815) (*I*), médecin germanique, qui la définit comme une utilisation du « magnétisme animal ».

Il reprend le thème du magnétisme décrit par l'alchimiste suisse Paracelse en 1529, sous la forme d'un « système de la sympathie magnétique » associé à la notion du « magne » (attraction) qui provient des planètes et qui intervient dans le processus de guérison des êtres humains.

La théorie de Mesmer¹ repose sur l'hypothèse qu'un fluide magnétique invisible rayonne dans l'univers. Cette force magnétique fluide et dynamique, aux propriétés semblables à celles des aimants, caractérise l'énergie vitale circulant dans le corps humain, en interaction permanente avec les objets et les autres humains, et son déséquilibre peut être à l'origine de certaines maladies.

La thérapie s'effectue par un rétablissement harmonieux de l'équilibre magnétique du corps. Initialement, il emploie des aimants. Puis au cours de sa pratique, il met en évidence que le corps du soignant, à lui seul, peut influencer et réorienter le fluide magnétique vers un juste équilibre, par le simple toucher et les « passes » au cours de mises en scène spectaculaires. Ce sont les célèbres séances collectives du baquet, où Mesmer, avec une baguette métallique, effectue des « passes » sans injonction verbale et magnétise ses patients, entraînant de véritables « crises » convulsives à visée thérapeutique.

Si Mesmer remarque la dimension inter-relationnelle de sa pratique, son explication par le « fluide magnétique » renie toute dimension psychique.

¹ Mesmer FA. Précis historique des faits relatifs au magnétisme animal, jusqu'en Avril 1781. Ouvrage traduit de l'allemand. A Londres. 1781.

Son désir d'objectivation du « magnétisme animal » fait sortir de l'obscurantisme des pratiques ancestrales jusqu'ici associées à la magie et à la sorcellerie.

Le contexte socioculturel d'avant la révolution française influence probablement sa théorie fluidiste : Gray, Dufay, Coulomb, Galvani et Volta utilisent l'électricité ; les laïques s'opposent aux religieux, Bichat décrit l'Anatomie Générale et Herschell découvre Uranus.

Le marquis Chastenet de Puységur (1751-1825), disciple de Mesmer, observe et décrit en 1784 le « sommeil magnétique », ou « somnambulisme provoqué »¹. La crise se traduit par un état d'assoupissement et d'atonie musculaire différent du sommeil, où le sujet conserve sa lucidité et sa capacité à répondre aux questions. Ce phénomène se révèle tout aussi efficace que les convulsions des traitements « mesmériques ». Il met l'accent sur la position d'écoute du magnétiseur par rapport au malade. Le patient peut lui-même définir son traitement, et le magnétiseur ne fait que les suggestions demandées par le magnétisé.

Dès cette époque, le mesmérisme suscite la controverse. En 1785, une enquête dirigée par une commission royale de Paris et présidée par Benjamin Franklin (2), discrédite et condamne Mesmer et la notion de magnétisme animal, en affirmant que seule l'imagination du patient est en cause. C. Deslon, disciple de Mesmer, défend les théories de ce dernier face à la commission : si un tel traitement par l'imagination s'avère aussi efficace, pourquoi ne pas l'utiliser ?

Ce déni provoque un déclin momentané de ces pratiques en France.

2.1.2. L'abbé J.C. de Faria : la théorie imaginationniste

L'abbé portugais José Custodio de Faria (1755-1819) (3), connu en tant que personnage du roman d'Alexandre Dumas « Le comte de Monte Cristo », arrive à Paris au moment de la Révolution à laquelle il participe activement. Il bouleverse les théories précédentes en réfutant l'existence d'un fluide magnétique, et en confirmant les positions arrêtées trente ans plus tôt par les Académies royales de Médecine et de Sciences. Il défend l'idée qu'on attribue à tort un pouvoir à l'hypnotiseur, et que la cause des phénomènes observés réside dans le cerveau du sujet. Il démontre que les passes magnétiques ne sont pas indispensables pour induire un état hypnotique. Il utilise et décrit des méthodes d'induction et de suggestion verbale directes pour provoquer ce qu'il nomme le « sommeil lucide »² et mettre en valeur le pouvoir de l'imagination de son sujet.

¹ Chastenet de Puységur AMJ. Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal. 1784. Paris. Imago. Ré-édition 2003.

² Abbé Faria. De la cause du sommeil lucide ou étude sur la nature de l'homme. Paris. Horiac. 1819

Précurseur de l'induction hypnotique par fascination, son utilisation de la suggestion directe est un tournant décisif dans l'histoire de l'hypnose, mais cela passe inaperçu à l'époque.

Cependant, les défenseurs du magnétisme animal restent nombreux. Dès la chute de Napoléon, les cours publics reprennent. En 1831, un nouveau rapport des Académies de Médecine et de Sciences conclut en la faveur du magnétisme animal et recommande de l'introduire dans le cadre des connaissances médicales et d'en réserver l'usage aux seuls médecins.

2.1.3. J. Braid : la théorie psycho-neurophysiologique de l'hypnotisme

Vers 1841, James Braid (1795-1860) (4), médecin et chirurgien écossais, après avoir été initié au mesmérisme par un magnétiseur français itinérant, reprend et améliore les théories de Faria. Il conteste la thèse du magnétisme animal et installe « l'hypnotisme » sur des bases qu'il veut scientifiques.

Il assimile le phénomène de transe à un sommeil nerveux spécial provoqué par une stimulation rétinienne¹. Pour lui, il ne s'agit plus d'un état surnaturel mais d'un état neuro-physiologique particulier. Précurseur des théories de J.M. Charcot, il décrit déjà trois niveaux distincts : l'état cataleptique, l'état léthargique et l'état de somnambulisme.

Sa méthode expérimentale repose sur la fixation prolongée d'un point brillant, pensant que la tension provoquée engendre une fatigue de certains centres cérébraux. L'état obtenu est l'idéoplastie, où la suggestion verbale prend toute son importance et peut entraîner une action thérapeutique.

Il montre aussi la possibilité de s'hypnotiser soi-même, attestant l'absence de facteur relationnel fluidique, mais reléguant au second plan toute la dynamique relationnelle thérapeute-patient bien perçue par les magnétiseurs. De Mesmer à Braid, le pouvoir passe du magnétiseur au magnétisé.

Dans sa démarche scientifique, James Braid propose de regrouper ces phénomènes sous le terme « hypnotisme », en s'appuyant sur le mot grec « hypnos » désignant le sommeil. En réalité, il reprend un vocable inventé et utilisé par le Baron Hénin de Cuvilliers vingt ans auparavant. Cette assimilation sémantique peu pertinente est encore aujourd'hui source de confusion.

¹ Braid J. Neurohypnologie, Traité du Sommeil Nerveux ou Hypnotisme. 1843. Traduit par Jules Simon. Delahayes et Lecrosnier. Paris. 1883.

A cette même époque, plusieurs médecins, dont John Elliotson (1791-1868), concepteur d'un stéthoscope en bois, et le chirurgien James Esdaile (1805-1859), commencent à utiliser l'hypnose comme méthode anesthésique et analgésique en chirurgie, méthode par la suite abandonnée au profit de nouvelles techniques comme l'utilisation de l'éther ou du chloroforme qui se développe à partir de 1846.

2.2. L'avènement de l'hypnose : *le début de « l'ère scientifique »*

2.2.1. L'affrontement de deux écoles : l'école de La Salpêtrière et l'école de Nancy

L'hypnose connaît un regain d'intérêt à la fin du XIX^e siècle avec Jean-Martin Charcot (1825-1893) (5), médecin de renommée internationale. Fondateur de la neurologie moderne, installé à La Salpêtrière, il s'intéresse à l'utilisation de l'hypnose avec ses patientes hystériques¹. Il étudie l'hypnose comme un objet scientifique où l'opérateur est complètement séparé de son sujet. Sa théorie définit l'hypnose comme un état neuropathologique. Il s'agit pour lui d'une névrose expérimentale ne pouvant apparaître que chez des personnes de nature hystérique, et composée de trois grands états : la léthargie, la catalepsie, et le somnambulisme, formant ensemble « le grand hypnotisme ». Il argumente cette idée en montrant qu'il peut induire ou supprimer les symptômes de conversion par une suggestion post-hypnotique.

Malgré l'inexactitude de sa théorie, un des grands mérites de Charcot, en tant que médecin rationaliste, est d'avoir perçu l'importance du phénomène et de l'avoir utilisé. Grâce à lui, l'hypnose pénètre officiellement à l'hôpital le plus réputé de l'époque. C'est l'âge d'or de l'hypnose en France, et son rayonnement est international.

En 1889, le premier Congrès International de l'Hypnotisme se déroule à l'Hôtel-Dieu à Paris, présidé par Victor Dumontpallier, collaborateur de J.M. Charcot, et auquel participent entre autres : A. Liébault, H. Bernheim, P. Janet, J. Babinski, S. Freud, W. James...

A l'opposé, l'école de Nancy, avec Ambroise Auguste Liébeault (1825-1904) et Hyppolite Bernheim (1840-1919), considère l'hypnose comme un phénomène physiologique naturel, applicable à toute personne coopérante, et susceptible d'accroître la suggestibilité déjà présente à l'état de veille. Pour Bernheim, la suggestion, « idée introduite dans le cerveau », est l'unique

¹ CHARCOT JM. Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences. 1882.

agent, et les différentes manifestations hypnotiques que Charcot a identifiées et classées ne sont que des artéfacts suggérés par les expérimentateurs (6). Il décrit la suggestibilité comme « l'aptitude du cerveau à recevoir ou évoquer des idées et sa tendance à les réaliser, à les transformer en acte » (7). Par cette définition, Bernheim exprime également sa loi de l'idéodynamisme : toute idée suggérée a la propriété de se transformer de manière réflexe en acte, sensation ou émotion. Ainsi, l'idée de guérison produit celle-ci.

Bernheim soigne sans distinction toutes les pathologies courantes, en refusant tout artifice spectaculaire : il utilise le langage et ses ressources rhétoriques comme seul support naturel pour véhiculer l'idée, par l'emploi de suggestions directes et indirectes.

L'apport de Bernheim est décisif. Il fait prendre un virage définitif au traitement par l'hypnose, en lui donnant des bases exclusivement psychologiques et en mettant en avant la relation thérapeute/patient.

De cette controverse entre les deux écoles, les théories de Bernheim l'emportent sur celles de Charcot, en France comme à l'étranger.

2.2.2. P. Janet : la théorie de l'automatisme psychologique

Ancien élève de J.M. Charcot, Pierre Janet (1859-1947) (8) participe à l'affrontement des deux écoles. Il poursuit des travaux sur l'hystérie et l'hypnose, et soutient initialement les thèses de J.M. Charcot, puis se rallie progressivement à celles de H. Bernheim. En 1889, il publie « L'automatisme psychologique », où il explique les phénomènes hypnotiques par une dissociation de la conscience. Il propose une véritable réflexion sur la part inconsciente du fonctionnement humain.

2.2.3. S. Freud : la théorie psychanalytique

En 1885, Sigmund Freud (1856-1939) (9), très intéressé, vient étudier l'hypnose à La Salpêtrière auprès de J.M. Charcot, puis à Nancy avec H. Bernheim en 1889. Quelque temps après, il abandonne progressivement cette technique, la jugeant trop intrusive, et craignant la substitution de symptômes. (10)

Parallèlement, il s'intéresse au phénomène de résistance de certains patients et élabore sa théorie du transfert.

Le retentissement majeur de sa théorie psychanalytique émergente et de ses travaux sur l'inconscient, en France, puis dans l'Europe entière, domine le champ de la psychothérapie au début du XX^e siècle, et freine considérablement le développement de l'hypnose, déjà déclinante suite à la mort de J.M. Charcot.

2.3. L'hypnose contemporaine

2.3.1. La recherche sur l'hypnose

Au début du XX^e siècle, c'est surtout aux Etats-Unis que l'on continue à s'intéresser à l'hypnose. Dans les années 30, Clark L. Hull (1884-1952) est l'un des premiers à appliquer les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne à l'étude de l'hypnose et de la suggestibilité. Il lance le premier programme de recherches à grande échelle sur l'hypnose (Hull, 1933), confirmant l'influence des suggestions hypnotiques (*11*).

2.3.2. Milton H. Erickson

Au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, Milton Hyland Erickson (1901-1980) (*12-13*), psychiatre et élève de Clark L. Hull, révolutionne l'utilisation thérapeutique de l'hypnose, sa méthode et ses techniques. Son approche originale de l'hypnose est liée en partie à son expérience personnelle. A l'adolescence, il est victime d'une attaque de paralysie motrice et sensorielle du corps entier, dans le cadre d'une poliomyélite. Les techniques de rééducation traditionnelle sont un échec. A partir d'un sens de l'observation très développé, M. H. Erickson développe des stratégies mentales de type auto-hypnotique lui permettant de retrouver une certaine autonomie.

Pour M. H. Erickson, l'inconscient n'est plus une boîte de Pandore : il devient une somme de ressources insoupçonnées pour le patient. L'état hypnotique permet d'ouvrir un espace de plus grande liberté, où la personne peut entrer en relation avec ses apprentissages et ressources intérieures. C'est un moyen donné au patient de potentialiser ses ressources pour changer.

Cela modifie l'approche du rôle du thérapeute qui devient l'accompagnant du patient, acteur de sa santé, vers ses propres ressources intérieures.

Avec Milton H. Erickson (*14*), de la transe hypnotique profonde à la simple suggestion conversationnelle, la communication devient un outil thérapeutique. Il élabore des techniques originales et créatives en privilégiant l'utilisation de métaphores. Sa stratégie se fonde sur les éléments suivants :

- L'identification des motivations et des ressources du patient.
- La connaissance de son langage, verbal et non verbal, et de ses valeurs afin de rencontrer le patient dans son propre cadre de référence.
- La mobilisation des ressources en utilisant le langage du patient et les valeurs du patient.
- La création d'un lien, le plus souvent indirect ou métaphorique, entre les ressources et les problèmes à résoudre.
- L'acceptation des résistances du patient comme un « style » relationnel et la capacité à utiliser ces résistances à des fins thérapeutiques.

La richesse et l'inventivité de ce clinicien hors pair redonnent à l'hypnose une véritable impulsion. L'attrait provient de la possibilité d'obtenir plus rapidement des résultats thérapeutiques probants. Grâce aux travaux de Milton H. Erickson, la pratique de l'hypnose, encore relativement marginale, intéresse un nombre de plus en plus important de cliniciens dans le monde entier : l'hypnose acquiert sa légitimité.

L'hypnose ericksonienne devient l'hypnose la plus largement utilisée aujourd'hui dans les différents champs de la médecine moderne.

La British Medical Association réhabilite officiellement l'hypnose en 1955, et l'American Medical Association en 1958.

C'est en décembre 1980 qu'est organisé le premier congrès international consacré à Milton H. Erickson, neuf mois après sa mort.

2.4. La réintroduction de l'hypnose en France

Après les travaux de Pierre Janet, l'hypnose est presque totalement abandonnée en France.

Léon Chertok (1911-1991), psychiatre de formation psychanalytique, est l'un des rares en France, après la seconde guerre mondiale, à poursuivre des recherches sur l'hypnose, qu'il pratique de façon classique : directe et directive.

Il s'intéresse à l'influence de l'esprit sur le corps et crée l'école de la médecine psychosomatique en 1950. Il reste fidèle à la fois à la psychanalyse et à l'hypnose. Il imagine l'hypnose comme le lien psychosomatique qui permet une réunification corporelle en levant le refoulement.

Léon Chertok réussit à réunir autour de l'hypnose des chercheurs de disciplines aussi diverses que la philosophie, la psychanalyse, la sociologie, la biologie et la médecine.

Il crée en 1972 une structure de recherche à Paris sur l'hypnose, dont il confie la responsabilité à Didier Michaux, psychologue.

J. Godin, fondateur du premier Institut Milton Erickson, et A. Malarevicz introduisent en France les théories ericksoniennes dans les années 80. Cela explique en grande partie le regain d'intérêt pour l'hypnose aujourd'hui en France.

La première consultation d'hypnose dans un centre hospitalier de traitement de la douleur est créée au milieu des années 80 à Rouen sous l'impulsion du psychologue Y. Halfon.

Le premier Forum Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves est organisé en France en juin 1997.

3. Définitions de l'hypnose

L'hypnose est un processus riche et complexe dont les définitions sont nombreuses et complémentaires.

Par exemple, pour L. Chertok, il s'agit d'un «état de conscience modifié, à la faveur duquel le thérapeute peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire et des perceptions sensorielles » (**15**). Selon lui, l'hypnose est le quatrième état de l'organisme, après la veille, le sommeil et le rêve. (1979)

Pour H. Spiegel, c'est une « réponse à un signal venant d'un autre ou de l'intérieur de nous-mêmes, qui active une capacité de changement d'état de conscience chez le sujet, et permet une plus grande concentration dans une direction donnée ». (1974)

F. Roustang (**16**) considère l'activité hypnotique comme un jeu de l'attention qui consiste à la déplacer grâce à l'imagination pour sortir de la réalité ou en créer une nouvelle. (2003)

Milton H. Erickson, quant à lui, décrit l'hypnose comme un état « d'attention et de réceptivité intenses avec une augmentation de la réactivité (réponse) à une idée ou à un groupe d'idées », ou encore comme « un état de concentration mentale, durant lequel les facultés d'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée que, pour le moment, il devient mort ou indifférent à toute autre considération ou influence ». Plus tard, il évoque l'hypnose comme « une

relation qui a lieu à l'intérieur d'une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre » et « un moyen de communiquer au malade des idées et une compréhension de lui-même de telle manière qu'il sera particulièrement réceptif aux idées présentées». (1965)

J. Godin (17) énonce en 1991 que c'est « un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain lâcher prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient ».

Il s'agit donc d'une relation qui explore les capacités d'une personne.

Il est communément admis que l'hypnose est un processus naturel, spontané ou provoqué volontairement par le thérapeute avec l'accord du sujet, dans l'objectif d'apporter une solution à un problème posé par le patient.

La définition la plus fréquemment rapportée est celle d'un « état modifié de la conscience » entre la veille et le sommeil, que François Roustang nomme « état de veille paradoxale » (18). Néanmoins, ce terme sous-entend un état figé qui ne reflète pas la réalité de l'hypnose, au cours de laquelle la conscience est au contraire très active.

La transe hypnotique est avant tout une expérience subjective, observable, mais difficilement mesurable objectivement, d'où les réticences des adeptes des sciences exactes.

Elle se traduit par un état de concentration amplifiée, où la réceptivité aux stimuli perceptifs extérieurs est amoindrie, permettant de refocaliser l'attention vers les perceptions internes. L'objectif de l'hypnose est la réappropriation par le patient de sa propre autonomie pour qu'il puisse utiliser ses propres ressources, souvent insoupçonnées, pour résoudre son problème. (19-20-21)

L'hypnose est une expérience personnelle.

4. Indications de l'hypnose

Les domaines d'application de l'hypnose sont nombreux. Ses indications et contre-indications dépendent avant tout de la relation de confiance établie entre le patient et le thérapeute, et de l'expérience clinique du praticien.

Néanmoins, l'expérience des thérapeutes et les résultats d'études scientifiques internationales permettent d'établir une liste non exhaustive des diverses indications possibles.

L'hypnose peut être utilisée dans le traitement des addictions, comme le tabagisme, l'alcoolisme, le cannabisme et les troubles du comportement alimentaire.

Elle présente un intérêt pour traiter les douleurs aiguës ou chroniques, les dépressions, les phobies, les troubles du désir, les troubles psychosomatiques, l'énurésie chez les enfants...

L'hypnose est pratiquée dans l'accompagnement des patients cancéreux et en soins palliatifs.

L'hypnose est également intéressante et utile dans la prise en charge des psychotraumatismes et en victimologie.

Il n'existe pas de techniques spécifiques relatives à une affection donnée ou à une zone particulière du corps. La démarche thérapeutique dépend surtout des croyances et des attentes du patient, de son ressenti par rapport à sa pathologie et de l'impact qu'elle a sur sa vie en général, sur le plan familial, social ou professionnel. Chaque prise en charge doit être adaptée au patient.

4.1. La douleur

Le traitement de la douleur est probablement l'application thérapeutique de l'hypnose la plus connue et la plus utilisée (22-23). Elle s'avère efficace pour les douleurs aiguës et chroniques, mais aussi en anesthésiologie. Les nombreuses études sur ce sujet contribuent à légitimer l'hypnose.

La douleur est une expérience globale, complexe, multidimensionnelle, subjective, résultant de l'interaction de différentes composantes qui se potentialisent. L'hypnose influe sur la douleur en réduisant les composantes sensorielles et affectives. (24)

L'hypnose peut contribuer à améliorer pour le patient sa relation au corps, sa relation aux soins, sa relation aux autres, sa relation à lui-même, et l'aider à accepter le diagnostic de la

maladie ou le handicap engendré. Cela permet au patient de se réapproprier la partie de son corps qui souffre.

4.1.1. Les douleurs chroniques

L'hypnose peut être appliquée dans le traitement des migraines (25), des lombalgies chroniques, des fibromyalgies (26) et des douleurs neuropathiques (27).

Dans l'accompagnement et le traitement de la douleur des patients cancéreux en phase terminale, l'hypnose est un adjuvant utile. En diminuant l'utilisation des sédatifs et des antalgiques et leur effet sédatif secondaire, il permet à la personne de mieux profiter des plaisirs qui lui restent et des contacts avec ses proches. (28)

4.1.2. Les douleurs aiguës

Dans les douleurs aiguës, l'hypnose est très utile pour réduire ou supprimer la douleur afin d'effectuer des soins, notamment les pansements des grands brûlés (29). La technique hypnotique peut diminuer l'utilisation des antalgiques et éviter une partie de leurs effets secondaires. Elle apporte également un bénéfice psychologique au patient qui peut éprouver dans ces situations des sentiments de culpabilité, de colère, de désespoir et d'impuissance pouvant mener à un syndrome dépressif secondaire. L'apprentissage et l'utilisation de l'auto hypnose peut permettre au patient de s'autogérer, d'être plus confiant et moins dépendant de l'environnement médical.

L'hypnose s'avère également intéressante dans les situations d'urgence et est d'autant plus efficace que le patient est en attente d'aide. Le stress associé à toute urgence médicale peut induire en lui-même un état hypnoïde spontané très proche de la transe hypnotique.

Dans un contexte d'urgence, il est possible de soulager une douleur aiguë chez des patients qui se présentent avec des traumatismes orthopédiques, des abrasions cornéennes, des douleurs abdominales et menstruelles, ou des syndrômes dentaires. (30)

4.1.3. L'anesthésiologie

L'hypnose est utilisée par certains anesthésistes lors d'interventions chirurgicales comme les mastectomies, les thyroïdectomies ou encore l'extraction dentaire. Elles permettent une amélioration de la qualité des soins, une diminution de l'appréhension liée à l'anesthésie et une utilisation moindre de produit anesthésique (31). Plusieurs études ont montré un réveil plus facile lors de l'utilisation de techniques hypnotiques pendant l'intervention. (32-36)

La dentisterie est également un domaine où l'hypnose a des effets bénéfiques prouvés en diminuant l'anxiété liée aux soins et en modifiant le seuil de la douleur. (21)

L'hypnose est aussi utilisée en obstétrique comme outil de préparation à l'accouchement. Elle permet de diminuer l'anxiété et la douleur, essentiellement par des techniques de relaxation, de visualisation positive et de gestion de la douleur. Elle peut parfois se substituer à la péridurale si celle-ci n'est pas réalisable ou non souhaitée par la patiente. (37-39)

4.2. Les addictions

Les addictions sont également une indication thérapeutique classique de l'hypnose.

Comme dans le traitement de la douleur chronique, la technique hypnotique vise à modifier ou à couper les liens noués par le patient avec la substance toxique et qui peuvent être source de souffrance. La dépendance s'installe lorsque la substance toxique devient la solution d'un problème (anxiété, ennui ou solitude).

L'objectif thérapeutique est d'amener le patient à redéfinir la place de cette substance et à la reconsidérer comme problème et non plus comme solution. Le thérapeute accompagne le patient vers ses ressources intérieures, corporelles et hormonales, pour aider à prévenir et calmer les symptômes de manque.

Le sevrage tabagique est une des addictions les plus fréquemment traitées avec l'hypnose. Les études montrent des taux de réussite de 72% un mois après la séance puis de 40% six mois après (20). Il semble que le succès de l'hypno thérapie dans ce domaine est fortement lié à la volonté du sujet d'arrêter de fumer.

L'hypnose peut également être utilisée dans d'autres addictions comme l'alcoolisme et les toxicomanies, en s'intégrant au sein d'une prise en charge pluri disciplinaire.

4.3. Les troubles du comportement alimentaire

La boulimie et l'anorexie sont un motif fréquent de demande de prise en charge par l'hypnose. L'hypnothérapie est utilisée ici avant tout comme un traitement des troubles du comportement. Le but est de détourner le patient d'une fixation sur l'alimentation et de l'aider à changer son rapport à la nourriture et à son corps, en traitant simultanément l'anxiété associée.

Dans l'anorexie, l'hypnose aide également la personne à accepter de rétablir une image du corps conforme à la réalité et à apprendre le lâcher prise. (40-41)

4.4. Phobies, attaques de panique et troubles obsessionnels

Ces pathologies se développent chez des personnes qui veulent contrôler à l'excès leur environnement. La perte de contrôle de tout ou partie de son environnement est source d'une anxiété majeure insupportable pour la personne. (21)

L'hypnose est une bonne méthode de traitement des phobies. La stratégie thérapeutique, toujours adaptée au patient, consiste principalement à restreindre le contrôle à un espace mieux défini et réaliste.

4.5. Les affections psychiatriques

L'anxiété est un état intérieur latent d'insécurité douloureuse indéfinissable qui peut se traduire par diverses manifestations physiques. Cet état, lorsqu'il devient incontrôlable, perturbe la vie quotidienne de la personne. L'objectif de l'hypnose est d'aider le patient à dépasser les blocages liés à cet état.

L'état dépressif est un motif de consultation fréquent. Cet état est lié à une rumination et à une immobilisation de la pensée et du corps du patient qui génèrent une souffrance psychique se traduisant par des troubles variés. Lorsque le patient est demandeur d'hypnothérapie dans ce contexte, il fait preuve d'une dynamique débutante propice à l'utilisation de l'hypnose. Le rôle du thérapeute est de mettre en évidence et d'amplifier cette amorce de mouvement chez le patient qui dispose alors d'une ouverture possible vers la guérison. (3)

4.6. Les affections à composante psychosomatique

L'hypnothérapie contribue efficacement au traitement des troubles psychosomatiques en apaisant la composante anxieuse associée et en facilitant la maîtrise consciente des fonctions autonomes.

4.6.1. L'asthme

L'hypnose se révèle utile et efficace dans la prise en charge de l'asthme, essentiellement de par la composante anxieuse majeure présente lors des crises. L'hypnose permet d'apaiser l'anxiété et le niveau de stress émotionnel, facteurs favorisant le déclenchement et l'installation d'une crise.

L'efficacité de la technique hypnotique peut être évaluée par : la capacité du patient à juguler plus facilement ses crises, l'espacement des crises, et la réduction de la prise de médicaments bronchodilatateurs. (42)

4.6.2. Les affections dermatologiques

La peau est un organe relationnel possédant une valeur symbolique importante.

La composante psychique a un rôle déterminant dans l'apparition et/ou la sévérité des maladies dermatologiques.

La thérapie hypnotique, tout en s'attachant au symptôme, cherche à soigner, en en modifiant la perception, les liens établis par la personne avec son corps, ses croyances et ses rituels.

Des études mettent en avant un lien entre suggestion et stimulation du système immunitaire (43), permettant d'observer la régression des lésions cutanées dans des pathologies diverses comme le psoriasis, l'eczéma, ou l'urticaire ; ainsi que la disparition de verrues ou d'un prurit. (44)

4.6.3. Les troubles gastro-entérologiques

L'hypnose donne de bons résultats dans le traitement des troubles gastro-entérologiques, et ce d'autant plus lorsque la corrélation entre stress, anxiété et manifestations cliniques est forte. (45)

Elle est particulièrement utile dans le traitement des colopathies fonctionnelles et des troubles dyspeptiques. (46-47) L'hypnothérapie améliore la qualité de vie et réduit à long terme la fréquence et l'intensité des symptômes, l'anxiété, le nombre de consultations et la consommation de médicaments. (48-50)

5. Contre-indications et limites de l'hypnose

L'utilisation de l'hypnose repose sur la relation de confiance entre le patient et le thérapeute. L'adhésion du patient à la méthode est un pré-requis indispensable.

Les limites principales de l'hypnose sont surtout celles du thérapeute et de ses compétences, qui ne peut tout savoir et tout pratiquer par hypnose. La principale contre-indication est l'incompétence du thérapeute (19, 51). D'après J.M. Benhaiem, il n'est pas certain que ce risque soit grand. Pour lui, il est possiblement comparable à toutes les relations médecin-malade qui se soldent par un échec (21).

Les contre-indications classiques sont les phases aiguës des troubles psychotiques et la paranoïa. Dans les psychoses, le risque est d'amplifier les phénomènes dissociatifs ou de déstabiliser un équilibre mental précaire. La prise en charge des patients schizophrènes reste possible hors des périodes de crises, en présence d'un thérapeute expérimenté, dans le cadre d'un suivi psychiatrique et d'un traitement médicamenteux bien suivi.

6. Techniques hypnotiques et déroulement d'une thérapie

L'induction hypnotique a pour objectif d'isoler le patient de sa sensorialité ordinaire. Libéré temporairement du contrôle et du raisonnement logique et analytique, le patient s'ouvre aux sensations du corps : il s'éveille à ses sens. Grâce à cette modification des perceptions, le changement devient possible. (19-21)

L'hypnose est un processus naturel. M.H. Erickson a montré que chaque personne est hypnotisable, dès lors qu'elle accepte de se prêter à l'expérience et de s'ouvrir au changement.

Une séance d'hypnose formelle se déroule généralement selon le schéma suivant :

- L'entretien
- L'induction
- L'approfondissement (éventuellement)
- Les suggestions hypnotiques et post hypnotiques
- Le réveil

6.1. L'entretien

C'est au cours de l'entretien préalable que se noue la relation de confiance entre le patient et son thérapeute, indispensable au bon déroulement de la thérapie. C'est un moment crucial d'accordage, pendant lequel le thérapeute doit rejoindre le patient là où il est, dans sa perception de son problème. La synchronisation, à la fois verbale et non verbale, du thérapeute envers son patient est primordiale : elle permet d'établir un contact puissant et une affinité inconsciente efficace en reflétant l'expérience de l'autre accepté tel qu'il est.

Le thérapeute met à profit cet entretien pour évaluer le problème à résoudre, les objectifs souhaités par le patient, la personnalité du patient, son vécu, son entourage, ses représentations, la signification que revêt le symptôme, ses bénéfices secondaires possibles, ses motivations à guérir, ses éventuels freins à la guérison, etc.

L'accent est mis sur le rôle actif que joue le patient lors d'une thérapie hypnotique. C'est ensemble que le thérapeute et le patient définissent les objectifs de la thérapie. Ensuite, le thérapeute peut proposer une stratégie adéquate à mettre en place pour régler le problème posé.

Au cours de cette première rencontre avec le patient, le thérapeute est souvent confronté à toutes les croyances portées par l'hypnose. Une fonction importante du thérapeute est de démystifier l'hypnose en répondant aux interrogations multiples du patient à ce sujet et de lui expliquer ce que sont l'hypnose et l'auto-hypnose.

Dans un deuxième temps vient la séance d'hypnose proprement dite.

6.2. L'induction

Il s'agit d'une phase de focalisation de l'attention où le thérapeute invite le patient à fixer son attention sur une perception précise : un point, la voix du thérapeute, une image intérieure agréable, ses sensations corporelles, etc. L'objectif est de limiter le champ perceptif extérieur.

L'isolation sensorielle provoquée par la fixation de l'attention évite le balayage instinctif auquel procède habituellement le patient et lui permet de se déconnecter du monde extérieur. Les modifications du schéma corporel, de l'espace et du temps favorisent l'installation d'une dissociation entre l'esprit conscient et l'esprit inconscient. Tandis que le fonctionnement conscient se base sur la logique rationnelle et cherche à classer, interpréter, expliquer les informations en les intégrant dans une chronologie, le fonctionnement inconscient, lui, traite les informations de façon

symbolique et globale, sans temporalité, en les associant par connotation et sans logique apparente pour le conscient. La dissociation est caractérisée par « la simultanéité d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente, activités séparées l'une de l'autre ». L'analgésie, la lévitation ou la catalepsie sont des phénomènes témoins de la dissociation, et peuvent confirmer au sujet qu'il vit bien un état de conscience modifié. La survenue de ces perceptions extraordinaires permet de convaincre le patient qu'il peut guérir. L'attention sélective et la dissociation provoquées préparent à une réactivité accrue du patient aux suggestions thérapeutiques énoncées par le thérapeute.

Les techniques d'induction sont variées, le soignant proposant une technique adaptée à chaque patient.

6.3. L'approfondissement

L'approfondissement de la transe par diverses techniques adaptées n'est pas fondamentale mais s'avère utile pour mobiliser l'inconscient de façon plus riche.

Le concept de profondeur de la transe est difficile à définir car il existe peu de critères objectifs spécifiques. Les auteurs divergent sur les différents stades de la transe et leur classification. Liebault en définit dix (Annexe 1), Bernheim en propose neuf, et David et Husband décrivent trente degrés qu'ils répartissent en cinq profondeurs (Annexe 2).

Actuellement on parle volontiers de transe légère, moyenne et profonde. Il n'est pas toujours aisé de distinguer ces différents degrés de profondeur de la transe.

Selon G. Salem (19), la transe légère est un état de relaxation qui n'exclut pas les mouvements volontaires. Classiquement, on constate les signes suivants : clignement des paupières, salivation, inhibition du réflexe de déglutition, diminution du tonus musculaire, relâchement des muscles du visage, ralentissement respiratoire et cardiaque, abaissement de la tension artérielle.

Dans la transe moyenne, on peut observer des changements du rythme respiratoire et du tonus musculaire, des réajustements de la posture corporelle, une accentuation de la détente musculaire, des réponses concrètes aux suggestions, et des mouvements oculaires rapides (REM) semblables à ceux retrouvés dans la phase de sommeil paradoxal.

Dans la transe profonde ou « somnambulique », on note une augmentation de la relaxation qui se généralise (soupirs, révulsions oculaires, mouvements pseudo-athétosiques), un ralentissement de la motricité, l'apparition de phénomènes de lévitation des membres, un ralentissement des

réponses aux suggestions et une difficulté à parler sans stimulation extérieure. La technique de régression en âge est très efficace dans cet état.

Généralement, on considère que la transe va en s'approfondissant en cours de séance mais cette progression n'est ni systématique ni obligatoire.

La profondeur de la transe est un état extrêmement variable en cours de séance. Le thérapeute doit faire « naviguer » le sujet entre les différents stades, et conduire le patient à celui qui lui semble le plus optimal quant aux résultats escomptés.

Les méthodes d'approfondissement de la transe sont nombreuses, et à adapter à chaque patient. Il existe différentes métaphores, par exemple : évoquer une progression dans l'espace, comme la descente d'un escalier, marche après marche, après s'être assuré que le sujet n'a pas vécu d'expérience traumatisante dans une telle situation. On peut utiliser également l'image de l'arc en ciel, en détaillant chaque couleur et ce qu'elle évoque au patient.

6.4. Les suggestions

Après cette dissociation vient une phase d'ouverture que F. Roustang nomme « La Perceptude », décrite comme « un mode de perception intégrative propre à l'hypnose ». La Perceptude « permet l'expérience du Tout, par opposition à la perception ordinaire qui sépare, divise, objective et fige la vie » (16). Par le lâcher prise, le patient s'éloigne de ses perceptions ordinaires, de ses croyances, de ses illusions et de ses peurs, et peut émerger de sa focalisation obsessionnelle. Le patient est libre de réassocier ce qui a été défait, de réintégrer un organe qui souffre, ou de modifier ses liens au monde environnant. En modifiant ses perceptions et donc son interprétation du monde, le patient est prêt à envisager un bénéfice au changement, guidé par les suggestions du thérapeute.

La suggestion est un phénomène banal du quotidien et est un mode de communication entre deux êtres inhérent à toute relation thérapeutique. En hypnothérapie, elle constitue la base du travail thérapeutique, en s'appuyant sur la confiance chaleureuse établie entre le médecin et le patient. Par sa force idéo-motrice, la suggestion thérapeutique vise à modifier un comportement ou à provoquer une modification physiologique, en sollicitant les ressources de l'inconscient.

La réceptivité aux suggestions est variable selon le contexte, la relation thérapeutique, et le patient.

La suggestion met à profit tous les canaux possibles de la communication. Elle peut être verbale, paraverbale (intonation, timbre, débit) ou non verbale (gestes, mimiques, postures).

Les suggestions thérapeutiques peuvent être directes ou indirectes.

La suggestion directe, à caractère autoritaire, est la forme la plus simple. Elle s'adresse plutôt au fonctionnement conscient et peut être utile pour la mise en place et le retour de la transe, par le biais de suggestions de confort ou de bien être par exemple. On peut rapprocher de la suggestion directe le procédé de ratification où le thérapeute signale au patient qu'il a bien perçu les indices de la transe, permettant d'encourager et d'amplifier le processus hypnotique.

La suggestion indirecte (52), plus permissive, est privilégiée pendant la transe. Elle est utile pour contourner les résistances de l'esprit conscient et s'adresser à l'inconscient. Elle repose sur l'utilisation avantageuse des paradoxes, des métaphores, des contes et des proverbes, adaptés au patient, au contexte et au problème à régler. Elle recourt aussi volontiers au saupoudrage, où le thérapeute souligne, de façon paraverbale ou non verbale, certains mots de son discours en apparence anodins et sans rapport avec le message principal.

L'enchaînement des suggestions est intéressant, permettant d'établir un lien entre l'expérience vécue actuellement par le patient et ses expériences futures souhaitables.

Le thérapeute peut également énoncer des suggestions post-hypnotiques qui consistent à programmer dans l'esprit du patient pendant la séance un comportement qui se produira par la suite, immédiatement après la transe ou plus tard. Ces suggestions sont utilisées soit pour prolonger les effets de la transe, soit pour faciliter la séance suivante.

Il existe donc autant de suggestions possibles que de thérapeutes et de patients.

6.5. Le réveil

Le retour à l'état de veille se fait au rythme du patient qui se réassocie et se réapproprie la situation présente.

7. Bases neurophysiologiques de l'hypnose

L'hypnose bénéficie d'un grand nombre d'études scientifiques pour tenter d'objectiver sa réalité et légitimer son usage en médecine. La majorité des travaux de recherche repose sur l'étude de l'analgésie sous hypnose. Les techniques modernes d'exploration comme l'électrophysiologie et, plus récemment, l'imagerie cérébrale fonctionnelle sont les principales sources de données scientifiques récentes. Ces techniques ouvrent la voie à de nouvelles orientations expérimentales et suscitent l'engouement des expérimentateurs.

7.1. L'activité cérébrale sous hypnose

7.1.1. L'apport des expérimentations électrophysiologiques

L'expérimentation de l'analgésie sous hypnose avec l'électroencéphalographie a essayé de confirmer deux hypothèses : l'existence d'un tracé caractéristique électroencéphalographique sous hypnose d'une part, et l'asymétrie d'activation électrique hémisphérique en état d'hypnose d'autre part.

Les résultats de plusieurs études n'ont pas permis de mettre en évidence des modifications de l'activité électrique cérébrale au cours de l'hypnose. Les tracés sont généralement composés de rythmes lents (alpha), comme dans un état de veille calme. On peut observer une augmentation des rythmes très lents (thêta, delta), non spécifique de l'hypnose. Ce type d'activité est également enregistré lors de l'attention soutenue, la concentration intense, l'imagerie mentale, ou la méditation. (3)

D'autres études électrophysiologiques ont tenté de confirmer la théorie des deux cerveaux. Cette théorie controversée avance l'hypothèse que l'hypnose induirait une désactivation du cerveau gauche dominant, siège de l'activité logico-analytique et rationnelle, au profit du cerveau droit, siège de l'activité analogique, imagée et sensorielle. Des expériences étayaient cette théorie en montrant une augmentation puis une désactivation de l'activité du cerveau gauche mesurée par EEG au profit d'une augmentation de l'activité du cerveau droit (53-54). Mais différents résultats d'études ultérieures sont plus réservés et n'ont pas montré une spécificité hémisphérique de l'hypnose (55).

7.1.2. L'imagerie cérébrale fonctionnelle

Les méthodes modernes d'imagerie cérébrale fonctionnelle que sont la tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) permettent d'examiner indirectement l'activité cérébrale par l'évaluation des variations du débit sanguin régional dans le cerveau.

L'activité cérébrale sous hypnose a été étudiée principalement avec la TEP.

Des études de TEP ont été menées au début des années 2000 pour évaluer l'effet de la procédure d'induction hypnotique sur l'activité cérébrale.

Les résultats convergents de ces études (56-58) montrent des augmentations du débit sanguin dans des zones corticales occipitales (cortex visuel), des zones frontales gauches et droites et dans le cortex cingulaire antérieur droit, et des diminutions dans les cortex temporaux et pariétaux. Il n'y a donc pas un engagement de l'hémisphère droit et un désengagement de l'hémisphère gauche dans l'état hypnotique. Les augmentations importantes constatées dans les zones frontales suggèrent une participation active des fonctions exécutives à l'établissement et au maintien de l'état hypnotique. Les augmentations dans les zones occipitales, quant à elles, suggèrent des mécanismes de désinhibition associés à la relaxation mentale. Cela pourrait faciliter les processus d'imagerie mentale et favoriser l'influence descendante des fonctions exécutives sur les processus perceptifs.

La diminution de l'activité constatée au niveau des zones temporales et pariétales, et en particulier au niveau du précunéus qui joue un rôle dans la représentation du monde et dans les tâches de discriminations visuelles aux stimuli externes, est un signe important marquant la perte d'attention aux stimuli externes. Cette observation n'est pas spécifique de l'état hypnotique, et est retrouvée également dans d'autres états de conscience modifiés comme l'anesthésie générale, le coma ou les états végétatifs. (56)

La relaxation mentale et l'absorption hypnotique entraînent des modifications du débit sanguin au niveau du tronc cérébral. L'activité du thalamus et d'une partie du cortex cingulaire antérieur associé à l'attention est positivement corrélée à l'absorption hypnotique. Le processus hypnotique produit des changements dans l'activité de structures cérébrales responsables de la régulation des états de conscience et du contenu de la conscience. (58, 3)

Une étude en IRMf (59) s'est intéressée aux fonctions attentionnelles dans des situations pouvant entraîner des conflits dans la prise de décision, et a observé la modification d'activité sous hypnose du cortex cingulaire antérieur (impliqué dans la surveillance continue

« automatique » des situations de conflit) et du cortex frontal latéral (qui introduit un contrôle cognitif lorsque ces situations deviennent complexes). Les résultats montrent un découplage entre les fonctions de surveillance du cortex cingulaire antérieur, dont l'activité est augmentée sous hypnose, et le contrôle cognitif du cortex frontal latéral dont l'activité reste inchangée au cours de l'état hypnotique. Cela peut être interprété comme une diminution de l'attention par rapport à l'état d'éveil.

L'hypnose apparaît comme un fonctionnement cérébral particulier, adapté à la tâche proposée, mais influant sur les structures contrôlant notre attention au monde extérieur.

7.2. Modulation hypnotique de la douleur

La douleur met en jeu plusieurs aires corticales : les régions somesthésique, insulaire et cingulaire. (3)

On distingue classiquement une composante « sensori-discriminative » de la douleur, qui permet de localiser la douleur, d'en apprécier son intensité et ses qualités sensorielles, et qui implique la mise en jeu des cortex somesthésiques primaire et secondaire localisés dans la région pariétale du cerveau.

Les régions insulaire et cingulaire, quant à elles, appartenant au système limbique, sont impliquées dans la composante « affectivo-émotionnelle » de la douleur traduisant son caractère désagréable.

Plusieurs études (60-62) par imagerie cérébrale fonctionnelle ont mis en évidence que des suggestions d'analgésie entraînent des modifications très sélectives en réduisant l'activité de ces régions cérébrales normalement mises en jeu par les stimulations douloureuses expérimentales.

La localisation des régions affectées dépend de la forme prise par les suggestions d'analgésie.

Les suggestions visant à réduire le caractère désagréable de la douleur se sont accompagnées d'une réduction de l'activité des régions insulaire et cingulaire, alors que l'activité du cortex somesthésique n'est pas modifiée de façon significative (61).

A l'inverse, les suggestions visant spécifiquement l'intensité sensorielle de la douleur affectent l'activité du cortex somesthésique primaire (60).

Ces études témoignent bien d'une modification dans le traitement des informations sensorielles qui constituent l'expérience subjective de la douleur.

D'autres études ont cherché à préciser le rôle des systèmes de modulation de la transmission des informations nociceptives dans l'analgésie hypnotique.

Il apparaît que l'analgésie hypnotique n'est pas réversible à l'injection de naloxone, antagoniste spécifique de la morphine, et ne semble donc pas sous-tendue par la libération et l'action d'opioïdes endogènes.

Par contre, des études électrophysiologiques du réflexe RIII ont permis de montrer que l'analgésie hypnotique repose en partie sur la mise en jeu de systèmes capables de réduire la transmission des informations douloureuses, dès leur premier relais dans la moelle épinière. Ce réflexe, qui dépend uniquement de circuits organisés dans la moelle épinière et dont le seuil d'apparition et l'amplitude sont directement corrélés au seuil et à l'intensité de la douleur, est inhibé par des suggestions verbales d'analgésie chez environ 60% des sujets. (63-64)

7.3. Critiques et limites de l'expérimentation

L'expérimentation actuelle apporte des éclairages sur les mécanismes du processus hypnotique et de l'analgésie sous hypnose.

Mais il est toujours impossible de définir précisément l'état hypnotique.

Malgré les nombreuses études réalisées, le phénomène hypnotique ne possède pas, à ce jour, de signes physiques ou physiologiques spécifiques. Il existe de nombreux signes physiques et paramètres constants des diverses formes de transe, mais aucun n'est caractéristique ni spécifique de l'état hypnotique, et chacun d'eux peut être retrouvé à l'état de veille.

Ceci contribue probablement à la réticence de certains médecins et des autorités de santé à reconnaître la réalité du phénomène hypnotique.

Pour devenir objet de science, l'hypnose doit se soumettre à la méthode scientifique. L'exigence de l'expérimentateur est de créer une scène expérimentale pour contrôler toutes les variables et isoler des témoins parfaitement fiables, nécessitant une neutralité relationnelle indispensable. Or avec l'hypnose, on peut s'interroger sur cet idéal de scientificité : l'hypnose expérimentale, qui doit satisfaire la neutralité relationnelle, nie la relation entre l'expérimentateur et son sujet.

La science moderne procède par un découpage méthodique du vivant pour l'analyser élément par élément, alors que l'hypnose ne s'appréhende et ne se produit que dans la mise en action de la totalité de la personne.

La standardisation du protocole expérimental de l'analgésie sous hypnose utilise des échelles de suggestibilité qui tentent de répondre à la reproductibilité scientifique.

Milton H Erickson (65) émet des réserves sur la standardisation de l'hypnose. Pour lui, l'approche exploratrice des processus hypnotiques doit être individualisée en tenant compte des différences individuelles et des cadres de référence propres au sujet.

En raison des exigences de l'expérimentation (objectivité, reproductibilité), on peut se demander si l'hypnose expérimentale et l'hypnose thérapeutique traitent du même objet.

Problématique

La relation entre le médecin généraliste et ses patients est une relation privilégiée basée sur la confiance qui s'inscrit dans une prise en charge globale de l'individu. L'hypnose médicale, comme nous l'avons vu, est un mode de relation particulier, aux très larges indications. Elle semble prendre naturellement place dans l'état d'esprit du soin en médecine générale.

Depuis les années 80, l'intérêt pour l'hypnose thérapeutique se généralise progressivement. Le développement des instituts de formation à l'hypnose ericksonienne permet aux divers soignants, et en particulier aux médecins généralistes, d'aborder cette pratique.

Dans ce contexte, qu'est-ce que l'hypnose peut apporter à la médecine générale ?

Nous avons voulu savoir comment les médecins généralistes peuvent-ils s'approprier l'hypnose thérapeutique et l'adapter à la prise en charge globale de patients en médecine de premier recours. Qui sont ces médecins généralistes pratiquant l'hypnose médicale ? Comment et pourquoi se sont-ils formés ? Quels sont les intérêts et les apports positifs de l'utilisation de l'hypnose en médecine générale ? Quelles sont également les limites et les difficultés d'une telle pratique ?

Pour répondre à ces diverses interrogations, nous avons décidé d'aller sur le terrain rencontrer et interviewer des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale.

Matériel et méthodes

1. Le recrutement

1.1. Choix de la population

Dans cette étude, nous avons interrogé des médecins généralistes qui se sont formés à l'hypnose ericksonienne et qui l'utilisent en consultation.

Nous avons essayé de rencontrer une population de médecins la plus variée possible : sexe, âge, type d'exercice, zone d'exercice...

Les médecins formés utilisant peu l'hypnose n'ont pas été écartés car il semblait intéressant de recueillir également leur avis.

1.2. Recrutement

Les médecins pratiquant l'hypnose ericksonienne ne sont pas recensés officiellement. Il est très difficile actuellement d'évaluer le nombre de médecins formés à l'hypnose et proposant l'hypnose au sein de leur exercice.

Le recrutement des médecins s'est fait par deux biais :

- Le bouche à oreille
- Le relevé des médecins généralistes inscrits sur les listes proposées par les différents centres de formation d'hypnose, sur internet.

2. L'entretien

Cette étude a été menée par entretiens semi-directifs. Il s'agit d'une technique où l'enquêteur pose des questions ouvertes aux participants.

Les entretiens se sont déroulés au cabinet des participants ou dans des lieux publics. Les discussions ont été enregistrées avec l'accord des médecins. Il n'y a eu qu'un seul refus : cet entretien s'est fait alors uniquement à l'aide de prise de notes. Au début de l'entretien, nous leur avons garanti la confidentialité et l'anonymat des données recueillies.

La durée moyenne des entretiens a été de quarante-cinq minutes environ. L'entretien le plus court a duré trente-cinq minutes et le plus long une heure et demie.

Nous avons établi et utilisé un guide d'entretien pour énumérer les différents thèmes à aborder durant la rencontre. Il ne contient pas de questions préétablies puisque ce n'est pas un questionnaire. Ce guide s'est progressivement étoffé au fil des entretiens, car certains médecins ont abordé des sujets qui n'avaient pas été repérés initialement. Certains thèmes n'ont donc pas été discutés avec les premiers participants.

3. La retranscription des données

Les données enregistrées ont été strictement retranscrites. Cette technique permet d'obtenir l'ensemble du discours de la personne interrogée, appelé corpus. Nous avons également précisé les messages non verbaux, tels que le débit de paroles, les silences, les rires, les intonations, etc.

4. Analyse des données

Nous avons choisi d'utiliser la méthode de l'analyse thématique du contenu, qui a pour but de mettre en évidence les thématiques communes et de tenter de mettre en œuvre des modèles explicatifs de représentation.

Il s'agit de réaliser un découpage des entretiens retranscrits en thèmes et sous-thèmes, permettant d'établir une grille d'analyse. Pour chaque thème, un résumé des informations recueillies est effectué. Il s'agit ensuite de repérer les similitudes et les variations au sein du discours des médecins participants et de chercher les éléments les expliquant.

5. Les caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon étant restreint, il ne prétend pas être représentatif de la population de médecins généralistes pratiquant l'hypnose ericksonienne en consultation.

La population recrutée compte treize médecins. Elle comprend quatre femmes et neuf hommes.

Nous avons réalisé un tableau regroupant les principales caractéristiques des médecins : classe d'âge, sexe, mode d'exercice, zone d'installation, association à une autre activité spécifique, durée de pratique de l'hypnose.

Pour préserver l'anonymat, nous avons attribué un numéro à chaque participant.

	Sexe	Classe d'âge	Zone d'installation	Mode d'exercice	Autres spécialités	Nombre d'années de pratique de l'hypnose
1	masculin	56-65 ans	Urbain	En groupe	Acupuncture	16
2	masculin	46-55 ans	Rural	Seul	Homéopathie	3
3	masculin	26-35 ans	Semi-rural	En groupe	Médecine du sport	4
4	féminin	46-55 ans	Semi-rural	En groupe		4
5	masculin	46-55 ans	Urbain	Seul		15
6	féminin	36-45 ans	Semi-rural	En groupe		2
7	masculin	56-65 ans	Rural	En groupe		6
8	masculin	46-55 ans	Semi-rural	En groupe		5
9	féminin	46-55 ans	Semi-rural	En groupe		6
10	masculin	46-55 ans	Urbain	Seul	Acupuncture, ostéopathie	5
11	masculin	36-45 ans	Urbain	Seul		5
12	féminin	26-35 ans	Rural	Non installée		4
13	masculin	56-65 ans	Urbain	Seul		17

Résultats

1. La découverte de l'hypnose

1.1. Premiers contacts avec l'hypnose

Le premier contact du médecin avec l'hypnose médicale est souvent le fruit du hasard et est chargé d'une note positive.

Il peut se faire à l'occasion d'une situation médicale donnée. Le médecin peut assister directement à la pratique de l'hypnose par un autre soignant ou être témoin de retours positifs liés à la pratique de l'hypnose.

Ainsi, les médecins 2, 3 et 9 ont assisté à des séances d'hypnose.

2 : *« Ça doit faire trois ans... J'ai commencé grâce à E. C'était mon interne d'il y a trois ans, et elle a proposé de l'hypnose pour un jeune qui avait des phobies, qui était un peu peureux comme ça. Et on devait lui enlever du molluscum en plus, donc c'était assez difficile, donc on l'a fait sous hypnose. Le résultat n'était pas spectaculaire, mais pour un enfant phobique, très craintif comme ça, je crois que c'était assez intéressant. »*

3 : *« Bah, par curiosité, déjà, parce que j'avais trouvé ça intéressant avec B. Je l'avais vu faire quand j'ai fait mon stage en SASPAS, sur les journées pour me montrer son cabinet en fait. Et j'y suis retourné sur les après-midi où il y avait de l'hypnose. »*

9 : *« Alors l'hypnose, la première fois que j'en ai entendu parler au niveau médical, c'était avec un type qui était anesthésiste au SAMU, avec qui je faisais un DU de médecine légale, et qui me disait : "La prochaine formation que je fais, c'est de l'hypnose". Et ce type là, je l'ai retrouvé sur une sortie pompier où j'avais un gros casse sur la quatre voies, avec plusieurs blessés. Et il est arrivé avec le SAMU, et il a mis en hypnose la dame qui était dans le VSAB et qui criait parce qu'elle était douloureuse. Et en fait, comme il n'a pas mis seulement la dame mais aussi les pompiers en même temps en hypnose, j'ai trouvé quand même que c'était drôlement bien. [...] Parce que tout le monde était tranquille, apaisé, parce qu'elle s'est arrêtée de crier cette dame-là, elle allait mieux, et puis voilà, c'était calme et détendu. Et donc, bah, ça a fait de l'effet sur tout le monde parce que même les pompiers ont arrêté de parler. Donc je me suis dit : " Ah, c'est pas mal ! ". »*

8 : *« J'ai découvert l'hypnose par un médecin psychiatre qui a fait la formation à Rennes. Je suis allé voir une fois pour une journée de découverte. »*

Le médecin 4, quant à lui, est témoin des effets bénéfiques de l'hypnose.

4 : *« La première fois que j'ai été en contact avec l'hypnose, c'est lorsque ma fille s'est fait opérer des dents de sagesse, et là sur son lit de réveil, là où elle était dans le coltard comme pas possible ; et à côté, c'était un monsieur qui sortait d'une coloscopie sous hypnose, et qui bien sûr était frais comme un gardon. Et là, je me suis dit : " Tiens ça, c'est vachement intéressant !". C'était il y a dix ans. Et là, j'ai commencé à dire à mes patients qui avaient besoin d'une colo, d'aller la faire sous hypnose, je les envoyais à Rennes pour la faire sous hypnose. Et il y en avait beaucoup qui adhéraient. Bon ça, c'est l'extérieur. Après, j'ai une patiente qui est allée au centre anti douleur à Rennes et qui a été traitée sous hypnose, et là j'ai quand même commencé à trouver ça vraiment très intéressant pour traiter des douleurs. »*

Un autre médecin raconte avoir essayé la pratique de l'hypnose lors d'une situation médicale imprévue, suite à la lecture d'un livre sur le sujet.

13 : *« Alors comment je suis venu à l'hypnose ? On pourrait dire par hasard. C'est-à-dire qu'il se trouve que je me suis trouvé en possession d'un assez vieux livre qui décrivait l'hypnose médicale. Or, à cette époque-là, j'avais même pas idée que l'hypnose pouvait être médicale. J'étais comme tout le monde, ou comme la plupart des gens, c'est-à-dire que l'hypnose, c'était un truc de spectacle. Et alors, par hasard, je suis tombé là-dessus. Ça m'a un peu intrigué, j'ai lu ce livre : "Techniques secrètes de l'hypnose". C'est un titre vachement nul, quoi, parce que ça fait un peu... A priori, c'était pas tellement intéressant. Sauf que, à l'arrière, donc, c'était écrit par un certain professeur Kurt Tupperwein, quand même : "Praticien de santé, et directeur de l'institut international de travaux et de recherche sur l'hypnose, président de l'académie de médecine interdisciplinaire, il organise des séminaires destinés à enseigner l'application de l'hypnose aux médecins et aux praticiens de santé. Spécialiste de l'hypno-médiation, psycho cybernétique, ses nombreux ouvrages sur le sujet, ainsi que cette méthode, la méthode Tupperwein, lui ont valu une grande notoriété en Allemagne et dans toute l'Europe". Alors, je ne sais pas s'il était d'une grande notoriété en Allemagne, mais en tout cas, chez moi, il n'avait aucune notoriété. C'est un nom qui ne me disait rien du tout. Alors, et bien, j'ai regardé ça. Il y avait beaucoup de techniques de décrites, beaucoup de séances d'hypnose de relatées. J'étais assez dubitatif quand même... [...] Et puis alors, quand je venais de finir de lire ça, un jour, je suis appelé en visite chez une patiente que je connaissais bien, et qui en fait, ce jour-là, faisait un état d'agitation. Une fois sur place, je me rends compte que je n'ai plus ni valium, ni autre chose qui aurait pu faire... [...] Donc je me trouvais devant un choix à faire : redescendre les cinq étages, reprendre ma voiture, retourner au cabinet, reprendre mes ampoules de valium, revenir, remonter les cinq étages et lui mettre son valium ; ou alors finalement faire un peu ce qu'il disait là-dedans. [...] J'ai commencé*

par faire ça, en me disant si ça va pas, j'irai chercher mon valium. Et ça a très très bien marché. C'est-à-dire que cette femme, elle s'est calmée encore plus vite que si j'avais injecté le valium. [...] Enfin bref, c'était miraculeux entre guillemets. Et alors, j'ai compris comme c'était puissant l'hypnose. [...] Parce que là, par ce qu'elle m'a dit cette femme, tout de suite, ça a entrouvert tout un pan de la personnalité de la personne que je n'avais même jamais soupçonné. »

Pour deux d'entre eux, la première rencontre avec l'hypnose s'est faite au cours de leurs études à l'occasion d'un stage.

12 : *« En fait, mon premier contact découverte de l'hypnose que j'ai eu, c'était en tant qu'externe, à l'hôpital, j'étais en cinquième année, en service de pédo-psy. Et on avait une hypno-thérapeute qui nous avait fait à nous tous, les externes, une après-midi d'initiation. Et donc, c'était assez intéressant, je ne savais pas du tout ce que c'était. Donc elle nous a présenté ce que c'était un petit peu l'hypnose. Elle nous avait juste fait faire un atelier où on était par trois. Et donc on devait se parler sur l'expiration, donc une technique d'hypnose,. Et donc, il y avait un observateur, un qui hypnotisait, l'autre qui était hypnotisé. Et en fait, c'était assez rigolo de voir que, tous, on a vécu des trucs assez marrants. Donc ça a été ma première séance d'hypnose, faite par un collègue externe qui n'était pas du tout hypno-thérapeute. »*

11 : *« La première chose, j'ai découvert l'hypnose, j'étais en quatrième année de médecine, auprès d'un grand patron. Et puis j'ai été amené moi-même à essayer l'hypnose chez un patient qui présentait un cancer et que les thérapeutiques classiques ne soulageaient pas au niveau des douleurs et des nausées, et l'hypnose a bien fonctionné. »*

Pour un médecin, le premier contact est plus indirect :

10 : *« Vers 1987(?), en lisant un mailing sur la venue de la fille de Milton H. Erickson en France, pour un cycle de conférence. Je n'ai pas pu y aller, mais cela m'a beaucoup intéressé. »*

Plus rarement, le premier contact avec l'hypnose médicale a eu lieu dans un contexte personnel.

5 : *« J'ai découvert l'hypnose en tant que patient. Je n'avais jamais entendu parler de l'hypnose avant. Et puis, par hasard, j'ai été amené à faire une thérapie par hypnose... Qui a complètement changé ma vie. Qui m'a fait d'une certaine manière rentrer dans la belle vie, voilà. Donc j'ai été complètement stupéfait. Surtout, j'ai rien compris, le principe même de l'hypnose, je ne me souviens plus du tout des séances qu'on a fait, et je me suis mis à aller mieux, à faire des choses que je n'avais jamais fait dans ma vie, et je ne savais pas pourquoi. C'est ça qui est étrange avec l'hypnose, contrairement au travail analytique, c'est que j'allais mieux et je ne savais pas pourquoi. [...] Avec le recul, j'ai fini par comprendre qu'est ce qui avait changé. Et j'avais*

l'impression que des portes s'étaient ouvertes, que des possibilités nouvelles s'étaient offertes à moi. Et ça m'a totalement stupéfait. »

7 : « J'ai découvert l'hypnose parce que je suis devenu phobique. J'ai pris des traitements, j'ai suivi une psychanalyse, et puis je n'allais pas mieux. Et un jour, ma femme, qui est médecin, me dit qu'elle a une patiente qui est allée voir G, et voilà. J'y suis allé un petit peu à reculons, pas très convaincu. Et un jour, je m'aperçois que j'allais bien. [...] Je n'y croyais pas. parce qu'après quatre ans d'analyse, je n'allais pas mieux. Donc je ne pensais pas qu'un jour j'irais mieux. En fait, je ne me souviens pas du tout ce qui s'est passé pendant les six séances d'hypnose. C'est un jour, c'est un déclic. C'est ça que j'aime bien. L'inconscient, quand il est prêt, les choses se débloquent, et les gens vont bien. Il faut que le patient soit prêt à aller mieux. »

1.2. Croyances et connaissances des médecins à propos de l'hypnose

Presque tous les médecins rencontrés avouent leur ignorance ou leur méconnaissance à propos de l'hypnose médicale, lors de leur premier contact avec celle-ci.

2 : « En fait, je ne connaissais pas du tout l'hypnose. »

5 : « Je n'avais jamais entendu parler de l'hypnose avant. »

3 : « Avant, je ne connaissais pas l'hypnose, pas l'hypnose comme ça. Je connaissais l'hypnose de spectacle, bien sûr. »

6 : « Alors il faut quand même savoir qu'il y a plus de vingt ans, j'ai un ami en qui j'avais une grande confiance et qui est médecin, qui faisait de l'hypnose ericksonienne, et qui m'en a parlé à moi et à une copine. Il nous a dit : " Lisez les bouquins d'Erickson ! ". Et moi, je sortais de la fac, et je ne sais pas, j'ai imaginé que c'était encore des bouquins comme ça, en fait, et je saturais. Et le mot hypnose, il faut avouer quand même, je pense que le mot hypnose nous faisait peur. »

2. La formation à l'hypnose

2.1. Le cheminement vers la formation

La décision de se former à l'hypnose s'intègre dans une démarche progressive et évolutive. On constate souvent un événement déclencheur au cours de ce cheminement.

4 : « Ça a commencé à faire son chemin dans la démarche et à me dire je voudrais bien faire quelque chose comme ça. Et sur ce, je suis devenue maître de stage, et à l'occasion d'un changement de carte, je me suis retrouvée avec B, et là évidemment, pfffiou, c'est évident que je

plonge dedans. J'avais pas prévu de le faire là, mais j'étais déjà dans la démarche quand même. »

5 : « Dans un premier temps, j'ai pas imaginé du tout devenir hypno thérapeute. Et puis après, je cherchais ma voie, et un jour je suis tombé sur une publicité de l'Institut Milton Erickson de Paris. Et je me suis dit : "Tiens, pourquoi pas ?". Je me souviens quand je suis arrivé là-bas, au bout d'une demi-heure où j'étais dans la pièce avec Jean Bodin, je me suis dit : "C'est ça que je cherchais". »

6 : « En fait, je suis très ouverte à des tas de trucs zarbis, et le problème, c'est que les formations que j'ai faites sur le sujet n'étaient pas compatibles avec ma casquette de docteur. Et donc un jour à table, à l'URML, il y a B qui était en train de parler d'hypnose, et là c'était une réponse à ma demande. Parce que c'était fait par des médecins pour des médecins. Et j'ai dit : "Je prends". [...] J'ai mis vingt ans. Je n'ai pas eu de problème au moment de la date, j'étais même plutôt demandeuse. Oui, parce que c'était une réponse au fait que je m'étais formée à des choses qui ne sont pas médicales et que je ne pouvais pas appliquer. Et donc je n'avais pas été jusqu'au bout parce que voilà. J'ai trouvé mon compte pour moi, personnellement, individuellement, mais pas sur le fait que je puisse, moi, le pratiquer ici. Ce n'était pas possible, en tout cas pour moi, je n'y arrive pas. Et donc l'hypnose, si. L'hypnose, il y a des années de reconnaissance, par les médecins pour les médecins. »

9 : « Donc l'hypnose, ça me trottait dans la tête, et puis j'ai fait des formations qui s'en rapprochent parce que je suis allée à l'Unafornec faire plein de formations sur la communication. Parmi ces formations là, à un moment donné, j'en ai fait une qui s'appelait « thérapies brèves ». Et donc, les thérapies brèves, c'est issu de l'hypnose. Et il se trouve que le formateur de thérapies brèves, et bien, il faisait des formations à l'hypnose. Donc il m'a envoyé ensuite une petite plaquette, et j'ai vu que c'était en juillet, à Arès, dans le Beaujolais, j'ai dit : "Bah, je vais m'inscrire", et je me suis inscrite, voilà, comme ça, c'est tout. J'attendais ça, en fait, pour m'inscrire. J'attendais qu'il y ait une formation qui vienne à moi... En fait, le problème, c'est que je ne voulais pas m'inscrire à un DU à Paris, et je ne voulais pas faire une formation où c'est un jour par-ci, un jour par-là. Et quand j'ai vu cette offre-là, en fait, j'en avais déjà vu d'autres. C'est facile, en fait, il suffit de se renseigner auprès des instituts. J'ai pris cette formation-là parce que c'était sur cinq jours. C'était marqué : "cycle initial complet, vous faites de l'hypnose en sortant", et je me suis dit : "C'est génial ! ". Parce qu'avec les enfants, c'est pas toujours pratique à caser, tout ça. »

12 : « Donc après, moi, j'ai fini mes études. J'ai jamais pensé faire de l'hypnose pendant mes études. J'étais plutôt orientée ostéopathie, homéopathie... Enfin, j'étais intéressée déjà par des choses qui n'étaient pas forcément de la médecine conventionnelle. J'étais pas complètement

fermée aux autres techniques médicales ou para-médicales qui pouvaient apporter des aides à la médecine telle qu'on l'apprend actuellement à l'université. [...] Et le temps a passé. J'ai rencontré B en rencontres généralistes, qui organisait une première formation d'hypnose, et donc qui m'en avait parlé comme ça. Donc je me suis inscrite, voilà, j'avais aussi les moyens de la faire. »

13 : *« Bref, j'ai vu que l'hypnose, ça pouvait être efficace, mais que à la lecture de ça, c'était quand même un peu léger pour l'utiliser vraiment, même si là, j'avais pu l'utiliser furtivement. Donc j'ai décidé de faire une formation. »*

2.2. Les motivations à se former à l'hypnose

Les médecins évoquent plusieurs motifs principaux amenant à cette démarche de formation.

- La curiosité

2 : *« En fait, je ne connaissais pas du tout l'hypnose. J'y suis allé par curiosité. Un petit peu en me disant, tiens pourquoi pas, ça peut être intéressant. »*

- Le désir de maîtriser les propriétés analgésiques de l'hypnose

2 : *« Je fais beaucoup de dermato, beaucoup de petits gestes, et donc je me suis dit que ça pouvait être intéressant de faire un peu d'analgésie. Donc j'ai commencé comme ça. »*

3 : *« Et puis la prise en charge de la douleur. De ce point de vue là, il y avait un intérêt. »*

4 : *« C'était surtout pour la douleur que ça m'intéressait. L'association des thérapeutiques médicamenteuses et de l'hypnose. Il y en a, ça leur apporte beaucoup. »*

- L'envie de modifier sa façon de communiquer avec les patients

8 : *« L'hypnose est, pour moi, entre autre, une forme de communication médicale, de communication thérapeutique. Et donc changer la façon de communiquer avec les patients est particulièrement utile, donc c'est ça qui m'a attiré le plus. On change la façon de vivre le travail, quoi. »*

10 : *« D'abord comme aide à la communication ».*

- Une aide à la prise en charge non médicamenteuse du stress

3 : *« Par rapport à la prise en charge. En fait je pense que c'était plus une approche style*

sophrologie pour les gens qui ne vont pas bien, voilà. Essayer de les déstresser un petit peu, d'avoir un effet assez rapide, et puis sans avoir à recourir à plein de médocs. De ce point de vue là, il y avait un intérêt. »

- La recherche d'un outil comme réponse aux impasses thérapeutiques auxquelles sont confrontés les médecins :

12 : *« Et puis, au départ, c'était pas vraiment pour moi. C'était en me disant : "Peut-être que je vais trouver là, dans cette technique, des solutions pour mes patients. [...] Et donc plutôt au départ une démarche en me disant : "Je vais peut-être trouver une clé pour d'autres, pour mes proches, et par ricochet, pour mes patients". »*

- L'insatisfaction face à l'enseignement universitaire

1 : *« Soigner le symptôme, c'est insuffisant !! Il faut prendre la personne dans sa globalité. La faculté n'enseigne pas ça, et ce n'est pas satisfaisant. L'hypnose permet ça. »*

2.3. Les modes de formation

Les médecins rencontrés ont effectué leur formation initiale sous forme de séminaires, sur une ou plusieurs années, en associant une ou plusieurs formations simultanément.

7 : *« Je me suis formé à l'IFH à Paris. J'ai fait deux cursus : la préparation à être hypno thérapeute, avec des formateurs très variés, et une formation d'hypno analgésie avec Yves Halfon. En même temps qu'on se forme à l'IFH, on pratique tout de suite. Alors j'ai commencé la formation il y a six ans, j'ai fini il y a deux ans. »*

9 : *« J'ai fait les spécialisations et la supervision. J'ai fait un cycle complet pour avoir le diplôme et j'ai fait des formations en plus. Parce que, en fait, quand tu te formes, t'as un initial où il faut tant d'heures de formation, un de spécialisation où il faut tant d'heures de formation, ce qui correspond à six journées entières. Et après, la supervision, ça correspond à six jours de formation aussi. Et donc j'ai fait tout ça dans la foulée. En fait, j'ai tout fait en moins d'un an. »*

13 : *« Donc j'ai décidé de faire une formation. [...] J'ai choisi la formation que j'ai trouvée la plus exhaustive et la plus complète, et à l'époque, c'était la formation dispensée par l'Institut Français d'Hypnose à Paris. Donc pendant trois ans, je suis allé un week-end end sur deux à Paris, samedi et dimanche, suivre des cours et faire une formation, entre 1994 et 1996. C'était celui qui est toujours le directeur actuellement, mais peut-être plus pour très longtemps car il approche de l'âge de la retraite, c'est Didier Michaux. Donc il y avait deux formations qu'on*

pouvait faire en même temps puisqu' il y avait deux formations de un week-end par mois, mais en quinconce. Donc en y allant tous les quinze jours, je faisais les deux formations en même temps. Donc j'ai fait hypno thérapie et hypno analgésie, en même temps, sur trois ans. »

5 : « Sous forme de séminaire. A l'époque, il y avait dix week end sur un an. C'était très tassé, une fois par mois. J'allais à Paris une fois par mois, pendant deux jours. Et j'ai fait la formation avec Jean Godin, qui est un des deux premiers qui a amené l'hypnose en France avec Malarewicz. »

8 : « Donc j'ai fait la formation, d'abord deux ans d'hypnose générale. Et puis j'ai complété ça par une formation sur la douleur chronique, pendant deux ans aussi. »

11 : « Je me suis formé il y a cinq ans à l'hypnose. Je me suis formé à Paris avec Jean-Marc Benhaïem, c'est le seul DU en France. C'est la seule association qui a réussi à faire valider un DU à la fac. Ça fait une bonne dizaine d'années. »

En fonction de leurs intérêts, certains n'hésitent pas à varier les centres de formation et les sources d'informations.

2 : « Donc j'ai fait toute l'initiation, la consolidation, l'approfondissement et le module de supervision. Mais en parallèle, moi je lis, je suis abonné à "Hypnose et thérapies brèves ", qui est une revue qui est éditée tous les mois et qui raconte des choses comme ça, pour approfondir la formation. Et je me suis inscrit à un module de douleur à part, ailleurs. Donc j'ai fait le module douleur aiguë en plus. Et je continue. J'ai fait ça à Rennes, à l'IMH. [...] J'ai d'autres regards. »

5 : « Mais une fois qu'on mettait les patients en hypnose, et bien, je ne savais pas qu'est-ce que je faisais, je n'avais pas de stratégie. Donc là, j'ai été obligé d'apprendre, obligé de découvrir Erickson, pour comprendre. Erickson, à le lire, on a l'impression d'un extraterrestre. Mais avec les années de pratique, petit à petit, on commence à comprendre de quoi il parle. »

6 : « Et puis là tout récemment, j'ai eu une soirée avec un type de Rennes je crois, c'était plus axé sur la douleur, et il nous a vraiment fait une démonstration d'anesthésie de la main et de transmission de l'anesthésie de la main sur l'autre main... [...] Ça m'a vraiment fait une ouverture : bah il faudrait quand même que je le fasse aussi. Parce que je pense que je ne me sers pas assez : je ne m'en sers pas trop pour les vaccins, je ne m'en sers pas pour les points... »

Plusieurs soulignent l'importance de poursuivre cette formation et de rencontrer des confrères pour échanger à propos de leur pratique.

1 : « Je vais aussi régulièrement aux transversales de Vaison-la-Romaine. »

2 : « Et je continue donc d'avoir souvent des formations d'hypnose. »

8 : « Je continue la formation, je vais un peu de temps en temps, si je trouve quelqu'un qui m'intéresse dans le planning d'hypnose, bah je m'inscris, tout simplement. La dernière fois on a

eu une formation sur trois jours avec un américain qui est venu à Rennes début avril, un ponte de l'hypnose mondial, qui a une façon de faire, une façon de travailler particulière, sur la dépression surtout. »

11 : *« Je continue bien sûr à me former encore actuellement. [...] En fait, quand on est dans l'hypnose, on a besoin d'aller se mettre avec d'autres, pour en entendre parler et voir ce qui se fait, c'est obligatoire. »*

2.4. Vécu de la formation

Le vécu de la formation rapporté par les médecins est positif de manière générale.

1 : *« Je me suis formé en 1995. C'était avec Jean Becchio. Il y avait une très bonne ambiance, nous formions un très bon groupe. »*

9 : *« En fait, j'ai fait tout en moins d'un an. Parce que ça me plaisait bien, donc j'avais envie d'y retourner. »*

5 : *« Et je m'en rends compte avec du recul, j'ai une grande, très grande gratitude pour Jean Godin, qui est mort maintenant, parce qu'il m'a fait aimer l'hypnose. »*

10 : *« En plus de la qualité du savoir transmis, la méthode est, on peut dire, "socratique", basée moins sur les exposés magistraux, mais davantage sur les échanges, le questionnement réciproque, répondant ainsi aux attentes de chacun, ses objectifs, ce qui est utile pour lui d'approfondir, de comprendre, de corriger, etc. Avec toujours une contribution sympathique et pertinente du groupe. La dynamique du groupe, restant ensemble plusieurs jours de suite, partageant repas, soirées, sport, promenades, sorties, me semble bénéfique. »*

La formation, pour certains, est source de bouleversements intérieurs personnels plus ou moins importants.

12 : *« Donc j'ai fait cette première formation, qui a été effectivement assez bouleversante, parce qu'on a pris conscience de plein de choses, j'ai découvert, j'ai appris vraiment ce que c'était que l'hypnose, d'où ça venait, comment on pouvait l'utiliser, la force que ça pouvait avoir, et puis effectivement voir ce que ça pouvait procurer chez moi. »*

5 : *« Beaucoup de gens, de médecins, de psychothérapeutes, de soignants qui font la formation d'hypnose, disent qu'ils n'en ressortent pas indemnes. Beaucoup disent : "Ça a changé quelque chose en moi". Même ceux qui ne pratiquent pas l'hypnose formelle, ils ne travaillent pas du tout pareil après. C'est étrange. »*

La formation entraîne un changement de repères et de paradigme.

2 : *« Et au final, je trouve que la première méthode qui nous a été enseignée est beaucoup plus intéressante en fait : elle est plus globale. Alors, au début, quand on démarre, on se demande où on va, j'avais l'impression d'être paumé, c'était pas très pratique, pas très carré... Et l'autre, là maintenant que je fais le parallèle, c'est assez carré, mais j'ai plus besoin de ça. Mais ça me donne d'autres techniques, et j'ai appris certaines choses de l'hypnose assez classiques. »*

5 : *« Mais sa formation n'avait pas du tout la qualité des formations qu'on propose aujourd'hui. Il nous apprenait à mettre les patients en hypnose. Il nous apprenait le discours hypnotique très bien, je dirai même qu'il était très exigeant, et j'insiste parfois là-dessus aussi, mais par contre il avait raison. Mais une fois qu'on mettait les patients en hypnose, et bien, je ne savais pas qu'est-ce que je faisais, je n'avais pas de stratégie. Donc là, j'ai été obligé d'apprendre, obligé de découvrir Erickson, pour comprendre. Erickson, à le lire, on a l'impression d'un extraterrestre. Mais avec les années de pratique, petit à petit, on commence à comprendre de quoi il parle. »*

2.5. Apport de la formation : une mise en pratique rapide au sein de la consultation

Unaniment, les médecins évoquent une mise en pratique de l'hypnose très rapide, dans un délai de quelques mois. Pour certains, l'application est immédiate, en cours de formation, ou dès la fin de celle-ci.

9 : *« Et quand je suis rentrée, et bien le soir même j'ai fait une hypnose à ma fille. Et le lundi d'après, quand j'ai retravaillé, à la deuxième patiente. J'ai mis immédiatement en pratique. Ah, bah oui, pour moi, c'était important d'avoir eu quelque chose de pratique. [...] Les débuts dans mon cabinet, et bah, génial, dès le départ ! »*

2 : *« Et donc j'ai fait les formations, et puis tout de suite j'ai appliqué parce que je trouvais que c'était intéressant. Donc j'ai eu la chance de faire des formations et tout de suite de le mettre en pratique. Parce que il y a beaucoup de gens qui font la formation et qui n'osent pas démarrer. »*

5 : *« Assez rapide. Je me suis jeté à l'eau. J'ai eu mon diplôme en juin 1994, j'étais encore médecin salarié auprès des bénéficiaires du RMI au conseil général. Mon contrat s'arrêtait. J'ai hésité à faire médecin généraliste en faisant de l'hypnose, parce que ça je voulais en faire, ou à me lancer comme hypno-thérapeute. Et le hasard des circonstances fait que je me suis lancé et j'ai ouvert le cabinet en mars 1995. »*

8 : *« Après la formation, la mise en pratique a été très rapide. »*

7 : *« J'ai commencé ma formation au moment où j'ai ouvert mon cabinet. »*

10 : « *J'applique tout de suite ce que j'ai appris.* »

13 : « *Après ça, et même pendant la formation, j'ai commencé à l'utiliser un peu plus en médecine générale puisque j'étais médecin généraliste. Et puis ensuite, après la fin, et bien j'en ai fait de plus en plus.* »

6 : « *Donc euh après le stage initiation, pour une fois suite à une formation, ça c'est clair tout le monde y est passé, même les visiteurs médicaux. J'appelais ça faire des allers et retours, parce qu'il fallait que j'arrive à maîtriser la technique, en fait, le phrasé...* »

12 : « *Et après ce premier cycle qui était très pratique, ça m'a permis de pouvoir avoir les outils pour faire une première séance au cabinet. Alors, au début, à l'époque, j'étais en stage chez le prat'. Donc c'était pas évident.* »

3. Réactions extérieures par rapport à la pratique de l'hypnose

3.1. Les réactions du milieu médical

3.1.1. L'annonce de la pratique de l'hypnose médicale aux confrères environnants

Concernant l'annonce de leur pratique auprès des confrères situés à proximité, l'attitude des médecins formés à l'hypnose est très variable et parfois dépendante de l'accueil réservé par les confrères. Certains souhaitent diffuser cette information largement comme le médecin 2 :

2 : « *J'ai envie d'en parler un peu. J'en parle facilement. [...] Mais j'ai pas forcément envie qu'ils s'y mettent tous. Donc je suis pas là pour qu'on "conditionne" l'hypnose dans le secteur. Mais je leur en parle dans des dîners de confrères. Je leur raconte quelques cas cliniques, ce qui est assez instructif. On a tous des histoires de chasse de l'hypnose avec des résultats spectaculaires, et des échecs cuisants aussi.* »

6 : « *Oui, alors je leur ai tous dit. Ça reste encore très lent au niveau des collègues, parce que moi j'ai un enthousiasme assez expansif, et donc j'en ai parlé à tout le monde, mais... Ça les fait sourire, ça vient de moi. [...] Alors là j'ai un collègue qui est venu à la soirée sur la douleur, et j'étais contente qu'il soit venu parce que la dernière fois, bah il y avait quasiment personne quoi. Donc ils sont venus à une soirée pour voir ce que c'est.* »

A l'inverse, quelques-uns l'expriment très peu, voire pas du tout, en raison de l'accueil reçu.

10 : « *La plupart ne le savent pas.* »

8 : *« Je n'ai pas trop dit que je faisais de l'hypnose. Je l'ai dit un peu à droite à gauche. Les collègues au cabinet ici le savent. »*

4 : *« Je ne parle plus d'hypnose avec mes confrères car à chaque fois ils me regardent avec des grands yeux, à chaque fois je sentais. Ceci dit, avec les terrains de stage pour interne, c'est pareil, on a l'impression d'être le mouton noir. »*

3.1.2. Réactions des confrères médecins face à l'hypnose

L'accueil réservé par les confrères à la pratique de l'hypnose médicale en consultation de médecine générale est très divers et nuancé. Il peut être favorable, parfois influencé positivement par la personnalité ou la réputation du médecin pratiquant l'hypnose.

7 : *« Quand je suis arrivé ici, les médecins autour ne savaient pas du tout ce que c'était que l'hypnose, mais ça a été bien accueilli quand même. »*

10 : *« Quand ils sont au courant, très rarement, l'accueil est favorable. »*

13 : *« Très bien. L'entourage médical, avec un peu de surprise initialement. Mais objectivement, alors là, je ne voudrais pas trop me jeter de fleurs, mais après tout on n'est jamais mieux servi que par soi-même, je pense que quand j'avais entre quarante-cinq et quarante-huit ans, ça faisait donc déjà assez longtemps, parce que je me suis installé en 1977, [...] je pense que je jouissais d'une certaine réputation de sérieux, et pas de rigolo, quoi. Et puis donc puisque C, il s'intéressait à l'hypnose, c'était plutôt qu'à priori c'était fiable. Donc voilà, je pense que la réputation de sérieux que j'avais apportait du crédit localement à l'hypnose, quoi. Et donc mes collègues m'ont envoyé du monde. A cette époque là, bon, c'est bien parce que c'était C, et qu'on savait qu'il n'était pas trop dingue, que c'était accepté. »*

Malgré l'intérêt porté par certains confrères, l'accueil est parfois plus mitigé, lié aux a priori, voire réfractaire.

2 : *« Ils sont toujours intéressés. Je pense qu'ils sont un peu sur la défensive, ils viennent avec leurs préjugés qui sont les mêmes préjugés que les patients. Et il y en a qui rigolent, en disant : "Encore une connerie ! Ça va être aussi efficace que l'homéopathie ! ". Et puis... Euh alors je dis pas ça bêtement, moi je fais de l'homéopathie aussi. Donc les confrères, c'est étonnant. C'est comme tous ces trucs un peu parallèles : il y a ceux qui sont convaincus que c'est bien, et il y a ceux qui disent que c'est des conneries. »*

4 : *« Ils ne sont pas opposés mais voient cela comme une singularité, voilà. »*

5 : « Oooohhh... Très suspicieux. Tout le monde me disait que j'étais fou. L'hypnose, c'était pas connu, c'était : "Qu'est-ce que c'est que ce truc là, qu'est-ce que tu vas faire là-dedans", ils comprenaient pas. [...] A l'époque, tout le monde, pas que dans le milieu, tous autour de moi, tous les gens étaient très réticents à cette idée-là. Ils s'arrêtaient aux à priori. [...] Mais c'est tellement différent : soigner avec des mots. [...] Qu'est ce que ça veut dire, quoi ? Beaucoup de confrères, je pense, avaient tendance à prendre ça de manière presque suspicieuse, un peu comme des charlatans.»

11 : « Très honnêtement, il y a encore quelques confrères réfractaires. Aujourd'hui j'ai quatre à cinq psychiatres qui m'envoient des malades, et puis quelques généralistes, et puis des gens de l'hôpital. Bon je suis attaché à l'hôpital. Alors oui, comment ça a été reçu, je pense que c'est un peu dérangeant. J'ai un confrère qui a été ignoble, il a refusé qu'un de ses patients soit pris en charge par hypnose, après que je l'aie vu à l'hôpital. On peut avoir ces comportements. »

Néanmoins, quelques-uns des médecins formés à l'hypnose notent une amélioration progressive des connaissances, des perceptions et des réactions de leurs confrères vis-à-vis de l'hypnose au fil du temps.

5 : « Ils s'arrêtaient aux a priori. Maintenant, les gens, de plus en plus, comme ça commence à être de mieux en mieux connu, maintenant ils commencent à être très intéressés et à dire : "Mais c'est très intéressant ". Aujourd'hui, ils me disent que j'ai de la chance. »

13 : « Mais aujourd'hui, l'hypnose a beaucoup progressé, ça c'était il y a déjà pas mal d'années quoi. Bon, alors, depuis quinze ans, la réputation de l'hypnose s'est très très nettement améliorée. Et donc aujourd'hui, pour les médecins, pour les patients, le mot hypnose fait beaucoup moins peur, et il est beaucoup moins synonyme de trucs bizarres.»

6 : « C'est encore tout doux en France, je suis d'accord, mais par rapport à il y a vingt ans, c'est quand même, il y a un grand pas là de fait. Parce que maintenant là j'ai vu dans le "Ça m'intéresse" du mois d'avril que j'ai lu chez le coiffeur, il y a un article sur l'utilisation de l'hypnose à l'hôpital, la mutation à l'hôpital, les guérisseurs à l'hôpital et un quatrième que j'ai oublié. Donc les gens quand on leur en parle, ils vous disent : "Ah j'ai vu à la télé", donc voilà. L'acupuncture, elle a mis des années, elle est arrivée par les anesthésistes. L'hypnose a mis des années, elle arrive par la douleur, bon. Ça reste encore très lent au niveau des collègues. »

9 : « Certains confrères, j'ai vu, qui étaient un peu moqueurs au début, me disent maintenant : "Bon, je n'ai pas envie de me former, ça ne m'intéresse pas, mais je reconnais que c'est un outil intéressant, et je suis content que tu en fasses, je veux bien t'envoyer des patients ". C'est bien. »

3.1.3. Réactions du Conseil de l'Ordre des médecins

Un médecin relate ses difficultés initiales à faire accepter et reconnaître sa pratique de l'hypnose médicale.

7 : « *C'est le Conseil de l'Ordre qui a failli me rayer de l'ordre. Parce que si je faisais de l'hypnose, je n'étais plus médecin. Et je leur ai dit mais attendez, il y a G à Rouen, C à Rennes, ils sont généralistes. Mais le conseil de l'ordre ne voulait pas. Ma femme m'a fait remarquer que l'hypnose médicale est un acte, coté zéro, mais un acte codifié. Quand j'ai dit au médecin président du Conseil de l'Ordre : " tu regarderas sur ton logiciel médical, l'hypnose médicale est codifiée". Et il m'a dit : "Dans ces conditions, d'accord, je veux bien". Parce que c'est codifié, même si il est coté zéro. »*

3.1.4. Réactions des visiteurs médicaux

Un des médecins rencontrés décrit un accueil favorable des visiteurs médicaux.

5 : « *Le rapport que j'ai avec les laboratoires est particulier car eux vendent des médicaments, donc ... L'hypnose, c'est quelque chose qui permet plutôt de se passer des médicaments, ce qui est un peu caricatural parce que par exemple pour les douloureux chroniques, ils ont besoin, même si ils ont de l'hypnose, d'avoir aussi d'abord des médicaments. En tout cas, je sais que les délégués médicaux aiment bien, parce que comme ils ont des soirées à thème, l'hypnose c'est en fait quelque chose qui intéresse beaucoup les médecins généralistes de plus en plus, donc ils aiment bien nous inviter très régulièrement parce qu'on sait que la soirée en général sera un succès. »*

3.2. Réactions des patients

Les patients accueillent la pratique de l'hypnose médicale de façon très positive, quels que soient leurs connaissances sur le sujet. Ils expriment de la curiosité, de l'intérêt, et de la surprise.

7 : « *Dans un mariage de famille, quand ma femme a dit que je faisais de l'hypnose médicale, il y a eu un immense silence autour de la table, puis un grand éclat de rire. L'hypnose médicale, voilà. »*

13 : « *Alors, les premiers patients que j'ai eus, c'était des patients que je connaissais, qui ne venaient pas pour de l'hypnose, et à qui, moi, je prescrivais de l'hypnose. Et ils étaient tous d'accord. »*

9 : « Alors moi, j'ai jamais eu de gens qui se sont moqués de moi, qui ont rigolé, ou qui ont dit que ça ne pouvait pas marcher, ou qui n'étaient pas d'accord. Il y a des gens que ça peut ne pas tenter effectivement, mais je n'ai jamais eu d'opposition, enfin, en tout cas, ils ne me l'ont pas dit. Et la plupart du temps, quand je propose, les gens viennent, prennent rendez-vous. Ils disent : "Ah oui, ça m'intéresse". »

2 : « En fait, je l'ai proposé aux gens à qui je pensais que cela pouvait être utile. Et sur le coup, ils sont surpris, vraiment surpris, ils se demandent : "Ah bon, c'est quoi, ça sert à quoi ? ". Et puis, il y a des gens qui veulent pas parce qu'ils ont peur, ou peut-être parce qu'ils se complaisent dans leur pathologie, je sais pas, et puis il y en a d'autres qui on trouvé ça intéressant, et puis il y en a d'autres qui en redemandent. Voilà. »

4 : « Un peu curieux au départ, la plupart ne savent pas ce que c'était, ils ont l'image de la télé. »

3 : « Je pense qu'il y a quand même une bonne proportion de gens qui sont partants. T'en as quelques-uns qui disent : "Bon, mais qu'est-ce que vous allez faire de moi ? " Qui pensent un peu au côté hypnose spectacle. Mais la plupart en ont quand même entendu parler. C'est vrai qu'on en entend parler de plus en plus, ils ont déjà vu ça sur des reportages, et puis notre cabinet est actif là-dessus, donc voilà. Enfin ils en ont quand même une petite idée. Est-ce que c'est parce que on a quand même une grosse offre sur le secteur, je sais pas ? Moi il y en plusieurs, bon, qui savent que J en fait, B aussi. Voilà. Maintenant quand les patients me disent : "On a entendu parler de l'hypnose et qu'il y en a qui en font", bah, je leur dis : "Bah oui, il y a ces deux-là, et puis il y a moi aussi". »

Ils soulignent également l'importance du statut professionnel du médecin et de la relation de confiance qu'ils ont pu pré établir avec leur médecin.

11 : « Les gens disent : "Bon vous savez, vous avez pignon sur rue, on sait que vous êtes médecin, voilà". Et donc j'ai eu une dame la semaine dernière qui a dit à ses amis : " Je vais aller faire de l'hypnose, mais avec un médecin". Cela montre que le côté médecin protège un peu. »

6 : « Et puis bon, c'est vrai que finalement nos patients ont confiance en nous, donc ils sont prêts à accepter, donc voilà. Ils viennent nous voir, nous, individuellement, ils savent qui ils vont voir. Si ils ont gardé ce médecin-là, c'est qu'il y a quelque chose qui passe. »

4 : « Et puis souvent ils disent : "Si c'est vous qui faites, je veux bien", c'est très très souvent leur réflexion. Parce qu'ils ont confiance, voilà. Ils se disent que je ne vais pas leur faire de mal. »

13 : « Pendant la formation, j'ai utilisé l'hypnose aussi, avec mes patients, ceux que je connaissais depuis longtemps. Et quand ça fait dix ou quinze ans qu'on connaît une personne, et que ça fait dix ou quinze ans qu'on lui renouvelle des médicaments qui ne marchent pas, et qu'elles continuent de venir. Parce qu'il faut voir un peu, il y a quelque chose d'extravagant là-

dedans : ça fait quinze ans que la personne elle vient vous voir parce qu'elle a mal au bide, vous lui donnez des trucs qui finalement ne font rien et elle continue de venir quand même. Je veux dire, si votre voiture est en panne, est-ce que vous continuez pendant quinze ans d'avoir le même garagiste qui ne sait pas la réparer. Bon. Donc ça veut dire, si cette personne elle continue de venir, c'est qu'elle a quand même une relation de confiance, on peut dire, extravagante. Alors cette personne qui a une confiance terrible dans son médecin, quand le médecin lui dit : "Ça fait quinze ans que je vous donne des médicaments, et je suis bien obligé de constater que vous avez toujours mal, et que finalement, je vous propose de faire autre chose", elle est d'accord, même si c'est de faire de l'hypnose. »

3.3. Les idées reçues des patients à propos de l'hypnose médicale

Les médecins notent que les patients ont peu ou pas de connaissances à propos de l'hypnose médicale. Celle-ci est très régulièrement confondue avec l'hypnose de spectacle ou de cabaret véhiculée à la télévision.

9 : *« La personne lambda, qui n'a pas de plainte, qui n'est pas demandeuse de quoi que ce soit, si tu lui parles d'hypnose, elle pense tout de suite hypnose de cabaret, hypnose de foire, elle ne pense pas à l'hypnose médicale. »*

7 : *« Alors les patients, quand je leur demande ce qu'ils pensent, ce qu'ils imaginent ce que c'est que l'hypnose, alors ils parlent toujours de la télé et tout. Et justement je leur dis : "Ça, c'est l'hypnose de cabaret, et je ne sais pas la faire ". »*

4 : *« La plupart ne savent pas ce que c'était, ils ont l'image de la télé. »*

3 : *« T'en as quelques-uns qui disent : "Bon, mais qu'est-ce que vous allez faire de moi ?". Qui pensent un peu au côté hypnose spectacle. »*

Néanmoins, il est constaté une amélioration des connaissances des patients sur le sujet, liée à une meilleure information grand public ces dernières années.

3 : *« Mais la plupart en ont quand même entendu parler. C'est vrai qu'on en entend parler de plus en plus, ils ont déjà vu ça sur des reportages. »*

5 : *« Ça commence à venir. L'hypnose médicale, on commence à en parler. Yves Halfon fait régulièrement des émissions de radio. Moi j'en ai fait une dernièrement sur la région. Yves va aussi sur FR3 Normandie où il est passé plusieurs fois. A la télévision on commence à en parler dans des émissions médicales. »*

6 : « Là, j'ai vu dans le "Ça m'intéresse" du mois d'avril que j'ai lu chez le coiffeur, il y a un article sur l'utilisation de l'hypnose à l'hôpital, la mutation à l'hôpital, les guérisseurs à l'hôpital et un quatrième que j'ai oublié. Donc les gens quand on leur en parle, ils vous disent : "Ah j'ai vu à la télé", donc voilà. »

9 : « Le truc qui a permis que ça avance pour l'hypnose, je pense, c'est l'anesthésie. Parce que les gens, quand on leur dit : " L'anesthésie, ça marche sous hypnose ", et bah, ils se disent : " Si ça marche avec l'anesthésie ! " Et c'est bien, parce que ce n'est pas quelque chose de psychologique entre guillemets, parce qu'il y avait des gens qui avaient tout mis sur le versant psychologique avec un côté assez péjoratif. Et le fait que ce soit une technique qui marche sur le corps, sur les douleurs, ils sont obligés d'y croire. »

L'inquiétude des patients la plus régulièrement énoncée est la peur d'être endormi et de ne plus être maître de soi-même.

1 : « Souvent au départ, les gens ne comprennent pas qu'on ne les endort pas, et que c'est un état d'hyper éveil. »

3 : « T'en as quelques-uns qui disent : "Bon, mais qu'est-ce que vous allez faire de moi ?". »

3.4. Attitude des médecins face aux idées reçues des patients

Plusieurs médecins ont affiché dans leur salle d'attente des articles grand public pour expliquer aux patients ce qu'est l'hypnose.

1 : « J'ai mis un article de vulgarisation dans la salle d'attente : "Notre temps, février 2000". »

11 : « Alors dans ma salle d'attente, il y a un papier écrit par un de mes amis, qui explique ce que c'est. »

Au sein de la consultation, les médecins dévouent un temps spécifique lors de la première consultation d'hypnose pour expliquer aux patients ce qu'est l'hypnose et les rassurer par rapport à leurs éventuelles peurs.

3 : « Enfin ils en ont quand même une petite idée, et de toute façon, après moi je leur explique avant d'en faire une, et puis au début de la première séance, je leur explique comment ça va se dérouler, tout ça, quoi. »

2 : « Souvent je leur dis que... D'abord, je leur donne toujours l'image que l'hypnose, c'est quelque chose qu'ils connaissent, qu'ils vivent au quotidien, que quand ils commencent à s'endormir, ils sont pas endormis, mais ils sont pas réveillés, ils sont dans un état un peu entre les

deux, je dis l'hypnose c'est un peu cet état là. Donc ils connaissent, ça les rassure. Et puis je leur dis aussi que c'est ce qu'ils revivent quand ils conduisent longtemps tu sais, et ba voilà vous êtes en hypnose, vous pouvez aller conduire et penser à autre chose. On fera la même chose, et puis on demandera à cet autre chose d'aller chercher des solutions en vous, pendant que vous vous continuerez à penser à ce que vous avez envie de penser. Tu vois, les mots flous ! »

13 : « Et dans cette 1^{ère} rencontre, je leur explique justement que c'est eux qui vont se soigner, je recadre parce que même si ça se sait de plus en plus, c'est bien de le rappeler qu'en hypnose on est toujours conscient, maître de soi-même, etc. Je leur explique le déroulé que l'on va suivre. »

1 : « Les gens ont besoin d'être rassurés. Pour la première séance, je leur demande toujours de venir avec quelqu'un. »

4. L'hypnose au sein de la consultation de médecine générale

4.1. Place de l'hypnose

Certains médecins généralistes laissent une grande place à l'hypnose dans leurs consultations.

10 : « Dans pratiquement tout acte médical autre que la gestion des infections saisonnières et de la continuité des traitements chroniques, en hypnose conversationnelle. »

9 : « Donc, je fais des séances d'hypnose que je vais proposer aux patients pour prendre en charge un problème de santé. [...] Et donc, je l'utilise de cette manière-là, et aussi, je l'utilise en hypnose conversationnelle, lors de toutes les consultations. »

L'hypnose formelle a une place différente et variable suivant les médecins. Certains sont plus réservés sur son usage.

3 : « Je ne vais pas aller creuser à chaque fois et je ne vais pas aller proposer à chaque fois une prise en charge en hypnose. Si il y a un événement particulier, après tu essaies de creuser un peu. J'essaie d'aborder le sujet. Bon, voilà. »

4.2. Organisation des séances d'hypnose formelle dans le temps de travail

La proportion de séances d'hypnose au sein de l'activité du cabinet est très variable suivant les médecins, allant de plusieurs séances d'hypnose par jour à une séance par mois.

1 : « *Je fais trois séances le matin, d'environ trente à quarante-cinq minutes, plus ou moins.* »

11 : « *Je vois trois ou quatre personnes tous les matins.* »

4 : « *J'en fait maximum deux dans la journée, exceptionnellement trois. Je ne peux pas en faire plus, je trouve ça épuisant. Ça ne m'épuise plus comme cela m'épuisait au début. Il y a plein de travail autrement, et il faut pouvoir gérer tout le reste aussi. J'en fait pas forcément tous les jours. Je crois que je vais plutôt pas dépasser si j'en fait cinq dans la semaine, c'est la moyenne. Mais c'est régulier.* »

2 : « *Maintenant, je dois en faire une tous les deux jours.* »

10 : « *Je vois un patient en hypnose formelle par semaine. Et presque tous les patients en hypnose conversationnelle.* »

3 : « *Bah, j'en fait peut-être une par mois. J'en fait pas beaucoup. Et puis mine de rien, enfin, bon, ça fait pas très longtemps que je me suis installé. Depuis que je me suis installé, j'ai fait la capacité de médecine du sport l'année dernière qui m'a pris beaucoup de temps. Ça aussi ça me prend aussi des consults.* »

Les séances d'hypnose sont programmées sur rendez-vous, soit de façon aléatoire au sein des autres consultations, soit placées en début ou fin de demi-journée de consultation, souvent pour une meilleure gestion du temps.

2 : « *Je les programme, sur rendez-vous, je mets une demi-heure, je les mets souvent dans l'après-midi car c'est plus calme.* »

3 : « *Bah, en général je mets ça en fin de matinée, ou en tout début d'après-midi.* »

4 : « *Alors, là, je les prends n'importe quand, ça m'est complètement égal, juste qu'ils préviennent la secrétaire parce que quand même, je mets des plages de quarante minutes.* »

La durée des consultations d'hypnose est pour la plupart des médecins située entre trente et quarante-cinq minutes, plus rarement une heure.

2 : « *Ça n'a pas besoin d'être très long. Moi, je me suis formaté sur une demi-heure, et ça passe très bien dans les consultations.* »

3 : « *Ça dure en général une demi-heure, je bloque deux rendez-vous. Ça dépend de ce qu'on fait, mais en général c'est à peu près une demi-heure.* »

4 : « *Je mets des plages de quarante minutes. Alors je ne fais pas forcément quarante minutes, ça peut être vingt minutes, des fois, quand je suis arrivée au bout du machin, je m'arrête. Si je finis avant, ça me laisse un peu de temps pour faire autre chose, ce n'est pas très grave. Mais je demande toujours ça, prévoir quarante minutes.* »

5 : « *Les consultations en moyenne durent trente-cinq à quarante minutes. Et la séance d'hypnose, vingt minutes.* »

11 : « *Alors après il y a le temps, souvent c'est trente minutes, et une personne qui vient avec une histoire compliquée, ça peut très bien déborder sur trois quarts d'heure, ça peut même être plus.* » *Après en consultation, il y a des choses qui vont aller très très vite. Quand on voit quelqu'un pour l'arrêt du tabac, en hypnose, cela peut être extrêmement rapide. Après on peut garder les gens trente ou quarante minutes. Globalement c'est plutôt autour de trente minutes.* »

7 : « *Alors, j'ai deux consultations différentes, j'ai des séances de une demi-heure, et des séances de une heure, suivant le motif et selon la personne... Pour arrêter de fumer, c'est une demi-heure. Chez quelqu'un de très simple qui n'a pas de verbalisation, c'est une demi-heure. Une femme qui a besoin de parler, un enfant, c'est trois quarts d'heure. La thérapie conjugale, c'est une heure.* »

4.3. Organisation du suivi du patient

Les médecins rencontrés, à l'unanimité, définissent la prise en charge en hypnose comme une thérapie brève. Les patients sont suivis sur trois à cinq séances le plus souvent. La thérapie dépasse très exceptionnellement une dizaine de séances.

3 : « *Je fais vraiment sur trois ou quatre séances.* »

4 : « *En général en trois ou quatre séances.* »

7 : « *En général, je les vois cinq fois. [...] On se met d'accord au départ sur le fait qu'on va se voir cinq fois. En général, si c'est pour une phobie, un toc, une dépression réactionnelle... Je leur explique : "Je vais vous donner les moyens d'aller bien, donc vous allez vous entraîner à faire les exercices que je vous donne au fur et à mesure. Plus vous les ferez, plus vous entrerez facilement en auto hypnose, et plus vous arriverez à atteindre votre objectif". Donc ça s'arrête au bout de cinq fois, parfois ils partent plus tôt.* »

9 : « *Moi, je leur dis, en moyenne, partez sur cinq séances. Parce que il en faut une pour commencer, il en faut une pour finir, et il en faut deux ou trois autres au milieu. Et souvent ça prend forme après la troisième séance, voire après la quatrième. Alors effectivement, ça c'est une moyenne. Il faut être respectueux du patient, c'est lui qui décide un peu à quelle vitesse il va.* »

5 : « *Quatre-vingts pour cent des patients que je vois, je les vois au maximum, je vais dire huit à douze séances, je dirai même qu'actuellement je suis plutôt aux alentours de sept séances.* »

13 : « *Donc je reçois deux nouveaux patients par jour, ce qui a l'avantage de montrer que les thérapies sont assez brèves, parce que pour pouvoir en absorber deux tous les jours, ça veut dire qu'il y en a deux qui s'en vont.* »

8 : « *Je leur demande très très souvent combien de séances il leur faut. Et ça permet d'anticiper la guérison. Puisqu'il a dit trois, c'est trois. Voilà anticiper la guérison par le nombre de séances.* »

Le rythme du suivi est variable selon les patients, les motifs, l'avancée de la thérapie, et la charge de travail du médecin. L'intervalle entre deux séances est de deux semaines à un mois.

1 : « *Je les vois tous les quinze jours. Entre-temps, il faut que ça cogite là-haut.* »

4 : « *Par contre, je les prends très serrés, en général maximum tous les quinze jours, j'espace pas tellement.* »

5 : « *Au début je les vois tous les quinze jours, et puis des fois on peut espacer après.* »

9 : « *En moyenne je les vois tous les mois. Au tout début, je leur disais : "Revenez dans quinze jours", et puis au bout d'un moment, c'était plus possible quinze jours, donc ça a été trois semaines, puis après quatre semaines. Maintenant c'est un mois. Des fois il y a des gens c'est un peu plus, ça dépend. Quand c'est au tout début, entre la première et la deuxième, j'aime pas mettre trop de temps, mais quand on est dans une prise en charge qui est déjà bien avancée, que la personne a l'impression d'avoir fait plus de la moitié du travail, elles vont se permettre de faire des espaces plus longs, quelquefois, on peut même mettre deux mois facilement.* »

13 : « *Et moi, en thérapie, je ne vois les gens qu'une fois par mois. Mais ils ont pendant un mois du travail auto-hypnotique à faire tous les jours.* »

2 : « *C'est eux qui voient. Je leur dis toujours : "Vous revenez quand vous avez besoin".* »

4.4. Organisation du cabinet

L'organisation du cabinet pour pratiquer l'hypnose reste simple. La plupart des médecins investissent dans un fauteuil confortable.

2 : « *Et puis les gens s'asseyent là, sur ce fauteuil plutôt confortable. Donc les gens ne sont pas allongés, ils sont dans un fauteuil. Et puis je suis là, à côté pour m'occuper d'eux. Je les accompagne.* »

Un seul médecin n'a pas de fauteuil dédié spécifiquement à l'hypnose. Les patients sont allongés sur la table d'examen.

6 : « *Par contre, je les fais allonger parce que j'ai pas de fauteuil de relaxation, je dirai, bon ça passe.* »

La gestion des différentes activités de médecine générale est possible tout en pratiquant des séances d'hypnose formelle. Cela semble même être bénéfique pour le patient.

11 : « *J'ai des étudiants avec moi, ce qui fait que au départ je m'isolais complètement, ce que je fais d'ailleurs encore, je me mets dans une pièce au fond à part. Et par contre plus le temps passe, et plus je bouge dans mon cabinet absolument tout le temps. C'est à dire que je n'arrête pas, je suis avec quelqu'un, je peux me lever, sortir, revenir, bon évidemment quand on vient me chercher. Et je me suis rendu compte que les coupures qu'on fait, plus il y en a, plus c'est anecdotiquement confusiogène pour les malades, et plus ils rentrent en hypnose.* »

4.5. La demande de prise en charge

Au début de la mise en place de la pratique de l'hypnose dans le cabinet, l'hypnose est le plus souvent proposée par le médecin lui-même à ses propres patients, à l'occasion d'une consultation. Puis petit à petit, la patientèle sachant que le médecin fait de l'hypnose, la demande est formulée par le patient.

10 : « *J'en prends la décision.* »

13 : « *Alors, les premiers patients que j'ai eu, bah c'était des patients que je connaissais, qui ne venaient pas pour de l'hypnose, et à qui, moi, je prescrivais de l'hypnose. Et ils étaient tous d'accord. Mais alors après, au bout d'un petit moment, il y a le bouche à oreille qui fonctionne. Et quand ces patients qui avaient mal au bide depuis des années, d'un seul coup, parce qu'on avait fait trois, quatre ou cinq séances d'hypnose, et que eux ils avaient refait de l'hypnose à la maison, bah ils avaient plus mal au ventre, bah ils le disent autour d'eux. Et alors après on commence à avoir des gens qui viennent demander : "Il paraît que vous faites de l'hypnose, est-ce que moi, vous croyez que ça pourrait faire quelque chose pour moi ?" Alors là, on rentre dans une autre phase.* »

4 : « *Au fil du temps c'est beaucoup plus les patients qui me demandent. Je m'aperçois que c'est les patients qui m'ont demandé pour les séries que j'ai en cours, là. C'est que les patients qui ont demandé.* »

11 : « *Du jour au lendemain, je suis arrivé en disant : "Voilà, je me suis formé à l'hypnose, je suis en train de me former à l'hypnose, et donc je vous propose une séance si vous êtes d'accord, ce*

sera le prix d'une consultation normale". Et puis les malades là-dessus ont commencé à dire oui. Au début, c'était mes propres malades, il y en a d'autres qui par curiosité ont dit : "On va voir", et puis après petit à petit j'ai vu d'autres malades, Et puis surtout après on m'adresse des gens. »

Lorsque le patient est à l'origine d'une demande de prise en charge par hypnose, le plus souvent, il vient sur recommandation de quelqu'un.

1 : *« Les gens viennent par ouï-dire. »*

9 : *« Alors, ce qui est très important aussi, c'est le bouche à oreille entre les patients. Moi, j'ai énormément de patients qui sont venus parce qu'ils ont rencontré quelqu'un qui a dit : "Oh, là, là, j'avais tel problème, j'ai fait de l'hypnose, et qu'est-ce que ça m'a fait du bien, maintenant je n'ai plus ce problème". Et les gens, ils sont tellement contents qu'ils en parlent autour. Et ça, c'est incroyable comment ça va vite. Et en fait, moi, maintenant, j'ai des confrères qui m'ont envoyé des patients, alors que c'est des confrères que je ne connais pas, que je n'ai jamais vus, à qui j'en ai jamais parlé. Mais je suis sûre et certaine que c'est parce qu'ils ont des patients qui sont venus faire de l'hypnose chez moi et qui le leur ont raconté. Mais en fait, ça passe par les patients. »*

2 : *« Et bah, ça commence, parce que ça commence à se savoir que j'en fait dans le coin, et il n'y a personne d'autre qui en fait dans le canton ou dans le secteur, et donc ça commence à se savoir, et il y a des gens qui viennent me voir pour... Alors c'est plus le sevrage tabagique, plus des trucs comme ça. »*

4 : *« Et après souvent, une personne qui y a touché va conseiller son ami, à l'école elles parlent entre elles, ou alors ça m'est arrivé, je fais de l'hypnose à la maman et aux enfants, voilà ou à la grand-mère, une copine... C'est le bouche à oreille. C'est quand même beaucoup le bouche à oreille. »*

Une autre source à l'origine de la demande de prise en charge formulée par le patient est internet.

8 : *« Donc du coup les gens me trouvent par internet, tout bêtement. »*

7 : *« Maintenant il y a un petit peu internet. »*

Quelquefois, le patient est adressé directement par un autre médecin généraliste, un psychiatre, ou un acteur para médical.

2 : *« Et puis j'ai des confrères à qui j'en ai parlé et qui m'en adressent.[...] Il y en a pas beaucoup qui m'en adressent. Ceux qui m'en adressent, c'est des gens avec qui j'ai eu l'occasion d'en parler déjà, et aussi de leur raconter des résultats que j'ai eus. En fait c'est ça, c'est le résultat qui prouve que ça peut être intéressant. »*

5 : « *Et puis des collègues médecins qui ont vu des patients revenir qui étaient contents et voilà, petit à petit. Je dirais que j'ai maintenant un certain nombre de médecins qui m'envoient du monde, mais surtout globalement j'ai peut-être quatre ou cinq médecins généralistes qui m'envoient beaucoup de monde, et qui ont tendance à bien aimer ma manière de travailler visiblement. Quand ils ont des problèmes psychologiques liés au stress, des troubles anxio-dépressifs, c'est systématiquement. Et ce qu'ils me disent, c'est qu'ils aiment bien ma manière d'approcher car je fais des thérapies brèves. C'est à dire que je ne prends pas les gens longtemps.* »

7 : « *Il y a une médecin psychiatre qui m'adresse beaucoup de patients, cinquante pour cent de ma clientèle ici. Et puis des généralistes ... Je me suis présenté quand je me suis installé, auprès des généralistes du coin. Il y en a pas mal qui m'en envoient. Et donc c'est les cinquante pour cent qui restent. Maintenant il y a un petit peu internet, le bouche à oreille, des choses comme ça.* »

4 : « *Moi, c'est les kinés qui m'envoient des patients. En principe, je prends pas les patients hors clientèle, mais ça m'est arrivé pour quelques cas. Je les rencontre et je vois si je pense ça intéressant et si je peux faire quelque chose.* »

6 : « *Alors moi, j'ai déjà du mal à cerner les indications, alors les autres, non, ils ne m'adressent pas de patients.* »

5 : « *Mes collègues ORL ne savaient pas trop quoi faire des gens qui avaient des acouphènes invalidants. Ils ont entendu dire que l'hypnose et les dérivés de l'hypnose dans les pays anglo-saxons semblaient donner des résultats intéressants. Ils ont cherché à l'époque, le patron qui est maintenant à la retraite a cherché, et ils ont trouvé qu'au CHU il y avait des hypno-thérapeutes au centre anti douleur, et pendant un an ils nous ont demandé de voir des patients. Je ne savais pas ce que c'était les acouphènes. Et puis pendant un an j'en ai vu, et au bout d'un an, avec le patron du centre anti douleur, on a dit au patron ORL que bon on était content de les voir, mais que nous on avait trop de demandes, et puis là le patron m'a dit : "Moi, j'ai une vacation à vous donner", et je l'ai prise.* »

4.6. Les indications médicales

Les médecins généralistes citent de nombreuses situations où ils utilisent la thérapie hypnotique en consultation :

- Dépression
- Angoisse

- Stress
- Attaque de panique
- Phobie et TOC
- Insomnie et troubles du sommeil
- Hypno analgésie
- Fibromyalgie
- Douleurs chroniques
- Migraine
- Allergie
- Asthme
- Sevrage tabagique
- Sevrage éthylique
- Enurésie
- Troubles du comportement chez l'enfant
- Acouphènes
- Préparation à l'accouchement
- Accompagnement en fin de vie

1 : « *C'est intéressant à utiliser lorsqu'on est dans une impasse thérapeutique avec les méthodes classiques formelles. Je l'utilise beaucoup pour les dépressions, les problèmes de contractures musculaires récidivantes ou permanentes, les fibromyalgies... [...] Pour les timides excessifs, les types bloqués et stressés, l'effet est plus direct que par l'intermédiaire d'un médicament.* »

9 : « *Ça peut être pour des problèmes d'insomnie, de stress, d'angoisse, de dépression, de psycho-traumatisme, d'attaque de panique, mais aussi de douleur chronique, de migraine, d'allergie, d'asthme, de préparation à l'accouchement, d'arrêt du tabac, d'arrêt de l'alcool. Il y a énormément d'indications puisque c'est un outil. Finalement, à la limite, on peut l'utiliser pour ce qu'on veut. Si on a envie, si les deux sont d'accord, pour le patient et pour le médecin, et bien pourquoi pas.* »

2 : « *En fait je propose quand je sens que il y a un blocage émotionnel là-dessous, quand il y a quelque chose qui n'est pas purement organique. Les douleurs, sur les douleurs, j'aime bien.* »

6 : « *Pourquoi les gens viennent, j'en sais rien. Pour l'instant je ne sais pas. Les motifs... Pour tous les motifs, genre tabac, insomnie, ou autre. Mais je pense que les gens qui viennent, c'est plutôt des gens qui sont : stress déprime mal-être, enfin, un tas de bidules comme ça.* »

5 : « *Je vois principalement des personnes qui ont des problèmes de troubles anxio-dépressifs, de manque de confiance en eux, de stress, d'angoisse... Je vois des personnes qui ont des problèmes*

de douleurs chroniques, que ce soit à l'hôpital ou au cabinet, et je suis dans la région assez spécialisé dans les acouphènes.»

7 : *« Les problèmes de phobies, de tocs, de dépressions réactionnelles, les problèmes d'ordre conjugal. Dépression réactionnelle, mal-être de la cinquantaine chez la femme. Mon cabinet c'est ça. J'ai très peu d'hypno analgésie, ou bien j'en ai, mais ça se transforme en hypno thérapie.[...] Et puis en gériatrie. Mais en même temps, l'hypnose m'a beaucoup servie pour accompagner les gens en fin de vie, ou pour m'adresser au patient souffrant, par ma façon d'approcher le patient, que j'ai appris en hypnose. Ça a un effet synergique tout ça. C'est relationnel là, ce n'est pas la transe hypnotique. »*

10 : *« En hypnose formelle : angoisse, dépression, en association éventuelle avec d'autres traitements, énurésie, TOC associé à une prise en charge "cognitive et comportementale" sommaire, insomnie, douleurs chroniques. »*

11 : *« Donc en fait, pourquoi j'ai choisi l'hypnose, le dernier point qui est important, c'est que en fait, c'est que quand j'ai commencé à le faire, je n'avais pas du tout idée que je m'en servirai pour les dépendances. [...] Aujourd'hui je m'en sers beaucoup pour les addictions à l'alcool, les prises de toxiques, le tabac évidemment, les troubles du comportement alimentaire. Et après dans la médecine générale, pour tous les vaccins, ensuite sur les problèmes évidemment de douleurs chroniques. Après je vois des gens qui sont adressés par des psychiatres pour des troubles obsessionnels compulsifs, des gens qui viennent après des décès. Donc en gros dans la clientèle de médecine générale, c'est tout un tas. Hier j'ai vu un petit garçon pour un pipi au lit. Dans les migraines je ne mets plus de traitement de fond pour mes malades, plus un seul. Et après je suis des gens un peu de façon au cas par cas dans les cancers pour les aider et les soutenir. »*

4 : *« Plus les angoisses, et troubles du sommeil, et chez les enfants les troubles du comportement. Et les personnes qui ont perdu confiance en elles-mêmes. »*

13 : *« Mais quand on est médecin généraliste, incontestablement, là où on a le plus d'échecs, c'est dans tout ce qui est maladies psychosomatiques, plus un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles on n'a pas tellement de réponses. Par exemple, la douleur chronique. Enfin bon, il y a beaucoup de secteurs dans lesquels la médecine générale bute, et les spécialistes aussi. Parce que quand vous avez un patient qui a une colopathie fonctionnelle, vous l'envoyez chez le gastro. Le gastro confirme que c'est bien une colopathie fonctionnelle et puis il dit bah de continuer à donner du duspatalin. Voilà, il y a cinq ou six médicaments qu'on donne, et puis quand on a fini avec l'un, on prend avec l'autre, et puis quand on a fini le tour, et bah on reprend le premier, et puis ça dure comme ça des années. C'est ça que j'appelle soigner, mais pas guérir. Donc et bien, il y a beaucoup de patients, enfin je parle de colopathies fonctionnelles, mais c'est les migraines, et tout un tas de problèmes dermatologiques, que les dermato, à part foutre des*

dermocorticoïdes, finalement, ne peuvent pas soigner. Et le dermocorticoïde, et bien c'est un peu aussi un cache-misère. C'est à dire que tant qu'on en met, ça va, dès qu'on arrête, ça reprend. Donc avec l'hypnose, tout un tas de pathologies pouvait être pris en compte d'une façon tout à fait différente. »

4.7. Thérapeutiques associées à l'hypnose

Plusieurs médecins sont formés également à l'homéopathie, l'acupuncture et l'ostéopathie. Ces différentes thérapeutiques peuvent être associées simultanément ou successivement, suivant l'avis du médecin et les souhaits du patient.

2 : *« Moi, je prends ça comme une thérapeutique en plus, par rapport à mon arsenal. J'ai mon outil allopathique, j'ai mon outil homéopathique, et j'ai mon outil hypnotique. C'est les gens qui choisissent. Le meilleur traitement, c'est celui que les gens vont accepter. »*

1 : *« Je commence toujours par l'acupuncture. Si il n'y a pas d'amélioration ou si ça revient, ça veut dire qu'il y a un problème autre. Là, je propose l'hypnose. »*

10 : *« Souvent associé à l'acupuncture la plupart du temps. Et à l'ostéopathie, en particulier l'ostéopathie fonctionnelle, mais aussi structurelle. »*

4.8. Aspect rémunératif

La plupart des médecins pratiquent le dépassement d'honoraires lors des séances d'hypnose formelle, dès lors qu'ils estiment avoir suffisamment d'expérience. Les tarifs, affichés dans leur salle d'attente, s'alignent généralement sur ceux pratiqués par les spécialistes environnants et restent abordables selon les médecins. Le dépassement d'honoraire est bien accepté par les patients.

2 : *« Eux très bien, c'est moi qui ai du mal. Parce que ici les gens sont pauvres. Parce que j'étais médecin référent avant donc j'avais habitué les gens à ne pas payer pendant une période. Le médecin référent est tombé dans les oubliettes, donc je continue à ne pas faire payer les gens qui sont en ALD, parce que je fais une dispense d'avance de frais sur la totalité. Donc ça m'était difficile de demander plus aux gens. Au début je ne le faisais pas parce que tout d'abord je ne me pensais pas assez bon en hypnose pour demander plus. Quand tu demandes plus, il faut donner une prestation derrière. Comme je n'étais pas sûr de ma prestation... Donc maintenant que j'ai plus d'expérience et que je prends plus de temps, et bien je demande plus. Donc j'ai pas osé*

passer à cinquante, je suis à quarante pour l'instant, mais c'est des séances qui durent vingt minutes, parfois une demi-heure. Donc c'est pas encore excessif. Et puis c'est affiché dans ma salle d'attente, ce qui fait que les gens disent : "Ah bah c'est plus", et voilà.»

4 : « Dans ma salle d'attente, j'affiche les honoraires. C'est cinquante euros. Les patients l'acceptent très bien. Je triche parfois, ça m'arrive de tricher et de passer deux cartes vitales, ça m'arrive. Parfois je sais combien la situation financière est précaire, je ne peux pas leur demander cinquante euros, donc ça m'arrive de passer deux cartes vitales, une au nom de la mère, une au nom d'un des gamins. Alors ça ne me choque absolument pas, aucun problème aucun état d'âme. Il faudrait qu'il y ait une cotation possible. On pourrait coter deux consultations, je pense. Ils parlent de faire un DE spécial. Parce que ça arrive, même sans faire de l'hypnose, qu'on va passer deux consults parce qu'un problème psy où on a besoin de creuser, où on a besoin de voir l'un puis l'enfant, hein, que ce soit individuel ou... C'est quand même... Tu peux expliquer aux gens que tu vas prendre deux consults parce que le temps, que c'est une formation qu'on a rémunérée, c'est un investissement de temps, etc. Je le fais en DE. Beaucoup beaucoup de mutuelles le prennent en charge. Quand je prends cinquante euros, ils sont quasiment remboursés de la totalité. Je mets DE un coup ils ont besoin de la feuille, un coup pas. »

6 : « Donc pour l'instant je fais "FSE + DE". Alors je marque sur l'ordonnance, et je leur dis : "Bah vous pouvez envoyer ça à votre mutuelle, voyez si ils acceptent", je n'en sais rien ce que ça donne, donc en fait c'est "23+17". Donc ça va quoi. Mais je sais que tous les ostéopathes sont à cinquante ici, même plus, ils sont à cinquante-six. Donc par contre il y a une psychologue, là, dans le coin, dont je me sers pas mal, qui est à quarante. Et j'ai des patients qui ont réussi plus ou moins une prise en charge par leur mutuelle à 40. Donc voilà. Moi, j'ai pas le diplôme, on n'est pas dans une zone à problème, on n'est pas non plus dans une zone friquée, on n'est pas à rouler sur l'or. »

11 : « Parce que du jour au lendemain, je suis arrivé en disant voilà je me suis formé à l'hypnose, je suis en train de me former à l'hypnose, et donc je vous propose une séance si vous êtes d'accord, ce sera le prix d'une consultation normale. Et puis les malades là-dessus ont commencé à dire oui, au début, c'était mes propres malades, il y en a d'autres qui par curiosité ont dit on va voir, et puis après petit à petit j'ai vu d'autres malades, et puis après on se dit je ne peux pas continuer à perdre de l'argent. Donc aujourd'hui, je prends trente et un euros, ils sont remboursés sur la base de vingt-trois. Comme la plupart sont adressés par un confrère, ils sont remboursés sur la base de vingt-six. Dans ces cas-là, c'est un traitement abordable. »

Un seul des médecins rencontrés n'utilise pas du dépassement d'honoraire, estimant avoir peu d'expérience et pratiquant peu l'hypnose.

3 : *« Je n'ai pas de tarifs. [...] Mais voilà, j'en fais pas suffisamment pour faire un tarif particulier. »*

5. Le travail hypno-thérapeutique

5.1. La communication ericksonienne

L'apprentissage de l'hypnose se traduit par l'acquisition d'un nouveau langage et d'une nouvelle attitude pour le médecin : la communication ericksonienne. Celle-ci est présente dans toutes les consultations de façon plus ou moins prononcée, en dehors de toute séance d'hypnose formelle, comme le décrivent les médecins suivants. La communication ericksonienne utilise les mots flous, les mots et les ressources du patient, les métaphores, les suggestions positives ...

9 : *« Alors, c'est-à-dire que l'hypnose, moi, je l'utilise de différentes manières, d'ailleurs quelquefois sans m'en rendre compte. Parce qu'à force de faire des séances d'hypnose, finalement, on acquiert pendant la consultation presque sans s'en rendre compte un certain langage, un langage éricksonien. [...] Alors le langage éricksonien, pour moi. C'est donc le langage flou et je ne vais pas amener moi mes propres versions, mes propres jugements, mes propres pensées par rapport à ce que me raconte le patient. Donc je vais rester dans quelque chose de flou. Si il y a des mots précis qui vont être prononcés, ça va être par lui et pas par moi. Ou je vais répéter ses mots à lui. Erickson essayait beaucoup de reprendre le langage du patient. Donc c'est prendre le langage du patient, avoir un langage flou, et oublier un certain nombre de mots qui peuvent être une suggestion négative : tout ce qui est langage catastrophe, on le laisse de côté, et on reste uniquement avec les suggestions positives de confort et de plaisir. Alors bien sûr, adapté à la situation. Je ne vais pas mettre du plaisir si on a quelque chose de dramatique qui vient d'arriver, ou pas tout de suite en tout cas, mais confort, apaisement, détente, relâchement, voilà. Donc essayer d'avoir un langage avec des suggestions positives, et un langage très léger, et en parlant le moins possible, parce que le but c'est quand même que ce soit le patient qui s'exprime et pas moi. »*

9 : *« J'utilise facilement les métaphores, ou un langage imagé, des choses comme ça. Dans les consultations de tous les jours, pas uniquement pour la transe. Quelquefois, j'utilise la confusion, pendant les consultations, pendant que je les examine pour qu'ils se relâchent. Quand on examine un ventre, quelqu'un qui a mal, on confusionne un peu, ça permet de mieux examiner. Ou alors on lui parle de quelque chose qui l'intéresse, on va le focaliser sur ce qui lui plaît et du coup pendant*

ce temps là on l'examine beaucoup plus facilement, plus confortablement, il ne va pas être bloqué, fixé sur son corps. C'est des petites choses toutes simples finalement, hein. Ça paraît évident, et quand on a appris l'hypnose, on l'utilise facilement, naturellement en fait. Parce que vu que l'hypnose on l'apprend avec son propre inconscient, quand on fait une formation, après on utilise ça de façon très naturelle. »

7 : « Je leur dis : "Mais vous savez, le cerveau n'entend pas les formes négatives. Tenez on va faire l'expérience. Tiens, je vais te dire ne prête pas attention au bruit qui t'entoure, ne prête pas attention à la présence de ta chaise sous tes fesses, qu'est ce que tu fais ? Tu fais exactement l'inverse. Donc c'est ce que je dis à mes confrères : "Quand vous dites à un enfant 'n'aie pas peur, je ne vais pas te faire mal' : double suggestion négative". Avec l'hypnose, on utilise les suggestions positives, ça change tout. »

7 : « Je préfère l'hypnose conversationnelle parce que je ne suis pas un musicien du silence. Je crois que j'ai besoin d'échanger avec le patient.

1 : « J'attaque jamais le problème de front. Je m'intéresse d'abord aux fondations, je vise très large. Car les réactions émotionnelles peuvent être extrêmement vives et inattendues. [...] Il faut savoir rester dans le sujet, être dans le maintenant. »

5 : « Après mon idée, c'est que je n'ai pas la solution au problème du patient, mais qu'elle est en lui. Et donc mon boulot, je dis au patient : "Vous venez en thérapie parce que vous n'entendez pas ou que vous n'entendez plus le chuchotement de votre inconscient. Le thérapeute ne fait rien d'autre que vous renvoyer à vos ressources inconscientes". Et la thérapie s'arrête non pas quand il n'y a plus de problèmes, puisque chaque semaine nous apporte des problèmes à régler, et la thérapie pour moi elle s'arrête lorsque le patient est de nouveau capable d'entendre le chuchotement de son inconscient. »

1 : « L'inconscient règle beaucoup de choses. On le voit bien dans les essais en double aveugle. On a tous les moyens en nous de s'auto-guérir et de décider de changer son système de pensée et de vie. La force de l'esprit est énorme. »

5.2. L'hypnose formelle

5.2.1. Le choix de la technique

Les techniques utilisées en séance d'hypnose formelle sont nombreuses. La technique est adaptée au patient. L'expérience et le propre vécu du soignant influencent également le choix de la technique proposée au patient.

4 : « Je fais rarement les mêmes techniques d'une fois à l'autre. »

9 : « De toute façon, c'est tellement riche. Il y a plein plein de choses. Et nous, déjà, en fonction de notre façon de fonctionner, on va préférer certaines techniques à d'autres pour des raisons personnelles ou parce que le jour où on les a découvertes, et bien, ça s'est bien passé, et on a un bon souvenir nous-mêmes. »

9 : « Et parce qu'on va trouver que ça se prête bien auprès du patient ce jour-là. Voilà, je pense qu'on est dans la créativité, quand même, et dans l'adaptation. En fait, si on se met bien dans son inconscient pendant la séance, et bien, tout de suite, notre technique s'impose. Cela se fait tout seul. »

5.2.2. L'induction

Les techniques d'induction sont nombreuses. Une technique privilégiée d'un grand nombre des médecins rencontrés est l'accompagnement dans un bon souvenir. Pour eux, il s'agit d'une technique simple et agréable d'utilisation. Elle utilise les ressources positives du patient.

1 : « J'utilise beaucoup l'accompagnement dans un souvenir agréable. Je suis très à l'aise avec cette technique. »

9 : « Alors, l'induction, bah moi, j'utilise toujours, au moins la première fois, celle que j'ai apprise en premier, qui est celle du bon souvenir. On a tous des bons souvenirs. Et je trouve qu'elle est vraiment agréable, les gens y vont facilement, elle est confortable. Si ils ont déjà pris des bons plaisirs à retrouver des bons souvenirs, et bah, ils iront après facilement en hypnose. Car quand c'est bien, on a envie d'y retourner. Donc je trouve que c'est une bonne technique. [...] Des techniques d'induction, il y en a plein plein plein. Bon moi, ma privilégiée, c'est celle des bons souvenirs. C'est logique, c'est normal, autant faire du bien. »

2 : « Et puis je pars toujours sur un bon souvenir. Donc pour l'instant je ne pars pas sur d'autres modes d'induction : sur la fixité du regard, tu sais tu peux faire partir les gens en transe par fixer un objet brillant, ou la lévitation, ou la catalepsie. Non je pars toujours pour l'instant pour l'hypnose en thérapie brève je fais en partant sur un bon souvenir. [...] Le fait de partir sur un bon thème, moi j'aime bien partir sur un bon thème parce que c'est eux qui nous le donnent. Et je pense que quand ils nous le donnent, on a déjà des pistes. Donc c'est la suite de l'entretien qu'on a eu au début avant de partir en hypnose formelle. Donc je pense qu'en te donnant un bon souvenir, ce n'est jamais neutre. Et tout de suite après tu trouves des analogies, des petites choses comme ça que tu peux après exploiter. Moi j'aime bien partir sur le thème qu'ils me donnent. Voilà. »

3 : « Je pars sur le schéma classique qu'on avait appris avec le bon souvenir, tout ça. Après... Je n'utilise que celle-là. Parce que je la trouve assez facile, mine de rien, pour partir. Et puis deuxièmement, je n'ai pas beaucoup d'autres techniques. »

4 : « Comme induction... Je suis hyper classique. La première fois je fais toujours sur le bon souvenir. Après ça dépend. »

10 : « Pour l' induction, je garde souvent la séquence VAKO. Et aussi les truismes, les souvenirs, voire les régressions ... »

6 : « Je faisais une succession d'inductions. Voilà, parce qu'en fait, il y a : "Vous pensez à une partie du corps", ou bien il y a les bons souvenirs, je les fais les uns après les autres, ça marche ou pas. [...] Mais j'ai absolument aucune imagination. Donc c'est globalement structuré toujours sur le même plan. Je leur demande les trois bons souvenirs, un objectif, et je pars sur un phénomène de relaxation : "Est-ce que vous percevez vos pieds, la respiration, etc." Et puis on part dans les bons souvenirs, et puis à un moment donné je mentionne l'inconscient qui fait son travail, etc. »

Les autres techniques d'induction employées sont la catalepsie, les truismes, les régressions...

2 : « J'ai fait un petit peu en catalepsie pour faire de l'analgésie lors d'un petit geste. »

9 : « Alors, on peut faire aussi des inductions plus imposantes. La plupart des patients, quatre-vingt-dix-neuf pour cent des patients vont aller en hypnose très facilement. Et puis de temps en temps, il y a un patient opposant, où on est content d'utiliser le yes set ou le no set, ou on lui fait faire des choses avec le corps pour rentrer en hypnose par le corps. »

4 : « Je fais très très peu la lévitation, je ne suis toujours pas à l'aise. Je ne sais pas pourquoi, je fais un blocage là-dessus. Je l'utilise parfois en pleine hypnose, mais jamais en début. »

10 : « Pour l' induction, je garde souvent la séquence VAKO. Et aussi les truismes, les souvenirs, voire les régressions ... »

Certains utilisent des méthodes de l'hypnose traditionnelle.

8 : « Chez les enfants j'utilise la pièce de monnaie. Chez les enfants, j'ai un stock de pièces de monnaie. Une pièce de 10 francs que le gamin ne connaît pas. Ou la bille. »

5.2.3. Les métaphores

Les médecins laissent une place prépondérante aux métaphores lors de la transe.

4 : « *En fait, j'utilise beaucoup beaucoup beaucoup les métaphores. J'aime. Il prend ce qu'il veut. Ce qui laisse le plus de liberté au patient. La télé, j'utilise régulièrement. D'ailleurs les gens l'aiment bien. Le jardin intérieur. Aller sur une autre planète, j'utilise beaucoup. Le jardinage, j'utilise pas mal aussi. Et alors après, j'ai mes histoires, j'utilise beaucoup d'histoires. J'ai deux ou trois histoires proches, sur la confiance en soi, deux ou trois histoires que j'utilise très très régulièrement. Ce sont des contes pour enfants que j'utilise et que je trouve supers. Ce sont des contes de Jacques Salomé : "Contes à guérir, contes à grandir". Il y a plusieurs histoires là-dedans qui sont géniales : alors l'aiglon, Vénus, géniale. Des fois, je les ai mises à ma sauce. Par exemple l'arc-en-ciel. J'utilise l'arc-en-ciel lors de la première ou de la deuxième séance systématiquement. Alors pas forcément tant l'histoire, mais les couleurs des émotions. Elle est super. [...] Il y a une technique que j'aime énormément, c'est la symphonie. Cet exercice-là, il compare le corps humain avec un orchestre, et quand il y a une partie de l'orchestre, d'abord il y a les corps de violonistes, et quand chez les violonistes, il y en a un qui ne fait pas bien son travail, pas bien préparé, c'est détraqué. Et il faut à chaque fois mettre bien pour que le corps de violonistes fonctionne bien, et tout ça pour aboutir à la fin à une symphonie qui est merveilleuse et tout ça. Et notre corps, c'est pareil. J'aime beaucoup l'utiliser, et elle fonctionne bien dans les douleurs, les dysfonctionnements de colopathie, voilà. »*

9 : « *Alors j'aime bien sur la première séance faire toujours des métaphores des voyages, pour qu'ils puissent aller partout. »*

10 : « *J'utilise souvent des représentations comme : le jardin, l'attente, le chemin, l'estomac, la pause respiratoire... La raison est une préférence personnelle, je les utilise en auto hypnose parfois, d'où une meilleure maîtrise. »*

5 : « *Après bien sûr je peux utiliser de temps en temps des métaphores pour faire passer des messages, semer des idées comme dit Erickson. On sème des graines, des idées comme on sème des graines. Tout ne pousse pas, mais on sème. C'est tellement polyvalent l'hypnose. Si on est en face de blessures de vies, je vais faire des mises en scène assez théâtrales. Les gens qui par exemple ont vécu une blessure de vie, on voit ça avec des gens qui ont vécu des attouchements, des incestes, des choses comme ça, ou qui ont été agressés d'une manière ou d'une autre, en hypnose, leur faire retrouver l'agresseur et leur faire régler leurs comptes d'une certaine manière avec l'agresseur. C'est très efficace pour permettre de faire cicatriser les blessures de vie. Les deuils bloqués, leur faire retrouver la personne disparue et leur faire faire le travail que j'appelle le travail de l'adieu. »*

8 : « *Ce qu'ils me donnent à manger, je digère et je transforme en métaphores. Comment tu fais sans, la transe sans métaphores ? »*

5.2.4. Les suggestions positives

Les suggestions positives sont également très utilisées par les médecins au cours du travail hypnothérapeutique.

4 : « *Quand on dit à un moment : "Et vous avez de grandes capacités à acquérir un autre regard", cette phrase là, il faut la mettre ! Elle est vraie, hein ! Elle est vraie, hein... Ils le disent bien. Et puis quand les gens regardent les autres avec une autre manière, et bien les autres ils se comportent d'une autre manière.* »

2 : « *Ou sans faire de réification, j'envoie les gens en hypnose et je leur demande que leur inconscient travaille sur ce pour quoi ils sont venus. Et puis l'inconscient, il sait très bien qu'il est venu parce qu'il a envie d'avoir moins mal donc il fait ce qu'il faut pour avoir moins mal. Donc c'est ça que j'aime bien en hypnose, c'est que même si tu sais pas pourquoi les gens viennent, bah eux ils savent. Et tu leur envoies des mots flous, des suggestions positives et des trucs comme ça, et puis ça travaille tout seul.* »

5 : « *Une manière d'aborder les choses, c'est de voir jusqu'à quel point on peut travailler de manière excessivement simple avec des gens que l'on sent totalement prêts. Et là, je vais utiliser facilement une manière de travailler qui a été bien explicitée par un très bon hypno thérapeute québécois, Gaston Brosseau. [...] Et il va avoir cette formulation que je trouve très efficace, pour les patients qui sont vraiment prêts, il leur dit, une fois qu'ils sont en hypnose : "Et maintenant, libre à vous de vous faire à vous-même vos propres suggestions en rapport avec la qualité de vie que vous souhaitez pour vous-même." Et après on laisse le patient pendant un certain temps travailler. On le laisse. Et là, avec les patients qui sont vraiment prêts au changement, il se passe des choses souvent étonnantes. Rien que ça. Je l'utilise beaucoup.* »

5.2.5. Autres techniques utilisées au cours de la transe hypnotique

Les médecins citent également quelques techniques spécifiques :

- Le lieu de sécurité

4 : « *J'utilise beaucoup le lieu de sécurité. Je le mets en place au début et après tu peux le réutiliser pour faire faire un exercice.* »

3 : « *Alors après, je vais aussi faire chercher un endroit, la place sécurisante. Et puis voilà.* »

- La réification

2 : « *Je fais de la réification. Pour les douleurs.* »

- La régression en âge

9 : « *Quelquefois, je vais faire une régression en âge. Mais je ne la fais pas tout le temps, parce que quelquefois, je ne sais pas ce qui s'est passé dans l'enfance, et je me dis qu'il y a peut-être des choses lourdes et qu'il ne faut pas y aller trop vite tout de suite, tant qu'on n'est pas allé chercher le lieu de sécurité et les ressources.* »

5.2.6. La participation de l'inconscient du médecin

Lorsqu'ils accompagnent le patient en séance d'hypnose, les médecins constatent être eux - mêmes en hypnose. Ils utilisent naturellement leurs propres ressources inconscientes.

1 : « *Quand la personne a du mal à rentrer en hypnose, je me mets en auto-hypnose pour faciliter.* »

2 : « *Je pense que c'est adapté en fonction de la séance. Parce que quand on accompagne quelqu'un en hypnose, on est nous-mêmes en transe. Moi je pense que je réussis bien mes séances quand je pars en transe avec eux, et donc ça va aller tout seul, je me pose pas de questions. De temps en temps, j'en sors un petit peu en me disant, "J'en suis où, je fais quoi ? ". Mais je le fais un peu comme je le sens. Très souvent quand je démarre une séance je ne sais pas où je vais. Ils m'ont donné quelques pistes.* »

9 : « *On n'est pas avec son conscient en train de dire : "Je vais". Alors, c'est vrai, ça peut arriver quand on apprend au début : "Je vais utiliser telle technique, je vais faire de telle manière, tout ça"... En fait, je la connais à l'intérieur de moi, et naturellement je vais aller l'utiliser. Elle va venir. Elle va venir toute seule parce que je vais me mettre en lien avec mon inconscient, moi, et c'est mon inconscient qui va me donner cette technique-là. C'est comme ça que ça se passe la plupart du temps. Et c'est beaucoup plus simple. [...] Voilà, je pense qu'on est dans la créativité, quand même, et dans l'adaptation. En fait, si on se met bien dans son inconscient pendant la séance, et bien, tout de suite, notre technique s'impose. Cela se fait tout seul.* »

5 : « *Les gens, je les regarde. J'essaie de sentir. Il y a trois canaux qu'on doit développer en tant que soignant pour percevoir un patient. Il faut être capable évidemment d'entendre ce que le patient nous transmet, nous dit, et qu'il sait qu'il nous dit. Mais on doit aussi développer un deuxième canal, c'est d'entendre ce que le patient nous dit et qu'il ne sait pas qu'il nous dit : c'est la capacité pour nous d'entendre ce que son inconscient dit mais dont le patient n'a pas du tout*

conscience. Et le troisième canal, c'est ce que mon inconscient de thérapeute perçoit du patient, dont je n'ai pas conscience, et qu'il me fait remonter à la conscience par l'intuition. L'intuition, c'est le degré de porosité entre l'inconscient et le conscient. Donc mon travail, c'est de capter les gens. Donc mon travail, c'est de développer ces trois canaux. Je me branche. Oui. Je suis très souvent en hypnose quand j'écoute mes patients, pour pouvoir capter justement sur les trois canaux. Erickson disait : "Quand je ne comprends pas un patient, j'entre en hypnose". Moi, je suis presque toujours en hypnose. »

13 : *« Et puis je veux dire, chez moi, on appuie sur le bouton on, et hop, ça se débite tout seul, je peux même penser à autre chose en même temps. Sûrement je suis aussi en hypnose. »*

Néanmoins, dans certaines situations particulières, le soignant utilise un support supplémentaire.

4 : *« Au début je préférais avoir le support papier avec moi. [...] J'ai fait une préparation à une intervention chirurgicale à une patiente, et l'anesthésiste avait demandé qu'on fasse la préparation de telle manière, il fallait qu'elle soit en position sur le côté. Bah là, j'ai utilisé le bouquin, parce qu'il faut vraiment que je fasse bien. C'était vraiment une vraie intervention, on allait vraiment lui ouvrir le dos, il fallait vraiment qu'elle soit bien prête, alors là j'ai eu besoin d'un support. »*

5.3. L'auto-hypnose

Elle est recommandée par les médecins et fait partie du travail. L'auto-hypnose est souvent utilisée par les médecins comme une prescription de tâche à réaliser par le patient

4 : *« Je leur fais faire régulièrement des exercices d'auto-hypnose. Et dans la douleur, c'est la première indication. »*

7 : *« Mais là, je pratique beaucoup l'auto hypnose. J'apprends au patient l'auto-hypnose pour qu'il soit indépendant et non dépendant de moi. Et ils se soignent si ils sont motivés. Je veux des patients actifs auxquels j'apprends l'auto-hypnose. Pour arrêter de fumer, pour les phobies, les tocs, voilà. »*

13 : *« Parce que moi d'emblée, je me suis installé dans la posture auto-hypnose. C'est à dire que quand les gens viennent me voir pour la première fois, je leur dis que je vais surtout pas les soigner, que je ne peux pas les soigner, mais que je vais leur apprendre une technique qui va leur permettre de se soigner. Et que donc je vais leur montrer à rentrer en hypnose tous seuls, et que je vais les diriger, parce qu'il faut quand même que je fasse quelque chose, je vais les diriger*

dans un travail auto-hypnotique qu'ils auront à faire à la maison. Et moi, en thérapie, je ne vois les gens qu'une fois par mois. Mais ils ont pendant un mois du travail auto-hypnotique à faire tous les jours. »

13 : « De façon générale, je n'ai qu'un mode d'exercice de l'hypnose, c'est toujours toujours par l'auto-hypnose. C'est à dire que moi, je fais toujours travailler les gens chez eux. Je trouve que c'est plus intéressant, d'abord d'un point de vue éthique, et ensuite, d'un point de vue du rendement. Et, en plus de ça, d'installer une lévitation de la main, que je vais leur faire utiliser par la suite pour auto valider leur état d'hypnose dans les séances qu'ils feront à la maison.[...] Alors après, dans l'auto-hypnose, et bah, j'ai beaucoup beaucoup de techniques différentes que je fais mettre en œuvre. Moi, je trouve que ça me fatigue moins de ne jamais changer. Et comme en plus je souhaite que les patients fassent tout seul, plus on va ritualiser toujours l'induction, plus l'induction est facile à faire pour eux. Et plus la réalisation du rituel va apporter en soi un effet anxiolytique. Parce que vous savez bien que le rituel, c'est toujours quelque chose qui va calmer l'anxiété, au maximum les tocs. Je vais dire, si les gens réalisent ces répétitions dont ils savent très bien consciemment que c'est stupide, c'est pour calmer une angoisse majeure. Et la réalisation du toc, certes, si elle paraît stupide vue de l'extérieur, elle est bienfaisante vis-à-vis de l'intérieur, puisqu'elle va calmer l'angoisse. Donc la réalisation du rituel, en faisant toujours la même induction, déjà, a priori, va être un petit peu anxiolytique. Or, ces patients qui sont psycho somatiques, ou d'autres, ils sont toujours anxieux. Donc parce que on ne peut pas être à la fois zen et malade psycho somatique. Celui qui est zen, il n'est jamais malade du psycho somatique. Oh bah j'utilise une technique qui est basée sur la relaxation, la focalisation de la conscience sur les points du corps, la respiration, un objet. »

Un seul des médecins rencontrés ne favorise pas l'auto-hypnose.

8 : « Alors moi, j'aime pas trop l'auto hypnose. Pour moi c'est un problème de guérison. C'est à dire que si tu fais l'auto hypnose, ça voudrait dire que tu es pas guéri. »

6. Les apports positifs de l'hypnose

6.1. Les qualités de l'hypnose pour les médecins

Les qualités de l'hypnose citées par les médecins sont nombreuses.

- La pratique de l'hypnose est définie comme un art, un acte créatif surprenant.

1 : « *C'est un art. C'est une autre façon de voir la vie. C'est épanouissant de faire autre chose.* »

9 : « *C'est toujours une grande aventure, l'hypnose, des surprises. C'est aussi très créatif.* »

7 : « *Ce n'est pas une science exacte, c'est un art, comme la médecine. Je fais de l'hypnose à ma façon. Comme chacun fait de l'hypnose à sa façon. Parfois ça m'arrive de me dire : "Ah, tiens, j'ai fait comme Erickson".* »

4 : « *Je reste toujours aussi étonnée, moi qui suis tellement cartésienne, toujours étonnée de cette affaire-là.* »

- L'hypnose est une philosophie de vie pour certains.

5 : « *C'est super. J'adore mon métier. J'ai la sensation que cela me ramène à l'essentiel de la vie. Ma démarche est un peu particulière parce que depuis très longtemps je m'intéresse à la philosophie, chose que pendant un certain nombre d'années, j'ai mis de côté, que je n'utilisais pas du tout dans mon travail d'hypno-thérapeute. Et puis lors de congrès, j'ai eu l'occasion de discuter avec des personnes, et on a été amené à parler de problématiques chez certains patients qui étaient plus existentielles. Des gens qui avaient plus des troubles existentiels que des troubles de psychopathologie dans le sens où on l'entend habituellement, et maintenant je l'intègre totalement. Cela me paraît en fait totalement indissociable. Je pense que Erickson était un philosophe. Et que cela ramène à une certaine philosophie de la vie. C'est quelque chose de très global.* »

- L'hypnose représente l'apprentissage de la confiance.

5 : « *Oui, c'est très très différent. C'est une autre manière d'appréhender l'être humain, la relation thérapeutique, et aussi apprendre à faire confiance en cette partie de nous qu'on ne connaît pas. L'hypnose, c'est vraiment l'apprentissage de la confiance.* »

- L'hypnose est synonyme de relation harmonieuse entre le soignant et le patient.

9 : « *En fait, je pense que l'intérêt de l'hypnose, c'est que tout le monde est content : le patient qui avance, qui va guérir, qui est sur son chemin de guérison ; et le médecin, qui lui aussi avance, qui prend du plaisir, est en lien avec ses propres ressources, en lien avec le patient. En fait, tout ça, c'est très harmonieux. Oui, une harmonie. C'est harmonieux, c'est satisfaisant, c'est agréable.* »

- L'hypnose est source d'enrichissement et de plaisir pour le soignant.

4 : « C'est très enrichissant !!! On est émotionnellement sollicité. De temps en temps. Ça apporte quand même énormément... »

7 : « Je fais ça pour le plaisir. Le cabinet où je travaille est très sympa, les dentistes sont sympas, donc c'est un bonheur de venir travailler là. Ça ne me rapporte pas d'argent, mais voilà. Ça me plaît. Je vis avec ce que je fais autour. »

8 : « Donc du coup, c'est un supplément, et en même temps je m'amuse. Parce que c'est vraiment jouissif comme exercice. C'est vraiment ça, je m'amuse. La médecine, pour moi, la médecine tout court, elle est un peu emmerdante, c'est répétitif et pas trop enrichissant, on peut pas inventer grand-chose donc. Que en hypnose, on invente des trucs complètement farfelus, et c'est génial de s'amuser. Si on peut s'amuser, c'est vachement chouette. Il n'y a pas beaucoup d'autres activités amusantes. »

6.2. Le confort professionnel des médecins

6.2.1. La valorisation du travail du soignant

La pratique de l'hypnose permet de valoriser le travail du soignant en apportant au médecin un sentiment d'efficacité et de satisfaction personnelle dans la prise en charge thérapeutique de ses patients.

- Efficacité de l'hypnose

L'hypnose thérapeutique est un outil permettant au soignant d'apporter une nouvelle réponse aux demandes multiples et variées des patients, notamment dans des situations où le médecin se sentait démuni et seul auparavant.

9 : « Il y a des gens qui ont besoin d'être entendus, un dépressif de toute façon, ça prend toujours du temps. Et maintenant que je fais de l'hypnose, on s'aperçoit qu'ils prennent moins de temps. Avant d'avoir des outils comme celui-là, les dépressifs, souvent, on pouvait y passer une heure, en train d'essayer de comprendre, de discuter, de chercher les tenants et les aboutissants, essayer de trouver une solution pour que ça aille mieux dans les jours qui viennent. Quand on en parle entre confrères, les gens le disent bien : "Oh là, là, j'ai encore passé une heure avec un patient qui n'allait pas bien". Et on est un peu démuni. Et, en fait, c'est ça qui m'intéressait avec l'hypnose. C'est que ça m'a donné un outil pour faire des choses que je ne pouvais pas faire avant. Maintenant, c'est beaucoup plus valorisant, on est content d'avoir pu apporter cet outil-là au patient. On se sent armé. C'est important d'avoir des choses. »

13 : « C'était la passion, mais la passion sous-tendue par l'impression vraiment fantastique d'avoir découvert quelque chose d'extrêmement efficace. Ce qui m'a intéressé d'abord dans l'hypno-thérapie, c'était la capacité de guérir les maladies psycho somatiques. Parce que jusqu'ici, j'étais seulement dans la capacité de les soigner, c'est à dire d'apporter des soins qui ne changeaient rien, sauf de faire patienter les patients qui continuaient de patienter et de rester patients. Tandis que là, finalement, on avait un outil qui permettait de changer complètement les données, et donc d'aboutir à des guérisons. Et moi, j'ai trouvé ça fantastiquement intéressant. »

6 : « Mais que m'apporte l'hypnose, euh... L'impression, moi, de faire quelque chose. Parce que j'ai plein d'adresses : que ce soit l'acupuncteur, le masseur, le kiné ostéo, le kiné kinésiologue, celui qui fait de la fascia thérapie, etc. Et je me les suis bien rangés dans ma tête, et j'ai des très bons feedbacks. Donc quelque part j'ai des cartes qui sortent, voilà, et c'est toujours les autres : j'adresse chez. Soit, les gens sont contents, mais je deviens un distributeur de trucs quoi. Et dans l'hypnose, je redeviens moi acteur, dans ma relation avec le patient. [...] L'hypnose, c'est une carte de plus. »

1 : « C'est donner une arme et apprendre à s'en servir pour mieux aborder les emmerdes. »

De ce fait, les médecins considèrent l'hypnose comme une pratique efficace.

13 : « Et ça marche souvent très bien. Bah, pas à 100%, évidemment, c'est à dire que je ne prétends pas du tout que 100% des gens qui viennent ici pour des maladies psycho-somatiques guérissent, mais objectivement, entre 70 et 80%, ce qui est déjà, de mon point de vue, un très très beau résultat. »

10 : « Il n'y a pas d'échec en hypno-thérapie. J'aime à penser que le patient et moi-même en tirons toujours un bénéfice, quel qu'il soit. »

- La satisfaction du médecin

Les médecins expriment une grande satisfaction face à l'efficacité de l'hypnose thérapeutique.

7 : « C'est le patient. Le patient qui va bien, la relation avec le patient, et voir qu'il va mieux et lui rendre son autonomie. Je suis heureux de voir quand mes patients vont bien. C'est une aventure à chaque fois, on ne sait pas sur quoi on va déboucher. On improvise. »

13 : « Je dirais que ça m'apporte la sérénité par l'efficacité. C'est d'être bien dans ma peau, calme, tranquille, heureux d'avoir fait ce que j'ai fait. Je gagne ma vie en étant heureux de ce que je fais. C'est déjà quand même pas si mal. Alors je la gagne un peu moins qu'en étant simple médecin généraliste Mais je suis tranquille, je suis bien. Bah après c'est un choix de vie, quoi. En tout cas, moi, j'ai fait ce choix là. »

3 : *« Après la satisfaction, c'est plus je dirais quand on se revoit la fois d'après où on parle. Parce que j'avais gardé la même chose de pas parler de la séance juste à la fin, d'attendre et de voir un peu ce qui se fait dans les suites. Donc c'est plus la fois d'après où quand ils me disent : ah ba voilà, je me suis remis à rêver et tout ça, et puis je me suis remis à penser à ça... Tu sens que les choses bougent. »*

9 : *« On touche à l'humain, et ce sont des beaux cadeaux que nous font les patients. C'est un cadeau pour eux, parce qu'ils vont avoir une vie plus agréable et ils vont avoir résolu leurs problèmes, et ça, ils sont contents de ces cadeaux. Mais c'est le cadeau pour nous aussi, parce que quand ils nous racontent ça avec le sourire... Et puis, ils ont vraiment un regard... Les gens qui ont fait de l'hypnose, moi je trouve qu'ils ont un sourire dans les yeux qui est vraiment très agréable. »*

6 : *« L'hypnose, c'est un cadeau, c'est un petit plus. »*

6.2.2. Le patient acteur de sa santé

L'hypnose thérapeutique modifie la relation du médecin avec le patient. Elle permet au patient de se réapproprier son corps et son histoire et d'être autonome. Le médecin change de position : il n'est plus celui qui porte, mais celui qui accompagne.

9 : *« Et moi, je trouve que le gros truc très très intéressant, c'est que ça permet au patient d'être acteur de sa santé, d'être acteur de sa vie. C'est lui qui fait, en fait. Moi, je ne suis là que pour l'aider. Je lui apporte la technique et c'est lui qui va faire avec l'outil que je lui fournis. Il est acteur de sa vie, et ça, c'est vraiment la médecine comme je la conçois. C'est le contraire du paternalisme, où autrefois le patient mettait sa vie et sa santé entre les mains du médecin qui était un dieu. Là, maintenant, c'est LE patient qui prend en charge sa vie, sa santé, et nous on va l'aider. Et ça, ça change tout. [...] Ils sont plus autonomes, moins exigeants, moins dans l'immédiateté, moins à vouloir un médecin tout de suite, moins consultants pour un bobo, etc. Moins exigeants, en fait, parce que étant plus capables d'aller chercher dans leurs ressources, ils essaient de tempérer. Donc ça fait une relation plus tranquille, plus apaisée. Pour eux, c'est un plus, et pour moi aussi. »*

13 : *« Parce que moi d'emblée, je me suis installé dans la posture auto-hypnose. C'est à dire que quand les gens viennent me voir pour la première fois, je leur dis que je ne vais surtout pas les soigner, que je ne peux pas les soigner, mais que je vais leur apprendre une technique qui va leur permettre de se soigner. Et que donc je vais leur montrer à rentrer en hypnose tout seuls, et que je vais les diriger, parce qu'il faut quand même que je fasse quelque chose, je vais les diriger dans*

un travail auto-hypnotique qu'ils auront à faire à la maison. [...] D'un point de vue éthique, c'est intéressant de pouvoir dire aux gens, en fait, VOUS avez la capacité de vous soigner, et c'est pas le médecin qui doit forcément vous soigner. Jusqu'ici, enfin avant de venir en thérapie, les gens ils ont l'idée : je vais chez le médecin, et c'est lui qui va me soigner. Vous me donnez un médicament, je vais le chercher à la pharmacie, je le mange, et puis c'est tout. Bon, mais ça, ça a des limites évidentes. Donc moi je recadre tout de suite le système : ici, je ne donne aucun médicament, je ne prescris rien du tout, je vais vous apprendre une technique, et c'est en mettant en œuvre cette technique que vous allez pouvoir guérir. »

12 : « En réalité, on n'a pas le pouvoir de faire aller bien quelqu'un, mais on peut l'aider. Et la personne, elle peut piocher chez nous ou dans les techniques qu'on peut lui proposer de quoi, elle, trouver des points d'appui, des béquilles, des choses pour aller mieux. Mais c'est le patient qui guérit, c'est le patient qui est responsable de sa vie. Nous, on est responsable du traitement qu'on prescrit, on est responsable de la technique qu'on utilise. Mais on n'est pas responsable de ce qu'en fait le patient et de son résultat. Et je pense que c'est important. C'est bien parce que, quelque part, c'est pas à nous de porter l'échec, ou sinon, on ne vit plus ! Mais en même temps, ce n'est pas à nous de porter la gloire non plus, même si on est content. »

6 : « C'est vrai que l'hypnose, ça permet de leur redonner une certaine autonomie parce que c'est eux qui vont... Oui, c'est aussi ce que j'avais aimé quand au début j'ai fait passer tout le monde parce quelque part je disais c'est pas moi qui fait. C'était moi l'accompagnateur, mais c'était pas moi qui fait. Et ça c'était une grande libération. Je ressentais ça comme une grande libération, c'était vraiment eux qui reprenaient leur bébé quoi. »

6.2.3. La protection du médecin

L'hypnose thérapeutique apporte au patient, acteur de sa santé, un moyen de gérer ses problèmes à l'intérieur de lui-même sans nécessité de tout verbaliser. Ce changement permet au soignant accompagnateur de se libérer en partie du poids des affects lié aux situations rencontrées.

1 : « On ne les interroge pas. Ils gardent leurs secrets. »

9 : « Et puis, j'ai pas besoin de savoir toute leur histoire. Alors ça me protège. Parce que ça me permet de ne pas savoir tous les détails de la vie de la personne, ça permet qu'elle ne fasse pas remonter toutes ses émotions à la surface. Et donc, les choses lui appartiennent. [...] C'est beaucoup plus léger, beaucoup plus facile. On ne porte pas les cas, beaucoup moins. Moi, depuis que je fais de l'hypnose, j'emporte beaucoup moins les cas de mes patients à la maison. Le risque, quand même, pour le soignant, c'est d'être parasité dans sa vie personnelle avec les cas des

patients. Je trouve que le fait d'avoir l'hypnose, on les a beaucoup moins. Parce qu'on leur demande d'aller à l'intérieur d'eux pour gérer ce qu'ils ont à gérer. »

5 : « Ce qui est important dans ce type de travail, c'est qu'on n'est pas obligé, nous, de savoir ce que fait le patient. Moi, quand je fais faire ce type de travail, je leur demande de parler, mais mentalement. J'ai pas forcément à entendre ce que vit la personne à ce moment-là. Ça ne me regarde pas, quelque part. Moi, je suis là pour leur mettre un cadre suffisamment rassurant, où il y a suffisamment de confort pour qu'ils s'autorisent à débloquer la situation. »

6.2.4. Une activité plus reposante

L'utilisation de l'hypnose s'avère également plus reposante.

9 : « C'est moins fatiguant pour le médecin que d'essayer de se casser la tête en train de chercher des solutions et d'attendre le retour et discuter. Là, tu leur dis : "Attendez, je vous propose une séance d'hypnose pour vous aider", et les personnes adhèrent et c'est plus reposant pour toi. Alors c'est pour ça aussi que c'est très agréable de faire de l'hypnose aux gens, parce qu'on fatigue beaucoup moins. On peut prendre en charge des choses plus compliquées et avoir plus de patients, parce que l'hypnose ça nous permet à nous en même temps d'aller dans notre inconscient, donc d'être plus puissant, d'être plus compétent. En fait à chaque fois qu'on fait quelque chose, si on demande à notre inconscient de le faire, il sera beaucoup plus efficace et moins fatigant. »

6.2.5. Une meilleure gestion de ses affects personnels

Les médecins appliquent également pour eux-mêmes les techniques d'auto-hypnose apprises. Cela leur apporte, en consultation, un meilleur contrôle de leurs propres affects qui pourraient interférer dans la relation avec le patient.

4 : « La dernière fois, M nous a fait faire un exercice d'auto-hypnose où il nous faisait nous regarder. Et de temps en temps, quand je sens que je commence à me sentir ou agressée, ou qu'une patiente m'énerve, je fais ça et pshhhh, le soufflé retombe. Je me pose cette question : "Pourquoi je me sens agressée, pourquoi je me sens pas bien face à cette patiente ", et c'est toujours pareil, c'est vachement fort, tout de suite tu es mieux. Ah ça, j'avais trouvé cet exercice-là excellent. On se regardait, et il nous faisait se regarder un bon moment, et c'était vraiment très impressionnant. »

6.2.6. La satisfaction des patients

Pour la plupart, les patients sont satisfaits de leur prise en charge hypno-thérapeutique et l'expriment à leur médecin.

9 : *« Je trouve que c'est agréable de travailler avec cette technique-là, parce que les gens sont contents. Déjà, ils sont bien après une séance d'hypnose, ils sont apaisés. Ils ont commencé à avancer même avec une seule séance. Ils sont satisfaits et ils vous le disent. »*

10 : *« Les patients viennent pour une prise en charge globale. Mais parfois ils rappellent que ce qui a été fait la dernière fois (l'hypnose) leur a fait du bien. »*

2 : *« Alors il y a des gens qui ne font qu'une séance. Et quand je les revois à trois mois, six mois après pour autre chose, je leur dis : "Et alors, qu'est ce que ça avait donné la séance d'hypnose ?". Alors très souvent ils me disent : "Ça m'a fait beaucoup de bien". Et c'est des gens qui n'ont pas ressenti le besoin de remettre une deuxième couche. Rarement, j'ai entendu dire : "Ça m'a rien fait du tout". Ça fait toujours quelque chose, je trouve, aux gens : soit un peu, soit beaucoup, soit passionnément, mais rien du tout, c'est rare. »*

4 : *« Souvent ils te disent qu'ils vont beaucoup mieux. [...] Globalement, souvent, ils disent quand ils viennent qu'ils adorent s'asseoir dans le fauteuil, quand ils se réveillent : "On y resterait bien", ça c'est très très régulier. Il y a quand même beaucoup de patients qui sont très reconnaissants. Ceci dit il y en a quelques-uns qui ne le sont pas, mais c'est exactement comme quand tu as suivi un patient qui était très malade et que la famille te quitte après, tu les renvoies à cette image qu'ils ont laissé derrière eux, ou qu'ils veulent laisser derrière eux. C'est comme ça. Et puis c'est tout. Je mets ça dans le même panier. C'est un peu douloureux c'est vrai, mais ça fait partie des choses qu'il faut accepter. »*

6.3. L'épanouissement personnel des médecins

Les médecins évoquent également un bien-être personnel à utiliser l'hypnose. Le travail personnel effectué lors de l'apprentissage puis de la pratique de l'hypnose leur apporte un changement de paradigme bénéfique.

1 : *« Je suis complètement transformé. C'est bouleversant. C'est épanouissant de faire autre chose. »*

2 : *« Et puis moi ça m'a apporté beaucoup, personnellement. Je suis plus serein parce que, évidemment quand on fait des formations d'hypnose, on s'y fait hypnotiser X fois, et donc ça*

change des choses. [...] Je fais de l'auto-hypnose pour moi, de temps en temps, quand je sens que j'en ai besoin. En fait, c'est assez étonnant parce que j'ai juste à me suggérer la chose, j'ai pas besoin vraiment de partir en hypnose, etc. Je me dis, ça, ça suffit j'en ai marre, et j'ai plus besoin d'avoir ce problème. Et puis ça suffit, je me le suggère. »

10 : *« Les techniques d'auto-hypnose me permettent de mieux gérer certaines situations et activités. Elle apporte une compréhension supplémentaire à ce que je connais du bouddhisme, du yoga... »*

Ce bien-être est également retrouvé au sein des relations familiales.

2 : *« Ça m'a apporté aussi par rapport à mes enfants. Parce que autant ça nous met à l'écoute de nos patients, et aussi de toute notre famille, nos enfants, etc. J'ai fait des séances d'hypnose à ma fille avant qu'elle ne passe son permis de conduire, et elle l'a eu les doigts dans le nez. Etc. »*

6.4. Changements dans la relation

6.4.1. Avec les patients

L'utilisation de l'hypnose modifie profondément la communication entre le soignant et le patient dans toute consultation, en dehors même des séances d'hypnose formelle. Le changement de langage, d'expression et d'attitude du médecin en consultation améliore la relation : les échanges et l'examen clinique sont facilités.

10 : *« Dans la façon de parler aux patients, l'hypnose me permet de prendre conscience de la portée des mots, gestes, attitudes, de leur dimension suggestives. C'est un apport considérable dans ce que nous faisons le plus dans nos journées : communiquer avec nos patients. »*

13 : *« Mais moi, ça a changé mon attitude vis-à-vis des patients. Parce que dans le langage, quand on apprend l'hypnose, quand on apprend les techniques d'hypnose, évidemment on apprend à communiquer différemment, et ça, ça joue même quand il ne s'agit pas d'hypnose. Et puis on apprend effectivement à écouter différemment. Alors effectivement, ça entraîne une différence d'approche avec les patients, le contact est différent. Même en médecine générale, même quand il n'y a pas du tout du tout besoin d'hypnose, pour régler un problème. »*

11 : *« En fait ce qui est modifié, c'est plus moi que les malades. Parce qu'en fait, mon regard sur la médecine a complètement changé à partir du moment où je suis rentré dans l'hypnose. C'est un outil d'accord, cela peut être utilisé comme une technique par des techniciens qui font des gestes, ils peuvent s'en servir tous les jours. Mais quand on veut s'en servir dans l'approche*

psychologique, quand on va rentrer dedans, on va commencer à s'habituer à dire des choses différemment, etc. C'est ça qui est un peu troublant. »

4 : « Ça a changé quoi... Euh je pense que je ne les interroge pas de la même manière, mais j'ai fait beaucoup de psycho-traumatismes l'année dernière aussi et donc je pense que je n'interroge plus les gens de la même manière, ça c'est sûr. [...]... Je vais souvent leur mettre des questions ouvertes, pour euh si quelque chose est sous les pieds, qu'ils l'amènent. [...] Des choses que... si tu n'ouvres pas le champ, ils ne vont pas t'en parler ! Et quand même ça t'explique vachement de choses ! Je pense que ça, ça a beaucoup changé. »

L'exemple particulier de la prise en charge des enfants souligne cette amélioration nette des échanges et de l'examen clinique.

2 : « C'est intéressant au niveau personnel. Moi ça m'a énormément apporté, sur le langage. Une utilisation des mots, le choix des mots : toujours des mots positifs dans les consultations. Je trouve que j'ai beaucoup plus de facilités maintenant à examiner les enfants depuis que j'ai fait de l'hypnose. Ils rentrent je sais qu'ils sont déjà à moitié en transe. Et l'examen se passe très très bien. Moi j'ai exceptionnellement maintenant des enfants qui pleurent en consultation. C'est vraiment très agréable. Rien que pour ça, c'est un point fort de travail, ça c'est très bien. Et puis en même temps j'hypnotise à moitié les parents, comme ça, et alors les parents ils sont scotchés. Moi, j'ai eu des patients qui sont venus me voir et qui maintenant viennent me voir parce que j'ai entendu dire que j'étais le magicien des enfants. C'est marrant. »

12 : « Donc je sortais, juste après la formation, j'étais en pédiatrie, donc aux urgences pédiatriques, j'avais déjà mis en application effectivement, et il y a des choses qui changeaient, la façon dont je parlais aux gamins et dont je parlais aux parents. Bah c'est vrai qu'il y avait des gens qui avaient des gamins qui arrivaient aux urgences en douleur, ou alors je me rappelle une ado qui arrivait avec une crise de spasmophilie. Et rien que sur le parler, en fait, j'avais une attitude qui était différente, et ça se passait très bien. J'arrivais à gérer des trucs, enfin c'était beaucoup plus confortable pour moi que avant d'avoir fait la formation. Donc tout de suite, je me suis rendue compte que effectivement, ça changeait, il y avait des petites applications informelles, tu vois, sur la façon d'être, sur la façon de parler aux gens, la façon d'entendre la douleur, la souffrance, qui était abordée d'une manière un petit peu différente et qui rendait les soins plus faciles et la relation au patient beaucoup plus facile. »

4 : « Et puis, la façon de faire les vaccins... ou un geste douloureux, même sans faire de l'hypnose, tu n'as pas le même comportement quand même ! Et même les mamans, elles sont beaucoup plus détendues quand tu vaccines leur gamin. »

6.4.2. Avec les collègues de travail

Un des médecins rencontrés constate que la modification de sa pratique a également influé positivement sur l'attitude relationnelle de son associé.

4 : « Ça a changé quoi... Euh je pense que je ne les interroge pas de la même manière. [... Je vais souvent leur mettre des questions ouvertes, pour euh si quelque chose est sous les pieds, qu'ils l'amènent. Et c'est ça, quand je disais que C avait changé dans sa façon de faire ses consultations, elle aussi, très souvent, maintenant elle va poser des questions ouvertes, elle va faire référence euh je sais pas euh au suicide de la sœur par exemple... Des choses que... Si tu n'ouvres pas le champ, ils ne vont pas t'en parler ! Je pense que ça, ça a beaucoup changé. »

6.5. Changements de la prise en charge

6.5.1. Prise en charge globale

Les médecins expliquent que cela ouvre le cadre de la prise en charge globale des patients.

2 : « Ça modifie en plus notre patientèle. Parce que ils voient qu'on est plus à l'écoute de leurs souffrances émotionnelles, on est plus à l'écoute, on a des armes pour les utiliser. Parce que tant qu'on ne sait pas quoi faire de l'émotion des gens, et bah on n'a pas envie de creuser là-dedans. Quand on sait un peu la gérer, quand on sait qu'on peut leur apporter quelque chose, et bien on s'y intéresse. [...] C'est possible que cela modifie les demandes des patients car ils savent qu'ils sont écoutés. Je crois surtout que ça modifie les propositions. Ca revient un peu au même. Peut-être que je donne des réponses alors que les gens n'avaient pas forcément d'attente, d'attente pour ce genre de réponses, mais ils sont contents qu'elle soit là, et qu'il ne faut pas aller la chercher ailleurs. Voilà. [...] Et puis, ça m'a appris à aller chercher les choses chez les gens. Parce que les gens, ils disent pas. Si on leur demande pas, ils disent pas. Et donc ça m'a appris à aller chercher les traumas chez les gens. On a eu une formation sur la traumatologie. Et en fait tu te dis bah, que les gens ont peut-être des traumas, et puis on voit qu'en fait y'a plein de gens qui ont des traumas. Des gros traumas, il y en a aussi beaucoup beaucoup. Et donc ça, ça m'a aidé à aller chercher les traumas, et comme je te le disais tout à l'heure, savoir les gérer après. Quoi faire avec les traumas, quand les gens t'ont confié leur truc, qu'est-ce qu'on fait ? Sur ça, ça m'a aidé. »

6.5.2. Prescriptions médicamenteuses

La prescription médicamenteuse est allégée. Cela concerne plus particulièrement les médicaments anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques.

2 : « Alors est-ce que ça allège mes prescriptions qui sont déjà faites, je ne pense pas, si ce n'est que j'aurais peut-être plus tendance dans la mesure du possible à virer les neuroleptiques qui bloquent l'hypnose. [...] J'aurais tendance, je n'en faisais pas beaucoup déjà, j'aurais tendance à enlever les neuroleptiques. Probablement quelqu'un qui vient pour un problème émotionnel, une angoisse, une phobie ou je sais pas quoi, si je règle par hypnose, c'est sûr, ça fait des médicaments en moins, par ce biais là. [...] La formation que j'ai eu sur la douleur, ça t'empêche pas d'utiliser des anesthésiants, des choses comme ça, ça fera que le vécu sera beaucoup plus agréable, mais la douleur elle reste là, elle sera pas plus tolérée, mais il y aura pas une séquelle psychique de douleur ou de quelque chose comme ça. Il n'y aura pas d'appréhension la prochaine fois qu'ils reviendront, si il y a un geste à suivre. Mais il faut quand même utiliser un anesthésiant local, a priori. Sauf si le geste n'est pas trop douloureux. »

4 : « Je pense que je prescris beaucoup moins de neuroleptiques, anxiolytiques, anti dépresseurs. Des hypnotiques, j'en prescris quasiment jamais. Je n'initie quasiment plus jamais de traitement anti dépresseur ou anxiolytique. »

5 : « Je dis soigner avec des mots parce qu'on ne prescrit pas, on n'a pas d'ordonnancier. C'est aider les gens à aller mieux en établissant un mode de relation très particulier qui est cette relation hypnotique. [...] L'hypnose, c'est quelque chose qui permet plutôt de se passer des médicaments, ce qui est un peu caricatural parce que par exemple pour les douloureux chroniques, ils ont besoin, même si ils ont de l'hypnose, d'avoir aussi d'abord des médicaments. »

6.6. Un outil de prise en charge globale

L'hypnose thérapeutique s'avère être un outil de prise en charge globale du patient, particulièrement bien adapté à la médecine générale définie comme une médecine globale de l'individu.

9 : « Je pense que c'est spécialement adapté à la médecine générale parce que la médecine générale, c'est une médecine globale de l'individu. Et justement, l'hypnose, c'est une technique qui est globale aussi. Elle permet de s'occuper de la personne en entier. L'avantage de l'hypnose, ça c'est intéressant, c'est un outil qui prend en charge la globalité du patient. On n'est pas sur de l'organique ou sur du psychologique, on est sur la personne elle-même. En fait, les gens sont une

globalité. Je leur dis bien : "Vous n'êtes pas un corps plus un esprit, vous êtes un ensemble. Et tout joue sur tout, tout est en communication avec tout, tout est en lien avec tout". En fait, moi, ce qui m'intéresse, c'est de soigner les gens, pas les maladies ! C'est soigner, et avec l'hypnose, je peux m'occuper d'eux.»

7. Les limites de la pratique de l'hypnose

7.1. Les limites du soignant

Les principales limites de la pratique de l'hypnose sont les limites posées par le soignant lui-même. Elles sont souvent liées à un manque de confiance du médecin envers lui-même et ses propres compétences à utiliser l'hypnose, mais aussi au regard extérieur qui peut être porté sur leur pratique.

6 : « Je n'ai peut-être pas encore suffisamment confiance en moi pour en faire quelque chose de plus médical. Pour moi, c'est encore plutôt du bien-être que du médical, voilà. On est un peu à la marge quoi. [...] Je pense que je ne me sers pas assez : je ne m'en sers pas trop pour les vaccins, je ne m'en sers pas pour les points... Et je ne m'en sers pas naturellement en conversationnel quoi, c'est pas dans ma nature ça. »

2 : « Alors ma limite, je pense, c'est mon manque de confiance. On se demande toujours : est-ce que on va être utile aux gens, est-ce que on va les aider, est-ce que ça relève de l'hypnose ? »

9 : « Alors, il se trouve que j'ai des internes. Et au début, j'en ai parlé de façon très enthousiaste à tous mes internes. Et il y a des patients, je me disais : "Bon, là, je suis en train d'apprendre, celui-là, il me paraît encore costaud, je vais peut-être pas lui proposer tout de suite à cause de ça". Et puis, en fait, il a été vu par mon interne qui disait : "Mais pourquoi vous ne lui demandez pas de vous faire une séance d'hypnose ? ". Alors, du coup, le type prenait un rendez-vous d'hypnose, et je me disais : "Ouh, là, là, celui-là, bah, il va falloir que j'y arrive ! ". Et puis, en fait, finalement, on s'aperçoit que les patients, et bah, ça fonctionne très très bien. Et que c'est nous, nos propres projections, en fait. Il y a des patients, on a l'impression que ça va être plus compliqué, et en fait, c'est des idées qu'on se fait, parce que ceux-là, souvent, ça va être une prise en charge simple. Et puis il y en a d'autres, on a l'impression que ça va être plus simple, et puis finalement, c'est plus compliqué parce qu'il y a des choses qu'on n'avait pas vues et qui se révèlent au fur et à mesure. »

4 : « On n'est pas des psychothérapeutes, on peut pas. Je crois qu'il faut toujours rester humble, et rester dans des limites du raisonnable de nos capacités. [...] En situation d'urgence, j'ai pas

vraiment bien géré. Je me suis fait envahir par l'angoisse de la personne sans doute. Je ne sais pas, je n'arrivais pas à apaiser la personne. »

3 : « Si je sens qu'il y a vraiment une grosse dépression en-dessous, ou des gros trucs, je me sens pas capable de tout prendre en charge. Donc dans ces cas-là j'envoie plus à la rigueur à B. Pour moi, c'est plus pour des petites choses. Un patient qui je pense serait trop lourd, un "gros chantier", je me sens pas suffisamment équipé du point de vue technique et du point de vue entraînement et puis ouais j'aurais peur. »

1 : « Parfois, on ne sait pas si la guérison est venue de l'hypnose. »

2 : « Je ne crois pas qu'il y ait des sujets que je ne veux pas traiter. Après, est-ce que l'hypnose soigne tout, c'est plutôt une question d'indications je pense. Quelle est l'indication de l'hypnose ? Est-ce que l'on va aller faire de l'hypnose sur un eczéma ? Peut-être, j'ai pas osé. J'y ai pas pensé. Là, dans une de mes formations, il y en a un qui m'a dit qu'il achetait les verrues de ses enfants sous hypnose, et que les verrues partaient. J'ai pas encore osé de le faire auprès de mes patients. Je le ferai sûrement auprès d'un de mes enfants si cela se présentait, mais j'ai pas encore osé sur mes patients. Mais peut-être qu'il faudrait oser... Mais je trouve que ça fait un peu charlatan. Je crois que ça, c'est quelque chose que je n'ose pas. [...] Ou alors il faudrait dire : "On ne fait que de l'hypnose, et quand vous poussez ma porte, c'est parce que vous voulez de l'hypnose". Ça ce serait sûrement plus simple. Quand les gens font que de l'hypnose, on sait qu'on va les voir pour de l'hypnose. Alors on peut les voir pour de l'hypnose pour n'importe quoi, et puis on va leur dire si c'est possible, ou si c'est pas possible. Mais là, quand les gens poussent ma porte, ils viennent pour une verrue, pas pour une verrue à traiter par hypnose. Tu vois, c'est pas facile. Je pense que c'est un petit peu ça les limites. Comme je suis généraliste, et que je fais de l'allopathie, de l'écoute, de l'accompagnement, de l'homéopathie, et de l'hypnose, je ne sais pas ce que les gens viennent chercher. »

Ces limites sont évolutives.

3 : « Et puis après, ça c'est toujours pareil, c'est des limites qui changent avec le temps et l'entraînement. Si tu en fais plein, bah, je pense que tu peux repousser tes limites. Après c'est toujours pareil, il faut réussir à garder un contrôle. »

7.2. Limites de la relation soignant-patient

Un autre facteur limitant possible est le lien établi entre le patient et le soignant.

5 : « *C'est un outil. Je ne suis pas sûr qu'il convienne forcément, en tout cas dans ma manière de travailler. Puisqu'il y a l'outil, il y a l'ouvrier derrière. Je ne prétends pas être le thérapeute qui correspondrait à tout le monde. Et il m'arrive de temps en temps de voir des patients à qui je propose d'aller faire plutôt d'autres modes de thérapie ou d'aller voir une autre personne, parce qu'il faut que le courant passe.* »

8 : « *Limites personnelles ? Ba oui, c'est-à-dire que quand on connaît quelqu'un, le patient, je fais pas d'hypnose avec eux.* »

13 : « *La limite, bah c'est, mais de toute façon, ça se fait tout seul, les gens avec lesquels je n'ai pas de sympathie, quoi. Mais de tout façon, les gens avec lesquels je ne peux pas avoir de sympathie, ils n'en ont pas avec moi, donc ils n'ont même pas envie de revenir, ça, ça se fait tout seul.* »

7.3. Limites du patient

Certains patients peuvent exprimer une réticence à utiliser l'hypnose.

2 : « *Je pense qu'on ne peut pas tout traiter par hypnose, ça c'est clair. La limite, ça va être un peu la résistance des gens : si ils veulent pas, je vais surtout pas essayer. Si on se sent pas bien dans ce truc-là, il faut pas essayer. Je crois que les limites, c'est les gens, et c'est nous. Voilà.* »

6 : « *Et de toute façon, quelque soit la technique, il y aura toujours des limites. Parce que les gens ils avancent à leur rythme. Je veux dire on avance aussi au rythme de nos patients. Donc les techniques thérapeutiques vont être intéressantes pour un certain nombre de personnes, parce que ça va répondre au bon moment à la demande et au besoin.* »

7.4. Les pathologies

Les limites classiques citées sont les psychoses, et de façon plus larges les personnes sous traitement neuroleptique.

10 : « *Sinon ce sont des limites de l'indication de l'hypnose en général : certaines psychoses, notamment.* »

2 : « *Moi, j'ai quelqu'un qui est bourré de neuroleptiques, j'essaye pas l'hypnose, ça marchera pas.* »

4 : « *Il ya des choses auxquelles je ne touche pas. Il y a des gens que je trouve franchement déglingués, je vais pas toucher. Je les oriente vers quelqu'un d'autre. En fait ceux qui ont des neuroleptiques, sauf quand c'est pour de l'angoisse. De toute façon tu cours à l'échec. Ceci dit,*

j'ai une patiente qui était sous neuroleptique que j'ai traitée par hypnose un certain nombre de fois. Mais à chaque fois, on a traité des petites choses, elle venait vraiment pour des choses des précises, comme le tabac, l'anorexie, et on a vraiment beaucoup avancé, et j'ai trouvé que cela avait vraiment fait progresser les choses. Elle était très fortement déprimée. Mais à chaque fois c'était des choses très ponctuelles. »

5 : « Oui. Pour les patients déjà. Les patients psychotiques. Ne peuvent travailler avec des patients schizophrènes que des gens qui connaissent bien l'hypnose, et bien les troubles de la schizophrénie. Donc, d'une manière générale, c'est réservé surtout à des psychiatres. Moi je ne le fais pas. »

13 : « Alors il y a les choses classiques. Effectivement, si un patient vient et qu'il est manifestement psychotique, bah je lui dis que je ne peux pas l'aider. Bon après, il y a des limites évidentes : la personne qui a été amputée et qui revient pour que son membre repousse avec l'hypnose.. Mais je vais dire, dans tout ce qui est possible physiologiquement, personnellement, non, je ne vois pas trop de limites autrement. »

7.5. Limites liées à l'exercice

7.5.1. La fatigue

A partir d'un certain seuil, la pratique plus intensive de l'hypnose entraîne une fatigue psychique pour le médecin. Ce seuil est aussi fonction de l'expérience du praticien.

9 : « Alors, si on fait vraiment beaucoup beaucoup d'hypnose, on a quand même à un moment donné une fatigue psychique. Ça nous pompe, ça bouffe de l'énergie quand même, le cerveau il mange du glucose. [...] Des hypnoses formelles, quand je fais six ou sept séances d'hypnose, ça m'est arrivé, je suis fatiguée. Mais autrement, c'est vrai que c'est plus agréable de travailler de cette manière-là avec son inconscient. Au début, j'en faisais une, après deux, après trois. Heureusement, c'est monté progressivement en cinq ans. Là maintenant je maîtrise beaucoup mieux les techniques que je vais utiliser, j'utilise de moins en moins mon conscient, donc ça me produit de moins en moins d'efforts, du coup je peux faire de plus en plus d'hypnose sans être fatiguée. »

7 : « L'hypnose, c'est fatigant. Enfin pas la transe, mais l'hypnose conversationnelle est très fatigante. Si je termine ma journée par une transe hypnotique, là ça me repose, car je suis en hypnose avec le patient, ça me repose les méninges. Même si on observe beaucoup ce qui se passe pendant la transe, ça me repose. Sinon, rentrer dans la carte du monde des gens, c'est écouter ce qu'ils disent, comment ils le disent, où sont ils quand ils parlent, ce qu'ils ressentent, ce qu'ils

vivent, et sur quoi il faut rebondir, quoi. Et ça, ça demande un travail de concentration énorme, qui prend toute l'attention permanente. On ne peut pas faire ça tous les jours. »

7.5.2. Le temps

Une limite très régulièrement évoquée est celle du temps. La gestion du temps de consultation des séances d'hypnose formelle n'est pas toujours aisée au sein d'une pratique de médecine générale dense.

10 : *« C'est le temps essentiellement. »*

2 : *« C'est vrai que trente minutes, c'est très court. Parfois, quand je trouve que c'est trop court, je fais une distorsion de temps. Comme ça, les gens ne se rendent pas trop compte.*

Et je me demande si faire plus long, c'est pas une manière pour nous rassurer, nous, thérapeutes, en se disant, le plus, c'est le mieux. »

13 : *« Mais en même temps, l'hypnose, ça ne peut pas se faire en consultation d'un quart d'heure. Et donc de caser dans le cursus normal d'un généraliste des rendez-vous de trois quarts d'heure, et bah c'est un peu compliqué. Donc au début j'avais dit à la secrétaire, parce que j'étais dans un cabinet où on était plusieurs médecins, alors qu'elle me mette une consultation d'hypnose par jour, et puis deux consultations d'hypnose par jour. Et pour autant, j'avais toujours autant de travail en médecine générale, donc ça me rallongeait trop mes journées. »*

11 : *« Mais c'est vrai que si on veut s'ouvrir complètement à l'hypnose, on doit s'impliquer dans la clientèle de notre sphère. Il y a des cabinets où les gens n'oseront jamais le faire. Ou quand ils sont en groupe, ils n'oseront pas ce que je fais là. J'ai une heure et demie voire deux heures de retard parfois. Ça marche parce que je suis un peu particulier. Les gens font avec. Mais évidemment des gens nouveaux qui arrivent, des gens qui sont jeunes avec leurs gamins, ils ne vont pas attendre deux heures. Donc est-ce qu'on est pas là à la limite de quelque chose ? Je pense que oui. »*

7.5.3. Proposer une thérapeutique alternative à l'hypnose

Un médecin, convaincu du bienfait de l'hypnose thérapeutique, exprime sa difficulté à proposer des thérapeutiques autres que l'hypnose à ses patients.

11 : *« C'est vrai que quand on est bien parti dans une démarche d'hypnose, moi dans ma journée quand un gamin rentre ou un bébé, il est en hypnose aussitôt, parce qu'on prépare ce qui va se*

faire plus tard, ou les fois d'après, et c'est vrai que c'est une démarche qui fait que je ne me pose plus de questions, c'est comme ça. Evidemment, ça me pose souci maintenant face à des malades qui ont des demandes que je ne vais pas satisfaire. Je ne vais pas donner un somnifère à partir du moment où l'hypnose fait dormir, donc je ne démarre plus de somnifères. Pour des troubles du sommeil, on fait une séance et puis c'est fini il n'y a plus de troubles. Donc bien évidemment il y a tout un tas de pathologies où être généraliste dans sa tête et ne pas vouloir faire autre chose que de faire de l'hypnose parce qu'on pense que c'est bien, ce n'est pas ce que le malade veut forcément, donc il y a un moment où on sent bien qu'il y a quelque chose qui est un peu délicat parce que les malades se disent tiens, il va me parler d'hypnose. Donc je n'impose pas aux malades de l'hypnose quand ils n'en veulent pas, mais je propose quand même l'outil. Parce que pour être honnête, c'est quand même un peu problématique. »

7.6. La reconnaissance des diplômes

La non reconnaissance par les autorités des diplômes formant à l'hypnose est également un frein à une pratique de l'hypnose plus diverse et plus répandue.

11 : *« C'est vrai que moi aujourd'hui, j'essaie de me battre, parce que c'est quand même un peu ça. Il faut reconnaître le côté réel et utile de l'hypnose. Effectivement c'est quelque chose, il faudrait que le diplôme soit reconnu comme les autres diplômes que l'on a que si on passe par la fac. Mais c'est aussi le reconnaître sur le plan financier. Ça ne change rien. Le diplôme universitaire que j'ai, il n'est pas reconnu par la fac. C'est pas sur ma plaque, c'est pas sur les cartes. C'est pour ça aussi qu'on est quand même très vite limité, c'est quelque chose qui commence à être enseigné à la fac, et on se retrouve sur nos plaques avec pas le droit de le mettre. »*

8. Evolution de la pratique

Plusieurs des médecins généralistes rencontrés s'interrogent sur la possibilité de ne pratiquer que l'hypnose dans un avenir proche. La principale raison évoquée est le désir d'avoir une activité plus calme et plus sereine. Les limites de cette évolution sont de ne plus pratiquer la médecine générale de base et l'aspect financier.

8 : *« Et puis de toute façon, ça va se faire : quand j'aurais fini de payer ma maison, j'irai m'installer comme psychothérapeute. Plus ou moins vite. Il faut compter encore six ans pour*

payer intégralement ma maison, mais ça va se faire plus ou moins vite, ça dépend. Je ferai les deux, psychanalyse et hypnose, en fonction de la demande. »

6 : « Il y a dix jours exactement, je me suis posée la question : "Et si tu faisais que ça ? " C'est la première fois. Alors les conditions de travail sont quand même euh... Hein, voilà. La profession est quand même très malade. Il ne faut pas dire ça aux jeunes, mais bon voilà. La profession est quand même très malade. Moi, j'ai fait un burn-out en 2007-2008. La surcharge, est-ce que c'est le boulot ? Parce que en fait le boulot nous prend énormément. Et quelque part on est quand même seul face à nos soucis. On est dans une solitude extrême. On va pas aller raconter sa détresse à des collègues, c'est pas possible. Donc en fait il faut avoir un réseau social privé qui soit costaud quand même et voilà c'est pas du tout du tout évident. [...] Alors j'ai fait un rapide calcul. Bah, actuellement je gagne plus que si je ne fais que de l'hypnose. Enfin, je gagne pas plus, mais je brasse plus. Alors après il faut voir le confort de vie, parce que si je fais que ça, j'aurai pas les gardes. Je brasse plus, mais je suis de week-end une fois ou deux par mois, j'ai pas de vacances, après je vais probablement payer plus d'impôts. Voilà, c'est un calcul à faire. [...] Pour l'instant, je ne suis pas encore mûre. Et je me suis dit bon c'est très très long de fabriquer un médecin, toutes les années gagnées sont normalement des gains d'expérience, c'est un peu dommage, alors après il y a ce que moi je supporte, ce que j'aime et ce que j'ai envie de faire. Mais ça n'empêche que c'est quand même très dommage, c'est vraiment du gâchis que de perdre ces compétences. Voilà, c'est du gâchis, parce que j'aurais mis toutes ces années à devenir compétente dans ce que je fais, et je vais aller faire autre chose ? Après, ça dépendra moi de mon état de vie, de ma façon de supporter les choses, etc. Si on complique la vie de généraliste au point qu'il n'ait plus envie de faire de médecine générale, si c'est une histoire de survie, oui, je bifurquerai. Mais là quand même voilà, le métier de généraliste est un métier passionnant. Si on fait que ça et qu'on nous enlève tout ce qui est chiant. Si on arrête de nous gaver... »

11 : « Je dirais que dans la médecine générale, c'est vrai, quand on est tout seul, on ne peut pas faire de l'hypnose. Pour en faire, il faut que vous preniez quelqu'un avec vous, ou être dans un cabinet avec du monde autour, ou alors avoir un étudiant qui est là en même temps que moi. [...] Oui, je pense que je ne vais finir que par faire ça, de l'hypnose, et traiter les problèmes d'addiction, c'est ce que je vais faire probablement. »

Deux des médecins rencontrés ont déjà franchis le pas. Le sentiment d'efficacité de l'hypnothérapie les a motivés à évoluer vers une pratique exclusive de l'hypnose.

13 : « Et puis en réalité, comme je trouvais ça tout à fait passionnant et efficace, j'ai choisi à un moment d'arrêter la médecine générale pour m'installer comme hypno-thérapeute. J'ai fait de plus en plus d'hypnose en médecine générale, là où était mon cabinet avant, et puis à un moment

j'ai cédé ma clientèle. C'était la passion, mais la passion sous-tendue par l'impression vraiment fantastique d'avoir découvert quelque chose d'extrêmement efficace. [...] Je me suis rendu compte que j'étais plus utile entre guillemets à la société et aux patients en arrêtant de prescrire du debridat ou du spasfon ou des trucs, et en me mettant à faire de l'hypnose à temps plein. Donc c'est ça qui m'a motivé pour arrêter et changer d'orientation. »

A l'inverse, plusieurs médecins souhaitent absolument conserver une activité de médecine générale qu'ils apprécient, en contrôlant la place laissée à l'hypnose au sein de la pratique.

4 : *« Oui, mais soigner des femmes enceintes et des enfants, c'est agréable c'est l'avantage de la médecine générale. Je fais beaucoup d'hypnose chez les femmes enceintes. Je trouve ça vraiment sympa. »*

3 : *« J'aime la médecine générale. Donc je n'ai pas envie que l'hypnose prenne une part trop importante. »*

9. Intérêts d'une initiation et/ou d'une formation universitaires à l'hypnose

La majorité des médecins rencontrés sont convaincus de l'utilité et de l'intérêt d'une information et d'une initiation à l'hypnose au cours du cursus universitaire. D'après eux, cela permettrait une meilleure connaissance de l'hypnose et de ses indications pour les médecins. Elle pourrait également être un outil permettant d'améliorer la communication entre les soignants et les patients, de façon générale.

Néanmoins, les médecins s'accordent tous sur le fait qu'approfondir sa pratique de l'hypnothérapie s'inscrit dans le cadre d'une démarche très personnelle, dépassant de loin le simple cadre de l'enseignement universitaire.

2 : *« Je regrette que ce ne soit pas enseigné à la fac. Je regrette qu'on n'ait pas plus de notions comme ça. On apprend encore, on enseigne encore aux infirmières et aux gens : "Attention, je vous pique". Mais c'est ce qui se dit encore. Là, il y a quelques jours, il y a le SAMU qui est venu chercher quelqu'un, un patient qui faisait un infarctus, et l'infirmière elle a dit, et c'est une jeune, de ton âge ou peut-être plus jeune, elle a dit : "Attention, je vous pique". Ça veut dire qu'on leur enseigne encore ça. Donc je pense que c'est dommage que ce ne soit pas plus enseigné. »*

4 : « Ce serait bien juste une initiation à la fac, juste pour savoir que ça existe, je crois que ce serait pas mal quand même. Mais tout l'enseignement psycho rétrécit. Alors que le centre anti douleur à l'hôpital fonctionne très très bien et que les consultations d'hypnose sont pleines. »

6 : « Je pense quand même, enfin je sais pas, je veux bien que les étudiants commencent à se former à l'hypnose, mais moi, il me semble quand même qu'il faut avoir une certaine assurance dans son job pour pouvoir se permettre d'amener l'hypnose en plus quoi. Moi, il me semble que l'hypnose d'accord, mais pas avant d'avoir éliminé, de ne pas passer à côté de quelque chose, voilà. Il me semblait qu'on avait rajouté des sciences humaines, des choses comme ça, mais c'est difficile. C'est toujours pareil, par où commencer ? [...] Je sais pas si c'est des cours qu'il faut, des cours de communication, ou si c'est aussi la nécessité de faire un travail sur soi. »

9 : « L'hypnose de spectacle, de cabaret, ça peut parasiter l'image qu'on a de l'hypnose médicale. Et donc, c'est important qu'il y ait un discours là où on parle de médecine de façon sérieuse, dans les facs et dans les instituts de formation continue. C'est important qu'ils s'approprient le sujet. »

11 : « Je suis persuadé que l'hypnose doit être à portée de la trousse d'urgence d'un médecin. Moi je trouverais normal qu'on enseigne l'hypnose à la fac, comme un outil avec un module d'une dizaine ou vingtaine d'heures pour un certain nombre de gestes. Et après les gens pourraient aller un petit peu plus dedans si ils veulent. Car ce n'est pas banal d'intégrer ça dans sa pratique. »

7 : « J'aimerais bien enseigner l'hypnose. On a toujours envie de partager nos expériences. »

Discussion

Devant la richesse et l'étendue des résultats des entretiens réalisés, nous avons choisi de ne pas discuter un par un chaque résultat énoncé. Nous avons préféré mettre l'accent sur les éléments qui nous apparaissaient les plus importants, en les regroupant en plusieurs thèmes et grandes questions.

1. Aspects méthodologiques

1.1. Le choix de la méthode

L'hypnose médicale est une pratique originale en médecine générale. Notre enquête cherche à appréhender les apports de l'hypnose médicale en médecine générale. Ainsi, pour mieux comprendre l'appropriation et l'application de cette pratique par les médecins généralistes, il était nécessaire de recueillir leurs perceptions. Il nous paraissait essentiel de laisser les médecins s'exprimer librement sur leur pratique.

Nous avons choisi une approche qualitative par entretiens semi-directifs. Cette technique permet d'aborder et de révéler les thématiques majeures, mais n'est ni exhaustive ni strictement représentative de la population étudiée. Nous avons interrompu l'enquête au treizième entretien. Des entretiens supplémentaires n'auraient apporté que très peu d'éléments nouveaux. (66)

1.2. Les forces de la méthode

Cette méthode, largement utilisée dans les sciences humaines, permet de recueillir des informations riches et variées sur les médecins rencontrés.

L'entretien a l'avantage de permettre à la personne interviewée de structurer elle-même sa pensée et d'énoncer un discours de narration mais aussi d'opinion. Il s'intéresse à l'individu, à sa façon de percevoir le monde, à ses croyances et à ses représentations. Il donne un accès direct au vécu et au ressenti de la personne interrogée.

1.3. Les limites de la méthode

1.3.1. Le nombre et le choix des participants

Bien qu'il s'agisse d'une étude qualitative, le faible nombre de participants limite la portée de la discussion et des conclusions.

Il n'y a pas de recensement officiel des médecins pratiquant l'hypnose. Il nous est donc impossible de savoir si la sélection faite est représentative de cette population.

1.3.2. La subjectivité du chercheur

L'entretien établit un rapport direct entre l'enquêteur et la personne interrogée. Ce lien peut influencer sur les réponses de la personne rencontrée en raison des opinions, des recherches préparatoires, et des présupposés du chercheur sur le sujet. Le chercheur doit donc s'efforcer d'éviter de donner son avis afin de ne pas troubler la discussion.

Par ailleurs, la pratique de l'hypnose par l'enquêteur lui-même, connue des participants, peut avoir influencé certains des échanges.

2. Intérêts, connaissances et croyances des médecins généralistes à propos de l'hypnose médicale

Pour tous les médecins généralistes rencontrés lors de notre enquête, leur premier contact direct avec la pratique de l'hypnose médicale s'est fait par hasard (13 : « *On pourrait dire par hasard.* »), et le plus souvent hors du cadre universitaire. En effet, seuls deux des médecins rencontrés ont eu l'occasion d'observer l'usage de l'hypnose au cours d'un stage lors de leur cursus de formation.

Avant ce premier contact inattendu, les médecins ne s'étaient pas ou très rarement intéressés à l'hypnose thérapeutique et n'avaient reçu que très peu voire aucune information sur ce sujet. Leurs connaissances de l'hypnose étaient peu précises. Leurs fausses croyances suscitaient une certaine méfiance envers la pratique de l'hypnose : certains ont exprimé un sentiment de « peur ».

Ainsi s'expriment les médecins suivants :

3 : « *Avant je ne connaissais pas l'hypnose comme ça. Je connaissais l'hypnose de spectacle, bien sûr.* »

6 : « *Il faut avouer quand même, je pense le mot hypnose nous faisait peur.* »

Ceci semble comparable aux autres médecins en général.

Lors de l'annonce de leur pratique de l'hypnose thérapeutique à leur entourage professionnel, l'accueil réservé par les confrères rejoint cet état de faits. Les réactions des confrères sont très partagées, allant d'un intérêt marqué (10 : « *L'accueil est favorable* », 2 : « *Ils sont toujours*

intéressés ») à la méfiance, la suspicion, voire l'opposition franche (5 : « *Très suspicieux* », 11 : « *Il y a encore quelques confrères réfractaires* »). On peut supposer que ces attitudes suspicieuses et méfiantes sont en partie liées à un manque d'information et de connaissances sur l'hypnose. De plus, les médecins de l'enquête ont constaté une amélioration progressive des connaissances, des perceptions et de l'intérêt de leurs confrères vis-à-vis de l'hypnose et une régression de leurs réticences à propos de cette technique. Ceci est probablement lié à une meilleure information de ces confrères environnants, à l'occasion d'échanges et de discussions avec les médecins de notre enquête qui expliquent volontiers les résultats positifs qu'ils ont obtenus auprès des patients à leurs confrères. On peut émettre également l'hypothèse que les retours positifs des patients ayant utilisé l'hypnose chez un autre médecin que leur médecin traitant habituel participent également à une meilleure information et contribuent à diminuer la réticence de ces derniers.

Notre enquête montre que le profil des connaissances et des fausses croyances des médecins généralistes est donc très varié et évolutif.

Plusieurs études ont précédemment exploré l'intérêt, les connaissances et les fausses croyances des médecins généralistes à propos de l'hypnose et ont montré des profils très divers à ce sujet. Une étude américaine (67), effectuée en 1996 rapporte que 40% des médecins interrogés ne savent pas expliquer aux patients quelles sont les indications de l'hypnose en médecine et que 50% des médecins ont des fausses croyances. Une enquête française (68), réalisée en 2007 auprès de médecins généralistes de la région parisienne retrouve des résultats similaires : 44% des médecins interrogés ont une connaissance réduite de l'hypnose et 45% des médecins énoncent des fausses croyances. Dans cette même enquête, 18% des médecins se déclaraient très intéressés par l'hypnose comme outil thérapeutique, et 57% souhaitaient approfondir leurs connaissances à titre d'information sur le sujet.

Dans notre enquête, ce premier contact avec l'hypnose marque de façon positive les médecins, par sa prise en charge originale et efficace des patients. Cette rencontre est génératrice d'une réflexion conduisant les médecins à se former à l'hypnose à plus ou moins long terme. Au-delà de cette découverte positive de l'hypnose, existe-t-il également une réceptivité augmentée de ces praticiens à se former à l'utilisation de l'hypnose ? Pour quelles raisons ? En effet, plusieurs médecins expriment leur insatisfaction vis-à-vis des outils classiques universitaires à leur disposition. De même, on constate que plusieurs d'entre eux s'intéressent ou sont déjà formés à des techniques complémentaires dites de « médecine douce », comme l'ostéopathie, l'acupuncture ou l'homéopathie (12 : « *J'étais plutôt orientée ostéopathie, homéopathie* »). Il serait intéressant

d'effectuer un travail complémentaire pour explorer plus précisément le profil des médecins généralistes se formant à l'hypnose.

3. La modification de la dynamique relationnelle entre le soignant et le patient

3.1. Le soignant et la communication ericksonienne

Dans notre enquête, les médecins rapportent avoir acquis progressivement un nouveau langage et donc une nouvelle pensée, avec une nouvelle vision du monde et des soins, au cours de leur apprentissage puis de leur pratique de l'hypnose médicale comme le résume le médecin 5 : *« Beaucoup de médecins qui ont fait la formation d'hypnose ne ressortent pas indemnes Beaucoup disent : "Ça a changé quelque chose en moi". Même ceux qui ne pratiquent pas l'hypnose formelle, ils ne travaillent pas du tout pareil après »*. Ils appliquent spontanément ce langage dit ericksonien dans toutes leurs consultations (9 : *« On acquiert pendant la consultation presque sans s'en rendre compte un langage ericksonien »*). Pour eux, ce langage consiste principalement à utiliser des mots flous et des suggestions positives, en s'adaptant au système de représentations et de croyances du patient.

Les différents médecins rencontrés témoignent que cette nouvelle approche modifie profondément et positivement la communication entre eux et leurs patients. Les changements de langage, d'expressions et d'attitudes introduits rendent la communication plus efficace sur un plan diagnostique et thérapeutique, en apportant des messages plus aptes à être entendus par les patients dans leur cadre de référence. C'est ce que décrit le médecin 9 : *« Et c'est beaucoup plus puissant, ça marche chez tout le monde, on se comprend mieux. »*

Cela facilite également l'examen clinique, notamment chez les enfants, comme le souligne le médecin 2 : *« J'ai beaucoup plus de facilités à examiner les enfants, c'est vraiment très agréable »*. De ce fait, la consultation devient plus agréable pour tout le monde. Les patients expriment leur satisfaction d'être entendus. Les soignants, quant à eux, décrivent un meilleur confort professionnel.

Cet aspect de la relation patient-médecin apporté par l'hypnose est particulièrement intéressant.

En effet, avec le développement des connaissances et des technologies, la médecine est devenue une véritable discipline scientifique, de plus en plus spécialisée et technique. Cette spécialisation de la médecine a tendance à oublier et à négliger l'homme derrière le patient. Elle amène à une

vision d'un homme morcelé selon l'anatomie, les pathologies et les spécialités. Par ailleurs, la communication, compétence essentielle que doivent maîtriser les médecins, occupe encore peu de place dans l'enseignement. L'art de communiquer repose en grande partie sur « l'expérience » du soignant.

70 à 80% des plaintes et des poursuites judiciaires en matière médicale sont estimées être liées à des problèmes de communication et de relation entre le médecin et le patient (69). Cet état de faits montre qu'il est indispensable de ne pas perdre le sens et l'importance de la relation médecin-patient dans le processus de guérison.

La pratique de l'hypnose, en s'inscrivant pleinement dans un modèle de soins centré sur la qualité de relation médecin-patient, prend tout son sens ici.

3.2. Le patient acteur de sa santé

Un autre point abordé par les médecins interviewés est la modification du rôle et de la position du patient engendrée par la pratique de l'hypnose thérapeutique.

L'objectif de la technique hypnotique est d'ouvrir un espace de plus grande liberté, où le patient peut entrer en relation avec ses apprentissages et ses ressources intérieures, pour résoudre à sa façon un problème donné. Cette approche permet au patient de devenir autonome, c'est-à-dire responsable et acteur de sa santé, accompagné par le soignant. Le médecin 9 le décrit ainsi : « *C'est LE patient qui prend en charge sa vie, sa santé, en nous on va l'aider. Et ça, ça change tout.* »

Les médecins expliquent que l'autonomie progressivement acquise par le patient rend la relation thérapeutique plus agréable. En effet, ils observent que le patient, responsabilisé, devient plus apte à gérer lui-même ses problèmes de santé et consulte de façon plus appropriée. Cela permet de soulager la charge de travail du soignant ainsi que la tension exercée sur le soignant par certaines attentes inappropriées et exigeantes des patients sur le plan de l'immédiateté. Voici ce que dit le médecin 9 à ce propos : « *Ils sont plus autonomes, moins exigeants, moins dans l'immédiateté, moins à vouloir un médecin tout de suite, moins consultants pour un bobo, etc. Moins exigeants, en fait, parce que étant plus capables d'aller chercher dans leurs ressources, ils essaient de tempérer. Donc ça fait une relation plus tranquille, plus apaisée. Pour eux, c'est un plus, et pour moi aussi.* »

Les médecins évoquent également un sentiment de libération (6 : « *Je ressentais ça comme une grande libération.* »). Le patient qui devient autonome se réapproprie son corps, ses symptômes et son histoire de vie. De ce fait, les médecins ne portent plus le patient et son histoire, mais

l'accompagne dans sa démarche de guérison. Ceci conduit à la mise en place d'un juste équilibre du rôle et de la position de chacun dans la relation thérapeutique, bénéfique pour chaque intervenant. Le médecin n'est plus l'unique responsable de la réussite ou de l'échec de la guérison du patient : la volonté propre du patient participe au processus de guérison, comme l'explique le médecin 12 : « *On est responsable du traitement qu'on prescrit, on est responsable de la technique qu'on utilise. Mais on n'est pas responsable de ce qu'en fait le patient et de son résultat. C'est pas à nous de porter l'échec, ce n'est pas à nous de porter la gloire non plus.* »

La relation médecin-malade a beaucoup évolué au cours des dernières décennies, passant du modèle paternaliste à celui de l'autonomie. (70-71)

Pendant très longtemps, l'approche paternaliste des médecins a dominé la relation médecin-malade, fondée sur le principe de bienfaisance. Le médecin exerçait un pouvoir de type autocratique, laissant peu ou pas de place au contrôle exercé par le patient. Le développement des sciences a renforcé ce pouvoir du médecin en lui conférant une légitimité scientifique.

A cette conception paternaliste s'oppose le principe d'autonomie, qui cherche à inscrire la relation médecin-malade dans un rapport d'égalité. La consultation a pour but de permettre au malade de recueillir le maximum d'informations pour se déterminer. La valeur première, ici, n'est pas pour le médecin, de faire le bien du patient mais de respecter sa liberté et sa dignité d'être qui prend lui-même les décisions sous couvert d'une négociation contractuelle. (70)

Depuis une trentaine d'années se propage une approche centrée sur le patient, qui insiste sur la coopération médecin-patient. L'accès des patients à des connaissances médicales via Internet, ainsi que le « droit » des patients renforcent cette évolution. Le développement des technologies améliore l'information des patient en facilitant l'accès et le partage des données. Mais il n'assure ni la coopération médecin-patient, ni la qualité de la communication soignant-soigné.

Depuis environ dix ans apparaît une nouvelle conception multidisciplinaire des soins centrée sur la relation et une communication de qualité, visant à une plus grande autonomisation du patient.

La pratique de l'hypnose ericksonienne, par sa force et sa forme de communication, apparaît très intéressante dans cette évolution de la relation médecin-patient : sa conception dépasse la traditionnelle vision d'une médecine paternaliste où le médecin est tout-puissant et « le sauveur » de son patient en renforçant l'autonomie du patient, sans pour autant s'opposer aux principes de bienfaisance et de bienveillance.

4. Les techniques de travail hypno-thérapeutique

Le choix des techniques d'induction et du travail hypno-thérapeutique renforce le processus d'autonomisation du patient.

4.1. Les techniques d'induction

On remarque dans notre étude une préférence marquée des médecins à utiliser l'accompagnement dans un bon souvenir comme technique d'induction. Tous les médecins de l'enquête citent cette technique, et certains l'utilisent même exclusivement. Le médecin emploie ce que le patient sait faire, c'est-à-dire se remémorer volontairement un souvenir agréable, comme ressource. Le médecin 2 dit à ce propos : « *Je pars toujours sur un bon souvenir. Parce que c'est eux qui nous le donnent.* »

Une étude française (72), réalisée en 1997 et basée sur une méthode quantitative, s'est intéressée à la pratique usuelle de l'hypno-thérapie en médecine générale. Elle montre également cette préférence à utiliser l'accompagnement dans le bon souvenir : cette technique est la première choisie, et représente la moitié des inductions hypnotiques de cette étude.

Cela illustre bien le respect et l'utilisation des fonctionnements intrinsèques de la personne, propre à l'hypnose ericksonienne.

4.2. Les techniques au cours de la transe hypnotique

Le travail hypno-thérapeutique proposé par les médecins de notre enquête repose essentiellement sur l'utilisation des métaphores, permettant une communication à multiples niveaux entre le thérapeute et le patient, comme l'explique le médecin 4 : « *J'utilise beaucoup les métaphores. J'aime. Il (le patient) prend ce qu'il veut.* »

L'étude française (72) quantitative citée précédemment va dans le même sens : les métaphores sont utilisées dans plus de la moitié des cas.

4.3. L'auto-hypnose

Les médecins rencontrés citent presque tous l'utilisation de l'auto-hypnose auprès de leurs patients. L'auto-hypnose est considérée comme une technique fondamentale, intégrée dans la prescription de tâche si chère à Milton H. Erickson. D'ailleurs, plusieurs médecins de notre

enquête privilégient cette technique en l'utilisant exclusivement, dans un désir d'autonomie et d'indépendance du patient vis-à-vis du soignant (7 : « *J'apprends l'auto-hypnose au patient pour qu'il soit indépendant.* »). L'accent est mis sur le patient acteur de sa santé comme le dit le médecin 13 : « *Avec l'auto-hypnose, d'un point de vue éthique, c'est intéressant de pouvoir dire aux gens : "VOUS avez la capacité de vous soigner, et c'est pas le médecin qui doit forcément vous soigner".* »

Toujours dans cette même étude française (72), l'entraînement à l'auto-hypnose est prescrit dans un tiers des cas.

Ceci montre que l'hypnose est considérée comme une ressource naturelle d'auto-guérison.

Notre enquête se limite à l'appréciation subjective des médecins par rapport à l'utilisation, le choix et l'efficacité des différentes techniques.

L'étude française réalisée en 2007 visait à décrire la pratique usuelle de l'hypnose ericksonienne de quatre médecins généralistes et ne prétendait pas apporter une quantification formellement irréprochable et représentative de cette pratique.

Des travaux complémentaires à plus large échelle seraient intéressants pour quantifier les différentes techniques et leur efficacité thérapeutique en s'attachant à l'appréciation objective des résultats obtenus chaque fois que celle-ci est possible. Mais un tel projet peut se heurter à des difficultés méthodologiques importantes du fait même que la pratique hypnotique est avant tout une relation à l'autre et une approche particulière de la nature humaine.

5. L'épanouissement des médecins généralistes

5.1. L'épanouissement professionnel des médecins généralistes

Un des points importants souligné par les médecins dans notre enquête est incontestablement leur épanouissement professionnel. Les qualificatifs utilisés par les médecins pour définir la pratique de l'hypnose sont nombreux. Celle-ci est considérée comme « *un art* » (médecin 1), un acte « *inventif et créatif* » (médecin 9) générateur de surprises multiples, contrastant avec la possible monotonie de l'exercice médical routinier. Cette « *philosophie de vie* » exprimée par le médecin 5, basée sur l'apprentissage de la confiance, et synonyme de « *relation harmonieuse* » (médecin 9) entre le soignant et le patient, est source de plaisirs et d'enrichissements multiples pour le professionnel qui exprime son « bonheur » réel à aller

travailler. Les médecins déclarent à ce propos : « *J'adore mon métier !* » (médecin 5), « *Je fais ça pour le plaisir.* » (médecin 7), « *C'est très enrichissant.* » (médecin 4).

Ce bien-être et ce confort professionnels sont liés essentiellement à un sentiment de valorisation de leur travail (médecin 9 : « *C'est beaucoup plus valorisant.* »). En effet, l'hypnose thérapeutique est un outil efficace avec lequel les médecins se sentent armés face aux demandes des patients, comme l'analyse le médecin 9 : « *On se sent armé, c'est important.* » . Le médecin 1 rajoute : « *C'est intéressant à utiliser lorsqu'on est dans une impasse thérapeutique avec les méthodes classiques.* » La pratique de l'hypnose permet aux médecins d'élargir leurs possibilités thérapeutiques et d'agir plus directement et plus particulièrement sur des pathologies chroniques et psychosomatiques qui sont comme une énigme posée aux soignants comme l'explique le médecin 13 : « *Ce qui m'a intéressé dans l'hypno-thérapie, c'était la capacité de guérir les maladies psychosomatiques, et non plus de les soigner et d'apporter des soins qui ne changeaient rien* ». L'hypnose est aussi pour les médecins une voie d'accès possible à des phénomènes inconscients responsables de la chronicité et des automatismes nocifs. Cette méthode apporte aux médecins un moyen de proposer une prise en charge plus globale à leurs patients.

Par cet outil efficace, les médecins se sentent utiles, rassurés, et satisfaits de leur pratique et de leurs relations avec les patients. Leur satisfaction résulte de l'observation d'une amélioration de l'état de santé de leurs patients et du sentiment que « *les choses bougent enfin dans le bon sens* » (médecin 3). Le médecin 13 s'exprime ainsi : « *Cela m'apporte la sérénité par l'efficacité* ».

Le sentiment de relation harmonieuse ressenti par les médecins avec leurs patients est gratifiant. La satisfaction des soignants est également renforcée par les retours positifs des patients qui expriment directement aux soignants leur reconnaissance et leur satisfaction suite à l'amélioration de leur santé et à la résolution de leurs problèmes : « *Ils sont satisfaits et ils vous le disent.* » (médecin 9).

Comme nous l'avons dit précédemment, notre enquête s'est intéressée uniquement à l'appréciation subjective des médecins. Les médecins se déclarent globalement satisfaits de leur pratique. Nous n'avons pas cherché à faire la distinction entre la satisfaction due au résultat lui-même (l'efficacité thérapeutique et l'amélioration de l'état de santé du patient) et la satisfaction liée à l'appréciation de la relation médecin-patient. Il serait intéressant d'approfondir cet aspect de l'enquête et d'évaluer plus objectivement l'épanouissement professionnel des médecins. Il serait également intéressant de comparer l'épanouissement professionnel lié à la pratique de l'hypnose à celui lié à l'exercice général de la médecine générale, mais aussi à d'autres spécificités de pratique rencontrées en médecine générale.

5.2. L'épanouissement personnel des médecins généralistes

Les médecins de l'enquête ont évoqué avec pudeur leur bien-être personnel qui fait écho à leur épanouissement professionnel. On constate que l'enseignement de l'hypnose n'est pas une simple accumulation de connaissances. Il suscite également des changements positifs de repères et de paradigme, tant dans la sphère professionnelle que privée. Cela modifie les soignants et leurs connaissances sur eux-mêmes. Ainsi s'exprime le médecin 1 : « *Je suis complètement transformé, c'est bouleversant.* » mais aussi le médecin 2 : « *Ça m'a apporté beaucoup personnellement, je suis plus serein.* »

Le bien-être personnel des médecins se traduit par une meilleure connaissance d'eux-mêmes et une meilleure gestion de leurs affects et de leurs problèmes. Ils mettent à profit cet enseignement pour leur famille et leurs proches.

L'épanouissement personnel des médecins généralistes contribue probablement à améliorer leur pratique professionnelle et leur efficacité thérapeutique.

5.3. La pratique de l'hypnose : un moyen de prévention contre le burn-out des médecins généralistes ?

Cet épanouissement professionnel interpelle dans un contexte où l'on entend fréquemment du burn-out des médecins généralistes. Une étude française récente publiée en 2009 révèle que 47% des médecins généralistes présentent un niveau d'épuisement émotionnel élevé. (73)

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel est défini comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». (73) L'épuisement émotionnel est la dimension la plus sensible aux stressors de l'environnement ; c'est avec elle que s'enclenche le burn-out. La dépersonnalisation est un mécanisme d'adaptation inadéquat du soignant face à l'épuisement de ses ressources internes, en développant des attitudes impersonnelles envers les personnes dont il s'occupe. La réduction de l'accomplissement personnel renvoie à la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité.

Le burn-out a des conséquences négatives pour la santé des médecins généralistes en induisant des conduites addictives (74). Il a aussi des conséquences négatives pour la relation de soins. Les médecins atteints du syndrome d'épuisement professionnel répondent moins aux questions des patients, les négligent davantage, ne discutent pas les différentes options de traitement et

commettent des erreurs qu'on ne peut attribuer à leur manque de connaissance ou d'expérience.
(75)

Les causes de burn-out sont multiples. La charge de travail et les multiples contraintes administratives sont sources de stress chez les médecins généralistes. Mais une des causes majeures de burn-out est l'existence pour le médecin de relations difficiles et exigeantes émotionnellement avec les patients.

Le syndrome d'épuisement émotionnel des soignants est avant tout une pathologie de la relation « qui pose le problème éthique de la relation d'aide. Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même ? » (76)

L'hypnose apporte une réflexion intéressante à propos de l'impact de la composante relationnelle dans le burn-out.

En effet, dans notre enquête, les médecins révèlent que l'hypnose permet une relation harmonieuse avec leurs patients, source de plaisir, de confort et de sérénité pour le soignant.

Cette relation harmonieuse est liée à plusieurs éléments.

- La gestion des affects du médecin par les techniques d'auto-hypnose.

Les médecins appliquent également pour eux-mêmes les techniques d'auto-hypnose qu'ils ont apprises. Cela leur permet, en consultation, une meilleure gestion et une meilleure maîtrise de leurs propres émotions et affects envers les patients. Par exemple, grâce aux techniques d'auto-hypnose, le soignant a la capacité de gérer l'agressivité ressentie et reçue d'un patient sans générer lui-même en retour de l'agressivité envers ce patient, évitant ainsi l'engendrement d'une spirale d'agressivité néfaste dans la relation de confiance. (médecin 4 : « *Quand je commence à me sentir agressée, je fais ça et le soufflé retombe. Tout de suite, tu es mieux.* »)

De plus, les techniques d'auto-hypnose aident le soignant à gérer ses affects personnels de la sphère privée, évitant leur interférence en consultation. (médecin 2 : « *Je fais de l'auto-hypnose pour moi quand je sens que j'en ai besoin.* »)

- La protection du médecin.

Le soignant, de par la spécificité de son métier, est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques, émotionnelles. La répétition de ces problématiques engendre une multitude de microtraumatismes émotionnels auxquels le soignant peut faire face en allant chercher ses propres ressources intérieures en auto-hypnose. (médecin 10 : « *Les techniques d'auto-hypnose me permettent de mieux gérer certaines situations.* »)

L'hypnose thérapeutique, comme nous l'avons vu précédemment, modifie la relation du médecin avec le patient. Le patient acquiert son autonomie en se réappropriant son corps et son histoire. Cela libère le médecin, qui n'est plus celui qui porte, mais celui qui accompagne.

De plus, une des spécificités de la technique hypnotique lors d'une séance d'hypnose formelle est d'apporter au patient un moyen de gérer ses problèmes à l'intérieur de lui-même sans nécessité de tout verbaliser. Ceci accentue la libération du médecin d'une partie de l'histoire du patient qui appartient au patient seul. Les médecins de notre enquête apprécient cet aspect protecteur qui leur permet d'être moins parasités dans leur vie personnelle par les histoires des patients. Le médecin 9 résume très bien cet aspect positif : *« J'ai pas besoin de savoir toute leur histoire. Alors ça me protège. Parce que ça me permet de ne pas savoir tous les détails de la vie de la personne, ça permet qu'elle ne fasse pas remonter toutes ses émotions à la surface. Et donc, les choses lui appartiennent. [...] C'est beaucoup plus léger, beaucoup plus facile. On ne porte pas les cas, beaucoup moins. Moi, depuis que je fais de l'hypnose, j'emporte beaucoup moins les cas de mes patients à la maison. Le risque, quand même, pour le soignant, c'est d'être parasité dans sa vie personnelle avec les cas des patients. Je trouve que le fait d'avoir l'hypnose, on les a beaucoup moins. Parce qu'on leur demande d'aller à l'intérieur d'eux pour gérer ce qu'ils ont à gérer. »*

La pratique de l'hypnose est peut-être une piste intéressante dans la prévention du burn-out des médecins généralistes en agissant sur sa composante relationnelle, en améliorant la communication et la relation du médecin avec ses patients.

Il serait intéressant d'effectuer un travail de recherche plus approfondi sur ce sujet pour explorer cette hypothèse.

6. L'hypnose : un outil adapté à la médecine générale ?

Pour répondre à cette interrogation, nous avons repris point par point différents éléments de définition de la médecine générale proposés par l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). (77)

- **« La médecine générale est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. »**

Ressource première et essentielle, la médecine générale couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette approche montre les nombreuses facettes de la discipline ainsi que l'opportunité de leur utilisation dans la gestion des problèmes individuels.

L'hypnose thérapeutique y répond sur plusieurs points.

Nous avons vu que l'hypnose médicale est accessible à quasiment toute personne le souhaitant. La seule limite évoquée par les médecins est le sujet présentant un épisode psychotique aigu ou ayant un traitement neuroleptique conséquent.

Les médecins de l'enquête citent de très nombreuses indications pour lesquelles ils utilisent l'hypnose comme le décrit le médecin 9 : *« Ça peut être pour des problèmes d'insomnie, de stress, d'angoisse, de dépression, de psycho-traumatisme, d'attaque de panique, mais aussi de douleur chronique, de migraine, d'allergie, d'asthme, de préparation à l'accouchement, d'arrêt du tabac, d'arrêt de l'alcool. Il y a énormément d'indications puisque c'est un outil. Finalement, on peut l'utiliser pour ce qu'on veut. Si on a envie, si le patient et le médecin sont d'accord. »*. Parmi ces indications, les seuls items insomnie, algies, anxiété et troubles dépressifs font partie des vingt motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. (72)

- **« La médecine générale développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. »**

La médecine générale ne se réduit pas à traiter une pathologie impersonnelle ou un « cas ». Elle s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie. Le patient est le point de départ du processus. Comprendre comment le patient appréhende la maladie est tout aussi primordial que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne, avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins.

Nous avons vu que l'hypnose thérapeutique est avant tout une technique centrée sur la personne : *« elle permet de s'occuper de la personne »* (médecin 9). Les médecins, en pratiquant l'hypnose, utilisent de façon adaptée les ressources propres du patient qui sont en lien avec ses croyances, ses attentes et ses besoins. La pratique de l'hypnose s'intègre donc totalement à ce point de la définition de la médecine générale.

- **« La médecine générale utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. »**

Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste contribue à l'histoire qui évolue. Chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique.

Les médecins de l'enquête ont mis en avant la communication et la relation de confiance entre le soignant et le patient lors des entretiens. Par l'apprentissage puis la pratique de l'hypnose thérapeutique, ils ont acquis progressivement un langage ericksonien qui utilise les mots flous, les métaphores, les suggestions positives et le cadre de référence du patient. Par leurs changements de langage, d'expression et d'attitude, les médecins améliorent la communication avec le patient, plus efficace sur un plan thérapeutique en apportant des messages plus aptes à être entendus par le patient, comme nous l'avons déjà décrit précédemment.

- **« La médecine générale gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. »**

La médecine générale doit gérer tous les problèmes de santé individuels des patients. Souvent le médecin prend en charge des problèmes multiples, et ne se limite pas à la prise en charge de la maladie présentée.

Un des apports positifs de l'hypnose rapporté par les médecins est la possibilité, par cet outil, de répondre aux demandes des patients par une prise en charge globale de l'individu.

Voici l'analyse du médecin 9 à ce sujet : *« Je pense que c'est spécialement adapté à la médecine générale parce que c'est une médecine globale de l'individu. Et justement, l'hypnose, c'est une technique qui est globale aussi, c'est un outil qui prend en charge la globalité du patient. »*

- **« La médecine générale favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention efficace et appropriée. »**

Les interventions doivent être appropriées et efficaces, pour ne pas gaspiller les ressources précieuses du système de santé.

La pratique de l'hypnose est un outil thérapeutique supplémentaire à la disposition du médecin au sein de tout son arsenal thérapeutique. Avoir plusieurs outils différents permet au médecin d'utiliser l'outil qui lui semble le plus approprié et le plus adapté en fonction du problème et de la demande du patient. Le médecin 2 le résume ainsi : *« Je prends ça comme une thérapeutique en plus, dans mon arsenal. J'ai mon outil allopathique, j'ai mon outil homéopathique, et j'ai mon*

outil hypnotique. C'est les gens qui choisissent. Le meilleur traitement, c'est celui que les gens vont accepter. »

- **« La médecine générale a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. »**

La médecine générale reconnaît sa responsabilité envers le patient à titre individuel et de manière plus large envers la communauté pour la prise en charge des soins de santé.

Dans notre enquête, les médecins constatent généralement qu'ils prescrivent moins de traitements anti-dépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques au long cours ou dans des situations aiguës. Le médecin 4 explique : *« Je prescris beaucoup moins de neuroleptiques, anxiolytiques, anti-dépresseurs. Des hypnotiques, j'en prescris quasiment jamais. Je n'initie quasiment plus jamais de traitement anti-dépresseur ou anxiolytique »*. Ils s'aperçoivent également que l'amélioration d'une pathologie chronique ou du bien-être général du patient réduit le nombre de consultations (médecin 13). Il s'agit d'une appréciation subjective de la part des médecins. Ce facteur mériterait d'être approfondi et quantifié au cours d'études complémentaires.

En effet, 79% des consultations de médecine générale comportent une prescription médicamenteuse (78). La réduction éventuelle de cette prescription et donc des coûts, est intéressante pour le patient mais aussi pour la communauté en terme de santé publique.

- **« La médecine générale répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »**

La reconnaissance et la prise en compte simultanée et adéquate de toutes ces dimensions est importante. Ces différentes dimensions influent sur les comportements face à la maladie et les modes d'évolution des pathologies. Les interventions qui ne s'attaquent pas à la racine du problème sont source d'insatisfaction pour le patient.

A diverses reprises au cours de notre enquête, nous avons vu que l'hypnose est un outil permettant une prise en charge globale de la personne par le biais d'une communication thérapeutique adaptée au cadre de référence du patient.

L'hypnose thérapeutique apparaît donc être un outil intéressant et adapté à la médecine générale sur des points essentiels en apportant une approche thérapeutique à la fois globale et centrée sur la personne et une relation efficace entre le médecin et le patient.

7. Intérêts d'une formation universitaire systématique de l'hypnose

Dans notre enquête, la très grande majorité des médecins se sont formés dans des centres privés. Un seul des médecins a eu accès à une formation universitaire. Cela semble logique : actuellement, une seule formation universitaire est proposée en France depuis 2002.

Les praticiens rencontrés affirment tous l'utilité de développer une formation à l'hypnose au cours du cursus universitaire. L'hypnose thérapeutique est pour eux un outil indispensable à connaître en médecine générale, essentiellement pour ses apports bénéfiques dans la communication et la relation thérapeutique.

Une information donnée à tous les étudiants permettrait une meilleure connaissance des indications et contre-indications de l'hypnose et éviterait le poids néfaste des idées reçues à son propos. « *Ce serait bien, une initiation à la fac, juste pour savoir que ça existe* » déclare le médecin 4.

De plus, cette approche permettrait dès la formation initiale de mettre l'accent sur l'importance de la communication dans la relation médecin-malade : « *je regrette que ce ne soit pas enseigné à la fac, je regrette qu'on n'ait pas plus de notions comme ça* » dit le médecin 2 à propos de la communication. Même si les médecins n'ont pas l'intention de pratiquer l'hypnose, le fait d'en apprendre les bases pourrait permettre aux futurs médecins d'être mieux à l'écoute des plaintes de leurs patients.

De même, l'observation, lors de la pratique de l'hypnose, d'une éventuelle diminution des coûts liés aux prescriptions médicamenteuses, de par son intérêt dans la gestion médicale de la santé, est un argument qui peut justifier que l'étude des techniques de communication inter-personnelle, et donc de l'hypnose, soit intégrée à la formation des médecins généralistes.

Une information précoce donnée à l'université pourrait permettre également d'apporter des éléments de réflexion à certains qui choisiront ensuite, dans le cadre d'une démarche personnelle, d'effectuer une formation plus approfondie à la pratique de l'hypnose. Le médecin 11 le résume ainsi : « *je suis persuadé que l'hypnose doit être à portée de la trousse d'urgence d'un médecin. Je trouverais normal qu'on enseigne l'hypnose à la fac, comme un outil avec un module d'une dizaine ou vingtaine d'heures pour un certain nombre de gestes. Et après les gens pourraient aller un petit peu plus dedans si ils veulent.* »

Par ailleurs, une des limites évoquées par les médecins est l'absence de reconnaissance officielle de cette pratique, ce qui freine son utilisation médicale en dehors du cadre hospitalier

(médecin 11 : « *J'essaie de me battre. Il faudrait que le diplôme d'hypnose soit reconnu comme les autres diplômes* »). Les médecins soulignent l'importance de leur statut professionnel qui rassure les patients à propos de l'utilisation de cette technique.

L'absence de réglementation quant à la pratique de l'hypnose en France fait que tout individu peut s'auto proclamer hypno-thérapeute, qu'il soit un professionnel de santé ou non. Il serait bénéfique pour la discipline et pour les patients d'organiser la pratique de l'hypnose pour que seuls les médecins ou tout autre professionnel de santé ayant suivi une formation rigoureuse soient autorisés à pratiquer l'hypnose. Cela permettrait également de référencer les différents professionnels de santé pratiquant l'hypnose, de façon à ce que les patients qui pourraient bénéficier de cette approche thérapeutique soient adressés plus facilement au professionnel correspondant suivant leurs besoins.

Le développement d'une formation universitaire pourrait-il amener progressivement à cette réglementation et à une reconnaissance de l'hypnose ? L'hypnose pourra-t-elle un jour faire l'objet d'une mention spécifique à l'ordre des médecins, au même titre que l'acupuncture ou l'ostéopathie ?

Conclusion

L'hypnose s'inscrit dans une vision globale et pluridisciplinaire dont le premier objectif est le bien-être du patient. Technique accessible à tout soignant, elle a sa place dans le champ de la médecine moderne.

Son utilisation est particulièrement pertinente et adaptée à l'exercice spécifique de la médecine générale dite de premier recours, en raison de son large éventail d'indications et d'applications, et en permettant une approche thérapeutique à la fois globale et centrée sur la personne.

Une des principales limites à l'utilisation de cet outil pour les médecins généralistes reste la gestion du temps lorsqu'il s'agit d'intégrer des séances d'hypnose formelles au sein de leur activité journalière. Mais cela reste très variable selon le médecin et son activité. M.H. Erickson, fondateur de l'approche hypnotique moderne, a démontré qu'une simple conversation, utilisant ce que nous appelons le langage ericksonien, peut engendrer une réponse thérapeutique hypnotique. Cette approche devient donc plus compatible avec l'exercice du médecin généraliste contraint par la gestion du temps.

L'hypnose ericksonienne présente des intérêts multiples en médecine générale. C'est avant tout une technique de communication permissive et respectueuse, dont bénéficie considérablement chacun des protagonistes et qui, très souvent, permet en peu de séances l'apparition de changements favorables.

L'hypnose ericksonienne se place dans l'éventail thérapeutique du médecin généraliste entre autre comme un mode de communication médecin-patient de qualité, élément essentiel dans une médecine de plus en plus technique et scientifique par ailleurs. Cet outil apporte une dynamique relationnelle spécifique et bénéfique améliorant l'efficacité thérapeutique de la communication et de la relation entre le médecin généraliste et les patients. Il permet également une meilleure autonomie du patient, essentielle dans le processus de guérison.

L'épanouissement des médecins généralistes pratiquant l'hypnose est un élément primordial.

Le sentiment exprimé de pouvoir utiliser une technique jugée efficace, l'amélioration constatée par les médecins de l'état de santé et du bien-être de leurs patients, l'amélioration des relations médecins-patients, ainsi que la satisfaction exprimée par les patients eux-mêmes sont autant d'éléments qui participent à la valorisation du travail du soignant et qui renforcent son confort et

son bien-être professionnels. Cet aspect me semble tout particulièrement intéressant à l'heure où le burn-out est très présent en médecine générale libérale.

Tous ces différents éléments soulèvent d'autres interrogations sous-jacentes.

Qui sont vraiment ces médecins généralistes se formant à l'hypnose ?

Au cours des divers entretiens menés, j'ai été amenée à rencontrer des médecins tous très différents. Leurs profils socio-culturels étaient très variés ainsi que leur présentation et leurs conditions d'exercice. Un point commun relevé est leur intérêt à diversifier les techniques médicales à leur disposition. Sachant que l'apprentissage et la pratique ne nécessitent aucune aptitude préalable, cette technique est accessible à tout médecin. Dès lors, en quoi les médecins choisissant de se former se différencient-ils de leurs confrères ? Quelles sont leurs motivations à se former ?

En rencontrant les médecins au cours de cette enquête, j'ai pu noter que tous se sont exprimés avec un grand enthousiasme et un plaisir visibles, heureux de partager leurs impressions et leur vécu à propos d'une technique qui les satisfait sur de nombreux points au quotidien dans leur pratique. Suite à mes entretiens se pose la question suivante : comment évaluer objectivement tous les apports bénéfiques de cette pratique exprimés et abordés ici, tant pour les patients que pour les médecins, mais aussi en terme de santé publique ?

Au-delà, la sérénité dégagée lors des échanges par certains des médecins que j'ai rencontrés, mais aussi leur épanouissement indéniable nous fait nous interroger sur la place que peut occuper la pratique de l'hypnose dans la prévention du burn-out des médecins ?

Ces différents points évoqués, à mon sens, méritent bien évidemment d'être approfondis par différentes études complémentaires. Mais les difficultés méthodologiques de tels projets d'études restent considérables, d'une part liées à cette spécificité de la pratique de l'hypnose qui est une relation à l'autre toujours unique, et d'autre part en raison de l'exercice libéral.

Par ailleurs, notre enquête s'est intéressée aux médecins généralistes. Un travail complémentaire auprès des patients ayant eu accès à l'hypnose avec un médecin généraliste serait à mon sens très utile pour éclairer et améliorer la qualité de la relation médecin-patient et la prise en charge des patients. Ce travail pourrait reposer d'une part sur l'évaluation de leurs intérêts, connaissances, et croyances à propos de l'hypnose ; et d'autre part plus spécifiquement sur la prise en charge des patients en hypnose en s'intéressant à leurs attentes, leur vécu de cette approche, les changements de vision et les bénéfices perçus par eux-mêmes, tant pour eux que dans leur relation avec le soignant...

Enfin, il serait très intéressant de pouvoir se former de façon systématique à l'hypnose ericksonienne au cours des études médicales. Depuis une dizaine d'années, il existe un diplôme universitaire, ce qui est un grand pas en avant certes, mais il s'inscrit dans une démarche personnelle du soignant, au même titre que les diverses formations proposées actuellement par les instituts privés.

A l'instar de la Scandinavie et des pays anglo-saxons qui inscrivent l'hypnose respectivement au cursus des médecins et des psychiatres, il serait souhaitable que l'enseignement de l'hypnose soit intégré de manière systématique dans la formation des médecins français, même si bien évidemment l'approfondissement ultérieur de la maîtrise de cet outil reste une démarche personnelle. Cela contribuerait certainement à une meilleure connaissance de l'hypnose, et à l'amélioration de la qualité de la communication médecin-malade de manière générale.

Cela mènerait également vers une reconnaissance officielle de la pratique de l'hypnose au sein de la médecine moderne, celle-ci suscitant toujours autant le débat qu'à ses débuts.

NOM et Prénom : DESMARS Carine

TITRE DE LA THESE

**INTERETS DE LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE ERICKSONIENNE EN MEDECINE
GENERALE : ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS
AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES FORMES A L'HYPNOSE**

- 7 SEP. 2011

Rennes, le 6 SEPTEMBRE 2011

Vu et permis d'imprimer

Le Président de Thèse

Le Président de l'Université

G. CATHELINÉAU

Références bibliographiques

1. www.medarus.org/MedecinsTextes/mesmer.html.
2. SPIEGEL D. Mesmer minus magic : Hypnosis and Modern Medicine. *Int J Clin Exp Hypn*; oct 2002; 50(4): 397-406.
3. BENHAIEM JM. *L'hypnose médicale*. Med-line. 2004.
4. www.aph-metaphore.com.fr/oframe/obraid.html.
5. www.aph-metaphore.com.fr/oframe/ocharcot.html.
6. www.aph-metaphore.com.fr/oframe/obernhei.html.
7. BERNHEIM H. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris : Douin; 1886.
8. JANET P. *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. 1889. Paris : L'Harmattan; 2005.
9. CHERTOK L. *L'hypnose*. Paris : Petite bibliothèque Payot; 1979.
10. CARROY J. Hypnose, psychothérapie et expérimentation : l'école de Nancy et l'école de la Salpêtrière. *Bulletin de Psychologie*. 1985; 38(8) : 537-41.
11. HULL CL. *Hypnosis and suggestibility : an experimental approach*. New York : Appleton-Century-Crofts; 1933.
12. STENGERS I. *Importance de l'hypnose*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond; 1993.
13. HALEY J. *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. 2^e éd; Paris : Desclée de Brouwer; 2007.
14. ERICKSON MH. *L'hypnose thérapeutique*. 4^e éd; Paris : ESF; 2009.
15. CHERTOK L. *Hypnose et suggestion*. 2^e éd; Paris : Que sais-je PUF; 1993.
16. ROUSTANG F. *Il suffit d'un geste*. Paris : Odile Jacob; 2003.
17. GODIN J. *La nouvelle hypnose. Vocabulaire, principes, méthodes*. Paris: Albin Michel; 1992.
18. ROUSTANG F. *Qu'est ce que l'hypnose?* Paris : Editions de minuit; 1994.
19. SALEM G, BONVIN E. *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson; 2004.
20. BENHAIEM JM. *L'hypnose aujourd'hui*. Paris : In Press; 2005.
21. BENHAIEM JM. *L'hypnose qui soigne*. Paris : Editions J. Lyon; 2006.
22. HOLROYD J. Hypnosis treatment of clinical pain. *Int J Clin Exp Hypn*; jan 1996; 44(1) : 33-51.
23. GLASHAN MC, EVANS FJ. The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain. *Psychosom Med*. May-june 1969; 31(3) : 227-246.

24. WOLFF A, ISELIN I, FORSTER A. Hypnose et douleur chronique : thérapie complémentaire personnalisée. *Doul et Analg*; 2008; 21(1) : 10-14.
25. WARNER G., LANCE J.W. Relaxation therapy in migraine and chronic tension headache. *Med J Aust*. 1975;1 : 298-301.
26. HAANEN HCM, HOENDERDOS HTW, VAN ROMUNDE LKJ. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol*; 1991; 18(1) : 72-75.
27. TEUWIS S, FONTAINE R, FAYMONVILLE ME. Place des traitements non pharmacologiques des douleurs neuropathiques. *Doul et Analg*; 2008; 21(1) : 34-36.
28. SYRJALA KL, CUMMINGS C, DONALDSON GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*; 1992; 48(2) : 137-146.
29. PATTERSON DR, GOLDBERG ML, EHDE DM. Hypnosis in the treatment of patients with severe burns. *Am J Clin Hypn*; Jan 1996; 38(3) : 200-212.
30. DELTITO JA. Hypnosis in the treatment of acute pain in the emergency department setting. *Postgrad Med J*; Apr 1984; 60(702) : 263-266.
31. FAYMONVILLE ME, MAMBOURG PH, JORIS J, VRIJENS B, FISSETTE J, ALBERT A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study. *Pain*; Dec 1997; 73(3) : 361-367.
32. DEFECHEREUX T, DEGAUQUE C, FUMAL I, FAYMONVILLE ME, JORIS J, HAMOIR E, et al. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. *Ann Chir*; Jul 2000; 125(6) : 539-546.
33. KIRSCH M. A propos d'hypnosédation. *Doul et Analg*. 2008; 21(1) : 27-30.
34. KESSLER R, DANE JR. Psychological and hypnotic preparation for anesthesia and surgery. *Int J Clin Exp Hypn*; Jul 1996; 44(3) : 189-207.
35. FAYMONVILLE ME, FISSETTE J, MAMBOURG PH, DELCHAMBRE A, LAMY M. Hypnosis, hypnotic sedation. Current concepts and their application in plastic surgery. *Rev Med Liege*; Jan 1994; 49(1) : 13-22.
36. MEURISSE M, FAYMONVILLE ME, JORIS J, NGUYEN DANG D, DEFECHEREUX T, HAMOIR E. Endocrine surgery by hypnosis. From fiction to daily clinical application. *Ann Endocrinol*; 1996; 57(6) : 494-501.
37. OSTER MI. Psychological preparation for labor and delivery using hypnosis. *Am J Clin Hypn*. Jul 1994; 37(1) : 12-21.
38. HALFON Y. L'approche hypnotique comme aide analgésique pour l'accouchement. *Doul et Analg*; 2008; 21(1) : 31-33.

39. CYNA AM, ANDREW MI, ROBINSON JS, CROWTHER CA, BAGHURST P, TURNBULL D, et al. Hypnosis antenatal training for childbirth : a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*; Mar 2006; 6 : 5.
40. VANDERLINDER J, VANDEREYCKEN W. The use of hypnosis in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Clin Exp Hypn*; Apr 1990; 38(2) : 101-111.
41. VANDERLINDER J, VANDEREYCKEN W. *Traumatismes et troubles du comportement alimentaire*. Bruxelles : Satas; 2000.
42. MORRISON JB. Chronic asthma and improvement with relaxation induced by hypnotherapy. *J R Soc Med*; Dec 1988, 81(12) : 701-704.
43. HALLEY FM. Self-Regulation of the Immune System through Biobehavioral Strategies. Biofeedback and Self-Regulation. *Biofeedback Self Regul*; Mar 1991; 16(1) : 55-74.
44. KANTOR SD. Stress and psoriasis. *Cutis*; Oct 1990; 46(4) : 321-322.
45. FRANCIS CY, HOUGHTON LA. Use of hypnotherapy in gastrointestinal disorders. *Eur J Gastroenterol Hepatol*; Jun 1996; 8(6) : 525-529.
46. HARVEY RF, HINTON RA, GUNARY RM, BARRY RE. Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*; Feb 1989; 1(8635) : 424-425.
47. HOUGHTON LA, HEYMAN DJ, WHORWELL PJ. Symptomatology, quality of life and economic features of irritable bowel syndrome, the effect of hypnotherapy. *Aliment Pharmacol Ther*; Feb 1996; 10(1) : 91-95.
48. GONSALKORALE WM, MILLER V, AFZAL A, WHORWELL PJ. Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*; Nov 2003; 52(11) : 1623-1629.
49. PALSSON OS, WHITEHEAD WE. The Growing Case for Hypnosis as Adjunctive Therapy for Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*; Dec 2002; 123(6) : 2132-2135.
50. WHORWELL PJ. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome : the response of colonic and non colonic symptoms. *J Psychosom Res*; Jun 2008; 64(6) : 621-623.
51. MICHAUX D. Danger de l'hypnose? *Santé mentale*. 1978; n° spécial hypnose : 54-58.
52. ERICKSON MH, ROSSI EL, ROSSI SI. *Traité pratique de l'hypnose : La suggestion indirecte en hypnose clinique*. Paris : Grancher; 2006.
53. Gruzelier J, Brow T, Perry A, Rhonder J, Thomas M. Hypnotic susceptibility: a lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis. *Int J Psychophysiol*. Nov 1984; 2(2):131-139.
54. MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. *Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé*. Paris : Maloine; 2007.

55. DE PASCALIS V, MARUCCI FS, PENNA PM, PESSA E. Hemispheric activity of 40 Hz EEG during reczll of emotional events : differences between low and high hypnotizables. *Int J Psychophysiol.* Oct 1987; 5(3) : 167-180.
56. MAQUET P, FAYMONVILLE ME, DEGUELDRE C, DELFIORE G, FRANCK G, LUXEN A, et al. Functional neuroanatomy oh hypnotic state. *Biol Psychiatry*; Feb 1999; 45(3) : 327-333.
57. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, PAUS T, DUNCAN GH, BUSHNELL MC, PRICE DD. *Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci*; Jan 1999, 11(1) : 110-125.
58. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, BUSHNELL MC, DUNCAN GH, PRICE DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurisci.* Aug 2002; 14(6) : 887-901.
59. EGNER T, JAMIESON G, GRUZELIER J. Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage.* Oct 2005; 27(4) : 969-978.
60. HOFBAUER RK, RAINVILLE P, DUNCAN GH, BUSHNELL MC. Cortical representation of the sensory dimension of pain. *J Neurophysiol*; Jul 2001; 86(1) : 402-711.
61. RAINVILLE P, DUNCAN GH, PRICE DD, CARRIER B, BUSHNELL MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science.* Aug 1997; 277(5328) : 968-971.
62. FAYMONVILLE ME, LAUREYS S, DEGUELDRE C, DELFIORE G, LUXEN A, FRANCK G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*; May 2000, 92(5) : 1257-1267.
63. DANZIGER N, FOURNIER E, BOUHASSIRA D, MICHAUX D, DE BROUCKER T, SANTACARLO E et al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia : a neurophysiological study. *Pain.* Mar 1998; 75(1) : 85-92.
64. KERNIAN BD, DANE JR, PHILLIPS LH, PRICE DD. Hypnotic analgesia reduces RIII nociceptive reflex : further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain.* Jan 1995; 60(1) : 39-47.
65. ERICKSON MH. *Collected papers. Tome II.* Bruxelles : Satas; 1999.
66. MAYS N, POPE C. Qualitative research in health care : assessing quality in qualitative research. *BMJ*; Jan 2000; 320(7226) : 50-52.
67. ELKINS GR, WALL VJ. Medical referrals for hypnotherapy : opinion of physicians, residents, family practice outpatients and psychiatry outpatients. *Am J Clin Hypn*; Apr 1996; 38(4) : 254-262.
68. GOODALL J. *Hypnose thérapeutique en médecine générale : une enquête départementale sur l'intérêt, les connaissances et les croyances des médecins sur l'hypnose médicale.* Thèse de médecine; Paris; 2007.

69. NYSSSEN AS. Hypnose et douleur : le paradoxe. Du pouvoir de l'hypnothérapeute au contrôle du patient. *Doul et Analg*; Jan 2008; 21(1) : 44-47.
70. RAMEIX S. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients? *Revue Laennec*; Paris, 1997.
71. GIROUX L. *Les modèles de relation médecin-patient*. In : RICHARD C, LUSSIER MT. *La communication professionnelle en santé*. Québec : Ed du renouveau pédagogique Inc; 2005.
72. RAINERI F, JOUSSELLIN C, BECCHIO J, GOURDET S. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. *DRMG*; 2007; 49 : 47-58.
73. TRUCHOT D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Med Psychol*; 2009; 167 : 422-428.
74. CATHEBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med*; Dec 2004; 33(22) : 1569-1574.
75. SHANAFELT TD, BRADLEY KA, WIPF JE, BACK AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*; Mar 2002; 136(5) : 358-367.
76. GALAM E. Burn out des médecins libéraux : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*; 2007; 419-421.
77. <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
78. GALLAIS JL et al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Doc Rech Méd Gen-SFMG*; 1994; 45 : 1-44.

Table des matières

Introduction et contexte de l'hypnose	16
1. Introduction	17
2. Historique de l'hypnose	18
2.1. Du magnétisme animal à l'hypnose	18
2.1.1. Mesmer : le magnétisme animal	18
2.1.2. L'abbé J.C. de Faria : la théorie imaginationiste	19
2.1.3. J. Braid : la théorie psycho-neurophysiologique de l'hypnotisme	20
2.2. L'avènement de l'hypnose : le début de « l'ère scientifique »	21
2.2.1. L'affrontement de deux écoles : l'école de La Salpêtrière et l'école de Nancy	21
2.2.2. P. Janet : la théorie de l'automatisme psychologique	22
2.2.3. S. Freud : la théorie psychanalytique	22
2.3. L'hypnose contemporaine	23
2.3.1. La recherche sur l'hypnose	23
2.3.2. Milton H. Erickson	23
2.4. La réintroduction de l'hypnose en France	24
3. Définitions de l'hypnose	25
4. Indications de l'hypnose	27
4.1. La douleur	27
4.1.1. Les douleurs chroniques	28
4.1.2. Les douleurs aiguës	28
4.1.3. L'anesthésiologie	28
4.2. Les addictions	29
4.3. Les troubles du comportement alimentaire	29
4.4. Phobies, attaques de panique et troubles obsessionnels	30
4.5. Les affections psychiatriques	30
4.6. Les affections à composante psychosomatique	30
4.6.1. L'asthme	31
4.6.2. Les affections dermatologiques	31
4.6.3. Les troubles gastro-entérologiques	31
5. Contre-indications et limites de l'hypnose	32
6. Techniques hypnotiques et déroulement d'une thérapie	32
6.1. L'entretien	33
6.2. L'induction	33
6.3. L'approfondissement	34
6.4. Les suggestions	35
6.5. Le réveil	36
7. Bases neurophysiologiques de l'hypnose	37
7.1. L'activité cérébrale sous hypnose	37
7.1.1. L'apport des expérimentations électrophysiologiques	37
7.1.2. L'imagerie cérébrale fonctionnelle	38
7.2. Modulation hypnotique de la douleur	39
7.3. Critiques et limites de l'expérimentation	40

Problématique	42
Matériel et méthodes	44
1. Le recrutement	45
2. L'entretien	45
3. La retranscription des données	46
4. Analyse des données	46
5. Les caractéristiques de l'échantillon	46
Résultats	48
1. La découverte de l'hypnose	49
1.1. Premier contact avec l'hypnose	49
1.2. Croyances et connaissances des médecins à propos de l'hypnose	52
2. La formation à l'hypnose	52
2.1. Le cheminement vers la formation	52
2.2. Les motivations à se former	54
2.3. Les différents modes de formation	55
2.4. Le vécu de la formation	57
2.5. Apport de la formation : une mise en pratique rapide au sein de la consultation	58
3. Réactions extérieures par rapport à la pratique de l'hypnose	59
3.1. Les réactions du milieu médical	59
3.1.1. L'annonce de la pratique de l'hypnose médicale aux confrères environnants	59
3.1.2. Réactions des confrères médecins	60
3.1.3. Réactions du Conseil de l'Ordre des médecins	62
3.1.4. Réactions des visiteurs médicaux	62
3.2. Les réactions des patients	62
3.3. Les idées reçues des patients à propos de l'hypnose	64
3.4. Attitude des médecins face aux idées reçues des patients	65
4. L'hypnose au sein de la consultation de médecine générale	66
4.1. Place de l'hypnose	66
4.2. Organisation des séances d'hypnose formelle dans le temps de travail	67
4.3. Organisation du suivi du patient	68
4.4. Organisation du cabinet	69
4.5. La demande de prise en charge	70
4.6. Les indications médicales	72
4.7. Thérapeutiques associées à l'hypnose	75
4.8. Aspect rémunératif	75
5. Le travail hypno-thérapeutique	77
5.1. La communication ericksonienne	77
5.2. L'hypnose formelle	79
5.2.1. Le choix de la technique	79
5.2.2. L'induction	79
5.2.3. Les métaphores	81

5.2.4. Les suggestions positives	81
5.2.5. Autres techniques utilisées au cours de la transe hypnotique	82
5.2.6. La participation de l'inconscient du médecin	83
5.3.L'auto-hypnose	84
6. Les apports positifs de l'hypnose	85
6.1.Les qualités de l'hypnose pour les médecins	85
6.2.Le confort professionnel des médecins	87
6.2.1. La valorisation du travail du soignant	87
6.2.2. Le patient acteur de sa santé	89
6.2.3. La protection du médecin	90
6.2.4. Une activité plus reposante	91
6.2.5. Une meilleure gestion de ses affects	91
6.2.6. La satisfaction des patients	92
6.3.L'épanouissement personnel des médecins	93
6.4.Changements dans la relation	93
6.4.1. Avec les patients	93
6.4.2. Avec les collègues de travail	95
6.5.Changements dans la prise en charge	95
6.5.1. Prise en charge globale	95
6.5.2. Prescriptions médicamenteuses	96
6.6.Un outil de prise en charge globale	97
7. Les limites de l'hypnose	97
7.1.Limites du soignant	97
7.2.Limites de la relation soignant-patient	98
7.3.Limites du patient	99
7.4.Les pathologies	100
7.5.Limites liées à l'exercice	100
7.5.1. La fatigue	100
7.5.2. Le temps	101
7.5.3. Proposer une thérapeutique alternative à l'hypnose	101
7.6.La reconnaissance des diplômes	102
8. Evolution de la pratique	102
9. Intérêts d'une initiation et/ou d'une formation universitaires à l'hypnose	104
Discussion	106
1. Aspects méthodologiques	107
1.1.Le choix de la méthode	107
1.2.Les forces de la méthode	107
1.3.Les limites de la méthode	107
1.3.1. Le nombre et le choix des participants	108
1.3.2. La subjectivité du chercheur	108
2. Intérêts, connaissances et croyances des médecins généralistes à propos de l'hypnose médicale	108

3. La modification de la dynamique relationnelle entre le soignant et le patient	110
3.1. Le soignant et la communication ericksonienne	110
3.2. Le patient acteur de sa santé	111
4. Les techniques de travail hypno-thérapeutique	113
4.1. Les techniques d'induction	113
4.2. Les techniques au cours de la transe hypnotique	113
4.3. L'auto-hypnose	103
5. L'épanouissement des médecins généralistes	114
5.1. L'épanouissement professionnel des médecins généralistes	114
5.2. L'épanouissement personnel des médecins généralistes	116
5.3. La pratique de l'hypnose : un moyen de prévention contre le burn-out des médecins généralistes ?	116
6. L'hypnose : un outil adapté à la médecine générale ?	118
7. Intérêts d'une formation universitaire systématique de l'hypnose	122
Conclusion	124
Références bibliographiques	129

Annexes

Annexe 1

Classification de Liébeault ³ Échelle en 6 degrés			NORMES 1886	
Sommeil léger	Somnolence	1	<ul style="list-style-type: none"> - Torpeur. - Assoupissement. - Pesanteur de la tête. - Difficulté à soulever les paupières. - Perte de l'initiative. 	6,06 %
	Sommeil léger	2	<ul style="list-style-type: none"> - Commencement de catalepsie suggestive. (O. lève le bras en l'air, l'y maintient quelques secondes; le bras continue à rester dans la situation où O. l'a mis). - Les sujets peuvent cependant modifier l'attitude de leurs membres, si on les défie. 	17,48 %
	Sommeil léger plus profond	3	<ul style="list-style-type: none"> - Engourdissement. - Catalepsie. - Aptitude à exécuter des mouvements automatiques; le sujet n'a plus assez de volonté pour interrompre. l'automatisme rotatoire suggéré. 	35,89 %
	Sommeil léger intermédiaire	4	<ul style="list-style-type: none"> - Catalepsie. - Automatisme rotatoire. - Attention limitée à l'hypnotiseur (ne peuvent prêter attention à ce qui vient de l'extérieur). - Souvenirs au réveil limités à ce qui s'est passé entre l'hypnotiseur et le sujet⁴. 	7,22 %
Profond ou somnambulique	Sommeil somnambulique ordinaire	5	<ul style="list-style-type: none"> - Amnésie complète au réveil. - Hallucinabilité pendant le sommeil. - Disparition des hallucinations au réveil. - Sujet soumis à la volonté de l'hypnotiseur. 	24,94 %
	Sommeil somnambulique profond	6	<ul style="list-style-type: none"> - Amnésie au réveil. - Hallucinabilité hypnotique et post-hypnotique. - Soumission absolue à l'hypnotiseur. 	4,66 %

Tableau 3. Échelle de Liébeault : items et résultats

D'après : MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine ; 2007 ; p 37.

Annexe 2

Profondeur	Degrés	Symptômes	Résultats ⁷	
			%	N
Réfractaire	0		9	5
Hypnoïde	1		29	16
	2	Relaxation.		
	3	Battement des paupières.		
	4	Fermeture des yeux.		
	5	Relaxation physique complète.		
Transe légère	6	Catalepsie oculaire.	18	10
	7	Catalepsie des membres.		
	10	Catalepsie rigide.		
	11	Anesthésie (main gantée).		
Transe moyenne	13	Amnésie partielle.	15	8
	15	Anesthésie post-hypnotique.		
	17	Changements de personnalité.		
	18	Simple suggestions post-hypnotiques.		
	20	Illusions kinesthésiques ; amnésie totale.		
Transe profonde	21	Capacité d'ouvrir les yeux sans modifier la transe.	29	16
	23	Suggestions post-hypnotiques fantaisistes.		
	25	Somnambulisme complet.		
	26	Hallucinations visuelles positives post-hypnotiques.		
	27	Hallucinations auditives positives, post-hypnotiques.		
	28	Amnésies post-hypnotiques systématisées.		
	29	Hallucinations auditives négatives.		
	30	Hallucinations visuelles négatives, hyperesthésies.		

Tableau 5. Échelle de Davis et Husband : items et résultats⁸

D'après : MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine ; 2007 ; p 39.

RESUME

But de l'étude :

L'hypnose ericksonienne est une approche globale de l'individu, accessible à tout soignant dans de nombreux domaines médicaux. Nous avons cherché à connaître ce que peut apporter l'hypnose à l'exercice de la médecine générale.

Méthodes :

Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de treize médecins généralistes formés à la pratique de l'hypnose thérapeutique.

Résultats :

La pratique de l'hypnose est symbolisée par le changement. Elle apporte une nouvelle dynamique relationnelle où le patient devient acteur de sa santé, accompagné par le médecin. Elle améliore l'efficacité thérapeutique de la communication entre le médecin et le patient. Elle permet une meilleure prise en charge globale et efficace du patient dans de nombreuses indications, source de satisfaction pour le patient et pour le médecin. Elle favorise l'épanouissement professionnel mais aussi personnel des médecins. Les compétences du thérapeute sont la principale limite de l'utilisation de l'hypnose. Cette pratique est encore mal connue des praticiens en général.

Conclusion :

L'hypnose est un outil adapté et intéressant dans la prise en charge globale des patients en médecine de premier recours. Les résultats de notre enquête nécessitent des travaux complémentaires pour approfondir tous les points évoqués. Il serait également intéressant que l'hypnose intègre le programme de formation universitaire des médecins français.

MOTS-CLES : Hypnose – Médecine générale – Changement – Approche globale – Communication – Relation médecin-patient – Efficacité thérapeutique – Epanouissement professionnel

ABSTRACT

Purpose of the study :

Ericksonian hypnosis is a comprehensive approach to the individual, available to any caregiver in many medical fields. We sought to find out what hypnosis can bring to the practice of general medicine.

Methods :

We achieved a qualitative inquiry by semi-steered conversations with thirteen general practitioners trained in the practice of hypnosis.

Results :

The practice of hypnosis is symbolized by change. It brings a new relational dynamic in which the patient becomes the actor of his health, accompanied by the doctor. It improves the therapeutic effectiveness of communication between doctor and patient. It allows for better effective and overall management of the patient in many indications, the source of satisfaction for both the patient and the physician. It favours professional and personal development of physicians. The skills of the therapist is the main limitation of the use of hypnosis. This practice is not well known to practitioners in general.

Conclusion :

Hypnosis is a suitable tool and interesting in the overall care of patients in primary care medicine. The results of our investigation require further investigation in order to deepen all the points raised. It would also be interesting to see hypnosis training programs be incorporated into the academic cursus of french doctors.

KEYWORDS : Hypnosis – General Medicine – Change – Comprehensive approach – Communication – Doctor-patient relationship – Therapeutic effectiveness – Professional development

