

N° d'ordre :

ANNÉE 2020



**UNIVERSITÉ
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Mathilde Brousse

Née le 22/03/1990 à Paris

**Formation à l'hypnose
thérapeutique : attentes
et vécu de médecins
généralistes formés
pendant ou au décours
de leur internat en
Bretagne**

**Thèse soutenue à Rennes
le 22 octobre 2020**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

*Professeur des universités - CHU Rennes /
Président du Jury*

Gabriel ROBERT

*Maître de conférence des universités - CHU Rennes /
Assesseur*

Pierric RENAUT

*Professeur associé – Faculté de médecine /
Assesseur*

Eric MENER

*Professeur associé – Faculté de médecine /
Directeur de thèse*

N° d'ordre :

ANNÉE 2020



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Mathilde Brousse

Née le 22/03/1990 à Paris

**Formation à l'hypnose
thérapeutique : attentes
et vécu de médecins
généralistes formés
pendant ou au décours
de leur internat en
Bretagne**

**Thèse soutenue à Rennes
le 22 octobre 2020**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

*Professeur des universités - CHU Rennes /
Président du Jury*

Gabriel ROBERT

*Maître de conférence des universités - CHU Rennes /
Assesseur*

Pierric RENAUT

*Professeur associé – Faculté de médecine /
Assesseur*

Eric MENER

*Professeur associé – Faculté de médecine /
Directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Édouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie

GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique

SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur des Universités EMERITE	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CHALES	Gérard	Professeur des Universités EMERITE	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	Professeur des Universités EMERITE	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDAN	Gilles	Professeur des Universités CONSULTANAT	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEGUERRIER	Alain	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MALLEDANT	Yannick	Professeur des Universités EMERITE	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Professeur des Universités EMERITE	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Patrick Jego,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être le président de ce jury. Je suis touchée par l'intérêt que vous portez à mon travail et vous suis reconnaissante pour votre réactivité. Soyez assuré de ma considération et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierric Renaut,

Je suis honorée de votre présence dans ce jury et vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gabriel Robert,

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de ce jury. Soyez assuré de mon respect et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Eric Mener,

Je te remercie de m'avoir conseillée tout au long de mon travail de thèse, de la genèse du sujet jusqu'à la rédaction de la conclusion. Je te remercie d'avoir contribué à ce que je reprenne confiance en moi lors de mon stage de niveau 1, et surtout je te remercie pour ton soutien et tes conseils lors des derniers mois de vie de mon père. Je t'en serai éternellement reconnaissante.

Aux dix-neuf médecins qui m'ont accordé un entretien,

Je vous remercie de m'avoir offert votre témoignage. Votre enthousiasme vis-à-vis du sujet et vos retours sur les résultats m'ont véritablement galvanisée. J'ai beaucoup apprécié faire la connaissance de chacun d'entre vous, et j'espère que l'on se reverra pour parler d'hypnose... et de plein d'autres choses.

A Alison McLean,

Je te remercie chaleureusement de m'avoir aidée à réaliser puis à mettre en forme ma bibliographie, ainsi qu'à traduire certains extraits d'articles. Ton sourire et ta joie de vivre me réjouissent à chacun de mes passages à l'UDM.

A Catherine Funel,

Je te remercie de tout mon cœur pour l'aide que tu m'as apportée en participant à la transcription des entretiens. Pendant la période du confinement, Patrick et toi m'avez permis de poursuivre sereinement ce travail, en me dispensant de la gestion du quotidien et en vous occupant merveilleusement bien d'Alice. Merci infiniment à tous les deux.

A ma Maman,

Merci pour ton aide précieuse dans la relecture de ce travail. Merci pour l'amour dont tu nous couvres, Alice et moi. Mais surtout, merci d'être la personne que tu es : nos nombreuses ressemblances m'inspirent, selon qu'elles sont des atouts ou des faiblesses, une grande fierté ou une grande tendresse, car je vois bien que, quoi qu'il

arrive, tu t'efforces de donner le meilleur de toi-même, et il n'y a pas de plus bel exemple à suivre que celui-ci.

A mon Papa,

Bien que tu ne sois plus là pour lire ces pages ni assister à ma soutenance, j'ai la sensation que tu n'as jamais cessé de m'accompagner. Merci pour ton amour immense, ta confiance inoxydable en mes capacités, ton sourire raphaélique et ton regard si bienveillant.

A mon chéri, Paul,

Merci pour ton aide dans l'analyse des entretiens. Merci pour le temps que tu m'as laissé pour achever ce travail, en t'occupant d'Alice et en préparant de délicieux repas. Merci pour toutes les délicates attentions dont tu saupoudres ma vie depuis que je te connais. Je t'aime.

A ma chérie, Alice,

Merci de m'avoir accompagnée, endormie dans le porte-bébé, lors de la plupart des entretiens. C'était un plaisir de t'avoir contre moi, et de me balancer doucement pour te bercer. Je t'aime, haut comme les montagnes.

A ma famille

A mes amis

Déclaration publique d'intérêts

Je soussignée, Mathilde Brousse, doctorante en médecine générale et auteur de cette thèse,

déclare avoir suivi la formation à l'hypnose proposée par Hypnose Santé Formation de 2016 à 2017.

Mon directeur de thèse, le Pr Eric Mener, est l'un des formateurs d'Hypnose Santé Formation.

Cette étude n'a reçu aucun financement.

Table des matières

Remerciements.....	8
Déclaration publique d'intérêts.....	10
Tables des matières.....	11
Introduction.....	12
Matériel et méthodes.....	13
1) Type d'étude.....	13
2) Critères d'inclusion et choix de l'échantillon.....	13
3) Recueil des données.....	13
4) Analyse des données.....	13
5) Considérations éthiques.....	13
Résultats.....	14
1) Caractéristiques des participants.....	14
2) Attentes vis-à-vis de la formation.....	14
3) Décider de se former en début d'exercice : leviers et freins.....	15
a) Leviers.....	15
b) Freins.....	16
4) Vécu de la formation.....	16
a) Les aspects positifs de la formation dans son organisation.....	16
b) Un aspect plus controversé : le vécu des exercices pratiques en tant que sujet.....	17
5) Vécu de la mise en pratique.....	20
a) Apports de la formation.....	20
b) Difficultés rencontrées dans la pratique.....	22
Discussion.....	23
1) Forces et limites de l'étude.....	23
2) Analyse des principaux résultats.....	25
Conclusion.....	32
Bibliographie.....	33
Annexe 1 : caractéristiques des participants.....	35
Annexe 2 : liste de critères COREQ.....	36
Annexe 3 : Guide d'entretien numéro 1.....	37
Annexe 4 : Guide d'entretien numéro 2.....	38
Annexe 5 : Guide d'entretien numéro 3.....	39
Annexe 6 : Guide d'entretien numéro 4.....	40

Introduction

Selon l'Inserm, l'hypnose est un « état modifié de conscience qui n'est ni un état de vigilance, ni un état de sommeil » (1). L'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (AFEHM) la définit comme un « processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques, tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation) et une focalisation de l'attention, dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées » (1). Bien qu'elle soit utilisée dans de nombreuses indications, seules certaines d'entre elles ont fait l'objet de publications. L'efficacité de l'hypnose a ainsi été démontrée, en particulier lorsqu'elle est associée à d'autres modalités thérapeutiques, dans la réduction de la douleur aiguë et chronique (2), des troubles anxieux (3), des symptômes dépressifs (4) et des douleurs liées aux interventions médicales (5). Depuis quelques dizaines d'années, cette option thérapeutique suscite un intérêt croissant chez les médecins généralistes, qui sont de plus en plus nombreux à se former.

Deux voies de formation à l'hypnose thérapeutique existent actuellement en France : les diplômes universitaires (DU) ou diplômes inter universitaires (DIU), proposés par 20 des 37 facultés de médecine françaises, et les formations privées. Parmi ces dernières, certaines s'adressent uniquement aux professionnels de santé, tandis que d'autres sont ouvertes à tous. Aucun registre ne fait la liste exhaustive des formations à l'hypnose en France, aucune instance officielle n'en évalue la qualité, et il n'existe pas de diplôme d'État d'hypnose.

Cette absence de reconnaissance ne semble pas décourager les médecins généralistes, y compris les plus jeunes d'entre eux, remplaçants voire encore internes. Si certains jeunes médecins se contentent d'une initiation, recherchant avant tout une amélioration de leurs compétences en communication (6), d'autres suivent la formation complète, afin d'intégrer à leur pratique, dès le début de leur exercice, des séances d'hypnose formelle.

Aucune étude n'a encore exploré les attentes et le vécu des internes et jeunes remplaçants se formant à l'hypnose au-delà de l'initiation.

En Bretagne, le secteur de la formation à l'hypnose est particulièrement dynamique. Il existe depuis 2014 un DIU à Brest, et un DU verra le jour à Rennes en 2021. L'institut Emergences, implanté à Rennes, a une renommée nationale et organise chaque année un congrès à St Malo. Enfin, les deux tiers des cartes de stages ambulatoires proposés aux internes de médecine générale de la faculté de Rennes comprennent au moins un maître de stage pratiquant l'hypnose ; la majorité d'entre eux a été formée par l'Institut Milton H. Erickson du Rhône (IMHER) ou par Hypnose Santé formation (HSF). Toutes ces formations sont organisées par des soignants, et à destination des soignants uniquement.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les attentes et le vécu de médecins généralistes s'étant formés à l'hypnose pendant ou au décours de leur internat en Bretagne, auprès de l'une des formations suivantes : Emergences, HSF, l'IMHER ou le DIU de Brest. L'objectif secondaire était d'explorer les leviers et les freins à la décision de se former en début d'exercice.

Matériel et Méthodes

1) Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. En effet, nous souhaitons d'une part comprendre pourquoi des médecins généralistes éprouvent le besoin de se former – et non simplement de s'initier – à l'hypnose dès le début de leur exercice, et d'autre part mettre en évidence d'éventuels autres apports de la formation, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent en pratique. La méthode qualitative nous a ainsi paru la plus adaptée, celle-ci permettant de « définir les catégories analytiques à partir du terrain » (7). L'étape de problématisation a permis d'aboutir au choix de l'exploration des « attentes » et du « vécu » des médecins, dans la mesure où explorer leurs « attentes » permettait d'éclairer leur choix de se former dès le début de leur exercice, tandis qu'explorer leur « vécu » (pendant la formation et après) permettait de recueillir les apports de la formation et les difficultés rencontrées dans la pratique de l'hypnose.

2) Critères d'inclusion et sélection de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être interne ou ancien interne de Rennes ou Brest, s'être formé à l'hypnose thérapeutique pendant son internat ou au cours des deux années suivant la fin de son internat et avoir poursuivi la formation au-delà de l'initiation. La formation suivie devait être soit le DIU de Brest, soit Emergences, soit l'IMHER, soit HSF.

La stratégie d'échantillonnage était intentionnelle, puisque nous souhaitons obtenir un nombre suffisant de représentants de chacune des quatre formations étudiées. Nous avons demandé à trois formateurs issus de ces formations de nous fournir une liste de médecins correspondant aux critères d'inclusion. Ces médecins ont été recrutés par courriel. L'inclusion de participants s'est poursuivie jusqu'à atteindre une suffisance des données.

3) Recueil des données

Le guide d'entretien a été testé auprès de cinq médecins correspondant aux critères d'inclusion, afin de vérifier qu'il soit adapté à chacune des quatre formations. Les entretiens ont été menés en face à face et enregistrés à l'aide d'un téléphone portable. Le lieu de l'entretien était choisi par le participant (cabinet médical, domicile, lieu public), sur des critères de calme et de confidentialité.

4) Analyse des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, puis anonymisés. Ils ont fait l'objet d'une analyse thématique à l'aide des logiciels Word et Excel. Un double codage a été réalisé. Les lignes directrices COREQ (annexe 2) ont été suivies pour la rédaction de l'article.

5) Considérations éthiques

Notre étude portant sur l'exploration d'une pratique d'enseignement dans le domaine de la santé ainsi que sur les modalités d'exercice de professionnels de la santé, elle était exclue du cadre de la loi Jardé, ce qui la dispensait de l'avis d'un Comité de Protection des Personnes. Concernant l'avis d'un Comité d'Ethique, elle n'en requérait pas non plus, d'après les critères de la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine : la population d'étude n'était pas une population « vulnérable » et le guide d'entretien ne comprenait pas de « questions touchant

à l'intimité susceptibles de produire un dommage psychologique » (8).

Résultats

1) Caractéristiques des participants

Sur vingt courriels envoyés, dix-huit médecins ont répondu, dont quatorze ont été inclus dans l'étude. Parmi les quatre médecins qui n'ont pas été inclus, l'un ne correspondait finalement pas aux critères d'inclusion, un deuxième avait trop peu de disponibilités, et les deux derniers se situaient dans des zones géographiques trop éloignées du domicile de l'investigatrice pour pouvoir mener des entretiens en face à face.

Les entretiens se sont déroulés entre novembre 2019 et juillet 2020 et ont duré entre 20 et 67 minutes (en moyenne 42 minutes). Sept d'entre eux ont eu lieu au domicile des médecins, six sur leur lieu de travail (cabinets médicaux) et un dans un lieu public (très peu fréquenté), chaque fois en tête-à-tête.

Parmi les quatorze médecins généralistes interrogés, neuf se sont formés pendant leur internat, cinq au cours des deux années suivantes. Cinq se sont formés avec l'institut Milton Erickson du Rhône, cinq avec Hypnose Santé Formation, deux avec Emergences et deux ont suivi la formation du Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Brest. Toutes ces formations ont eu lieu entre 2011 et 2019.

Il y avait onze femmes et trois hommes, et la moyenne d'âge était de 31,1 ans (minimum 27 ans, maximum 35 ans). Au moment des entretiens, deux d'entre eux étaient internes, six étaient remplaçants et six étaient installés. Leurs lieux d'exercice allaient du rural à l'hospitalier, en passant par l'urbain et le semi-rural. Leur fréquence de pratique de l'hypnose était très variable, de nulle à pluriquotidienne, sur des temps allant de 5 à 90 minutes.

L'ensemble de ces caractéristiques sont résumées dans un tableau (annexe 1).

2) Attentes vis-à-vis de la formation

Les médecins interrogés ont exprimé quatre attentes principales vis-à-vis de leur formation à l'hypnose : acquérir un outil psychothérapeutique, développer leurs compétences en communication, rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge et profiter de ce temps de formation pour travailler sur leurs propres problématiques.

Acquérir un outil psychothérapeutique leur paraissait nécessaire pour « *proposer des alternatives à tous ces médicaments qui ont beaucoup d'effets secondaires* » (Dr 14), et pouvoir « *soulager, soigner, parfois guérir même, sans prescrire* » (Dr 1). Les classes médicamenteuses les plus critiquées étaient les antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques et antalgiques prescrits de façon chronique. Le Dr 7 expliquait que lorsqu'elle utilisait un antidépresseur, elle n'avait « *pas l'impression de régler le problème* » ; elle avait plutôt « *l'impression de le cacher* », les patients ayant tendance, avec l'amélioration apportée par le médicament, à ne pas faire de travail psychothérapeutique en parallèle. Le Dr 13 regrettait le recours à certains médicaments par absence d'alternative

(« Parfois on prescrit des traitements [...] parce qu'on ne sait pas trop quoi faire »), tout en condamnant davantage l'absence de proposition thérapeutique (« "C'est dans votre tête", ça a un côté "Voilà, on ne peut pas y faire grand-chose, et c'est à vous de vous débrouiller avec ça" »). Pour le Dr 10, posséder soi-même un outil psychothérapeutique était un moyen de gagner en autonomie dans le système de soins (« Ne pas être obligée d'adresser, et de moi pouvoir l'accompagner [...] de A à Z »). Enfin, le Dr 5 ressentait le « besoin de [se] former à la psychologie humaine » et souhaitait acquérir « des outils pour répondre à la souffrance [des patients] ».

Développer leurs compétences en communication leur paraissait indispensable pour se sentir à l'aise dans la relation médecin-patient (Dr 14 : « On a zéro cours de relation... alors que notre métier est basé sur la relation humaine »). Le Dr 11 jugeait qu'apprendre à bien communiquer était « complémentaire de ce qu'on apprend dans le cursus médical, où c'est très scientifique, très organique ». Le Dr 8 soulignait que maîtriser la « communication thérapeutique » pouvait aider à « découvrir les motifs secondaires des consultations ».

Rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge était une attente basée sur l'observation de séances d'hypnose (Dr 1 : « Le patient est acteur : on lui permet d'aller lui-même creuser en ce qu'il a, et on lui fait confiance, avec tout ce qu'il a en lui ») ou de l'évolution de patients suivis en hypnose (Dr 10 : « Je voyais les patients de ma collègue qui [...] revenaient de plus en plus épanouis et heureux d'être au centre, d'être acteurs, et de pouvoir décider la façon la meilleure pour eux d'aller vers leur but »).

Profiter de ce temps pour travailler sur leurs propres problématiques n'était pas une attente commune à l'ensemble des médecins interrogés. Alors que certains jugeaient primordial de débiter un travail sur soi au seuil de leur carrière (Dr 10 : « On a tous besoin de se poser la question "Est-ce que j'ai des choses à régler avec moi-même avant de continuer mon métier ?" »), d'autres considéraient l'objectif de la formation comme purement professionnel (Dr 2 : « On ne fait pas la formation pour traiter des choses ») et certains étaient parfois surpris que beaucoup de soignants fassent la formation avec un double objectif, professionnel et personnel (Dr 13 : « Je me suis rendu compte qu'en effet, il y avait pas mal de professionnels, on sentait qu'ils étaient là à la fois pour se former, et aussi un peu pour eux »).

3) Décider de se former en début d'exercice : leviers et freins

Tous les participants ont découvert l'hypnose au cours de leur internat ou avant. Certains ont décidé de se former dès l'internat, d'autres ont attendu d'être remplaçants, mais tous avaient décidé dès l'internat de se former à court ou moyen terme.

a) Leviers

Parmi les leviers de cette décision, ils ont cité le fait « d'être encore dans une démarche de formation, même si en médecine générale, on est toujours dans la formation » (Dr 13). Le Dr 4 évoquait le fait qu'en début d'exercice « on est plus malléable, plus plastique, comme on dit quand on parle du cerveau ».

Un levier pour ceux qui s'étaient formés pendant l'internat était le fait d'être salarié, garantissant une certaine

liberté (Dr 3 : « *On a une paye, et après, on organise son temps* »). Le Dr 4 a également précisé que, dans certaines formations, « *c'est moins cher en tant qu'interne* ».

Un autre levier largement cité était que lorsqu'un interne ou un remplaçant souhaite suivre une formation, il n'a pas les contraintes d'un médecin installé (Dr 3 : « *Il n'y a pas besoin de chercher quelqu'un pour te remplacer, de bousculer l'emploi du temps* »).

Enfin, le levier le plus déterminant de la décision de se former rapidement était l'enthousiasme généré par le témoignage de patients (Dr 13 : « *Elle avait fait des séances d'hypnose, et depuis elle ne prenait plus aucun traitement antalgique. [...] Elle arrivait à gérer ses douleurs. [...] Ça avait globalement changé sa vie* »), ou par le témoignage de médecins formés (Dr 3 : « *Je pense que le fait d'avoir vu [...] comment elle avait l'air de vraiment aimer ça, je pense que ça m'a influencée, clairement* ») ou par une expérience personnelle de l'hypnose (Dr 7 : « *Quand j'ai vu que ça marchait super bien pour moi, je me suis dit "C'est peut-être un outil en plus que je peux avoir pour les patients"* »).

b) Freins

L'un des freins à se former tôt était le coût de la formation (Dr 3 : « *C'est une formation qui coûte quand même assez cher. Et quand on est interne, assez cher, c'est compliqué* »).

Un autre frein était la disponibilité limitée de ces jeunes médecins : soit du fait d'obligations de service en tant qu'interne (Dr 1 : « *Moi j'ai attendu d'avoir fini mon internat, [...] parce que je n'aurais pas pris des congés exprès pour ça* », Dr 3 : « *Faut réussir à ne pas être de garde à ce moment-là* »), soit du fait de difficultés de garde d'enfants en bas âge (Dr 1 : « *C'est des dates particulières, j'avais mon petit garçon...* »).

Les autres freins mentionnés par les participants étaient liés à des peurs. La peur de perdre la rigueur de la démarche scientifique (Dr 2 : « *Il y a toute une partie des gens qui font de l'hypnose qui ne jurent plus que par ça, qui en font dans des indications où je trouve que ce n'est pas une bonne idée* »), la peur de perdre l'envie d'exercer la médecine générale classique (Dr 7 : « *J'avais peur aussi de ne faire que ça, en fait, [...] et j'aime trop la médecine générale pour la réduire à l'hypnose* ») mais aussi la peur d'être confronté à ses propres traumatismes (Dr 6 : « *[La formatrice] disait clairement [...] que j'allais faire un travail sur moi, que j'allais pouvoir résoudre des trucs. [...] Après elle l'amenait d'une telle manière que, du coup, ça faisait un peu peur aussi. [...] Elle m'avait dit "Oui, parce qu'il y a certaines personnes, ils se rendent compte qu'ils ont des trucs à gérer, mais ils partent avant la fin de la formation, parce qu'ils n'arrivent pas à supporter ça"* »).

4) Vécu de la formation

Dans l'ensemble, les médecins interrogés ont tous apprécié leur formation à l'hypnose, sur la forme et sur le fond. Nous aborderons ici les aspects organisationnels de la formation, avec en premier lieu les aspects unanimement positifs, et en second lieu un aspect plus contrasté, le vécu des exercices pratiques en tant que sujet.

a) Les aspects positifs de la formation dans son organisation

Les médecins interrogés ont apprécié « *le fait qu'il y ait beaucoup d'exercices pratiques* » (Dr 6), avec « *peu de théorie* » (Dr 2), car l'assimilation des enseignements en était facilitée (Dr 1 : « *On comprenait bien la démarche, en expérimentant* »).

L'acquisition des compétences était rapide (Dr 10 : « *Les patients étaient réceptifs et il se passait des belles choses d'emblée, simplement au bout de cinq jours de formation* »).

L'une des médecins a noté que la formation à l'hypnose permettait de rassembler des soignants ayant la même façon de considérer le soin (Dr 14 : « *On avait tous le même objectif de soin, c'est-à-dire prendre soin du patient avant tout, et faire au mieux pour qu'il soit le plus confortable possible, peu importe le motif. Et l'adaptabilité à chaque fois, à la demande, à la personne, à son histoire, à tout ça* »).

La formation était l'occasion d'échanger avec des soignants non médecins (Dr 3 : « *Il y avait beaucoup de professions différentes, ce qui était assez intéressant aussi par rapport à ma formation en tant qu'interne, où je n'étais qu'avec des médecins généralistes. Et puis pour une fois discuter avec d'autres, c'est quand même pas mal. On n'a pas beaucoup l'occasion dans nos études* »). De façon générale, les profils des participants à la formation étaient très diversifiés : « *des gens de différents départements voire régions, des gens jeunes comme des gens plus âgés, en début de carrière comme en fin de carrière* » (Dr 11).

Les participants apprenaient à se connaître davantage en tant que personnes qu'en tant que professionnels (Dr 10 : « *Finallyment quand on arrive là-bas, notre valise de docteur, on la laisse à l'entrée. [...] Dans ces moments-là, on était un groupe de personnes qui partageait une formation* »).

b) Un aspect plus controversé : le vécu des exercices pratiques en tant que sujet

Les exercices pratiques étaient systématiquement organisés de la même façon : les participants formaient des groupes de trois, avec un opérateur qui menait la séance, un sujet et un observateur. Une première séance avait lieu, puis les rôles changeaient pour la deuxième, et à nouveau pour la troisième. Ainsi chacun prenait le rôle de sujet, c'est-à-dire de patient, à chaque exercice. Ensuite un débriefing avait lieu, à trois et/ou avec l'ensemble des participants.

« *Se mettre à la place du patient* » a été jugé « *nécessaire* » (Dr 8) par certains, pour plusieurs raisons :

- vivre soi-même l'état hypnotique permet de se sentir davantage compétent pour accompagner un patient (Dr 10 : « *Moi ça m'a permis d'être plus connectée encore dans mes séances et dans mes accompagnements, parce que, moi l'ayant vécu, je savais de quoi je parlais, je comprenais ce que la personne vivait pendant les séances* »), les débriefings permettant d'accéder au ressenti des autres et ainsi de multiplier les possibilités d'accompagnement (Dr 7 : « *Savoir ce que les gens qui ne pensent pas forcément comme toi, qui n'ont pas la même imagination, vont pouvoir mettre en pratique dans leur hypnose, ça te permet d'avoir un panel assez*

important pour tes patients »),

- mettre à jour ses propres problématiques permet de limiter le risque d'identification en consultation (Dr 6 : « *Peut-être on va moins mélanger avec ce que va nous amener le patient, qui peut nous impacter parce que ça nous rappelle des choses* ») et invite à l'humilité (Dr 8 : « *On peut tous passer de l'autre côté de la barrière... Ça permet de se rendre compte qu'on est sur un pied d'égalité avec le patient* »),

- faire un travail sur soi permet de se rendre disponible pour aider les patients (Dr 7 : « *C'est important aussi d'aller bien, pour pouvoir les aider* » ; Dr 14 : « *Ça c'est quelque chose dont je savais que c'était indispensable, mais que maintenant je mets en pratique* » ; Dr 10 : « *Et aujourd'hui, je ne suis pas dans mes peurs, quand je travaille. [...] J'ai pu m'apaiser sur beaucoup, beaucoup de choses, avant de pouvoir être entièrement disponible pour les patients, et pouvoir accueillir tout type de problématiques, de plaintes* » ; Dr 8 : « *Je me suis senti beaucoup plus présent dans mon travail de consultation, parce que j'étais bien. [...] Les patients qu'on trouve parfois un peu fatigués, qui nous pompent notre énergie, eh ben on les voit sous un jour différent* »).

Si le rôle de sujet était très bien vécu par certains, il l'était moins par d'autres. En revanche, tous s'accordaient à dire que certaines conditions favorisaient l'acceptation de ce rôle.

La bienveillance du groupe était la condition de base pour accepter de s'ouvrir aux autres (Dr 7 : « *Le fait que le groupe soit bienveillant, qu'on s'entende bien et qu'on ait confiance, fait que ce n'était pas trop gênant d'être sujet et de pouvoir débriefer derrière* »). Un nombre restreint de participants (« *une vingtaine* ») permettait de « *créer de la cohésion de groupe* » (Dr 13). De même, le fait de « *rester sur place* », en résidence complète (dans deux des quatre formations), permettait d'avoir « *un climat bienveillant, où l'on se connaît progressivement, et où on peut aussi livrer des choses* » (Dr 7).

La bienveillance du collègue-thérapeute, elle, était indispensable pour s'autoriser à vivre la transe hypnotique (Dr 3 : « *Les gens en formation n'ont pas tous la même notion de la bienveillance. [...] J'ai été patiente avec d'autres personnes qui faisaient le thérapeute, et je me suis dit "plus jamais avec cette personne-là". [...] Je n'ai pas beaucoup expérimenté de transe profonde, parce que je ne me le suis pas autorisée. Je n'ai pas autorisé les gens à faire ça avec moi* »).

L'assurance d'un accompagnement par les formateurs en cas de confrontation à une problématique personnelle pendant une séance conditionnait le sentiment de sécurité (Dr 10 : « *Je savais qu'à tout moment, il y aurait quelqu'un pour m'épauler si j'en avais besoin. [...] Personne n'était laissé de côté. Je savais qu'ils étaient là pour ça* »). A nouveau, la taille du groupe était un facteur limitant : gérer des réactions individuelles inconfortables au cours des trances pour un grand nombre de participants étant peu réalisable, les formateurs donnaient alors des consignes plus cadrées (Dr 3 : « *On nous demandait que ce ne soit pas un lieu où on a été avec des personnes qui sont décédées, [...] parce qu'ils avaient peur qu'il y ait des fantômes dedans. [...] Je pense que c'est parce qu'on était 40 et que... ils blindaient, quoi, pour être sûr qu'il n'y ait pas des choses qui se passent de travers* »).

Ne pas se sentir obligé de se livrer aux autres permettait que les débriefings soient acceptés. Lorsque personne ne se sentait obligé, quelques données manquaient, mais tout le monde y trouvait son compte (Dr 7 : « *Certains ne*

disaient pas tout, mais ce n'était pas un problème ; dans le peu qui peut être dit, ça nous apporte aussi »), en revanche lorsqu'un formateur proposait d'aider un participant en échange d'informations personnelles données au groupe, le ressenti de ce dernier était plus mitigé (Dr 6 : « Il m'a proposé de faire une séance pour m'aider. Du coup par contre il m'a dit "Si tu es d'accord, on fait la séance devant tout le monde". [...] Ça avait un côté un peu particulier, parce qu'il a fallu forcément que je raconte des choses plutôt personnelles... à tout le monde. Mais j'avais accepté, puisque j'étais d'accord aussi pour qu'il m'aide. [...] C'était un côté un petit peu nouveau [rire], dont je n'avais pas l'habitude »).

Enfin, selon les formations, prendre le rôle du sujet n'impliquait pas forcément que les participants travaillent sur leurs propres problématiques. Les consignes différaient même fortement d'une formation à l'autre. Néanmoins, interdire comme imposer aux participants de faire un travail sur eux présentait des inconvénients.

Ainsi, certaines formations demandaient aux participants de choisir « *volontairement quelque chose de neutre pour les exercices, pour que justement les gens ne fassent pas travailler quelque chose sur eux* » (Dr 14) ; malgré cette précaution, le Dr 13 racontait que, sans en avoir conscience, une de ses amies avait mis « *un peu de son vécu perso* » dans une formation, qu'en rentrant elle ne se sentait « *pas bien du tout, comme si elle flottait, comme si elle était en dehors de son corps* » et qu'il avait dû la « *réassocier* ». A l'inverse, certains formateurs semblaient chercher la confrontation des participants à leurs propres problématiques, adoptant parfois une attitude provocatrice (Dr 11 : « *Je n'ai pas forcément apprécié le comportement d'un ou deux formateurs vis-à-vis d'autres personnes de la formation, à vouloir essayer d'être un peu dans le déclenchement d'un choc. [...] J'ai trouvé que c'était un peu violent [...] par rapport à leurs traumatismes, à des épisodes de leur vie*).

Outre les conditions liées à la formation, certaines dispositions personnelles entraient également en jeu dans le vécu du rôle de sujet.

Le Dr 4 a abordé la notion de « lâcher-prise ». Elle a expliqué qu'elle n'avait pas réussi à être « *en état d'hypnose* » malgré sa détermination (« *Mon rêve, de vivre vraiment l'état hypnotique, de voir ce que ça fait, je ne l'ai pas encore réalisé* »). Un facteur limitant qu'elle a essayé de supprimer était le fait de se représenter l'hypnose comme un phénomène magique (« *Je me suis dit "je lâche prise, [...] enfin je m'attends peut-être à quelque chose d'extraordinaire, alors qu'en fait, ça ne le sera pas"* »). Lorsqu'elle prenait le rôle du sujet, elle avait l'impression de ne pas vivre ce que vivaient les autres participants (« *Les autres vivaient des expériences intéressantes* »), et elle commentait intérieurement cet échec (« *En arrière-plan, j'avais quand même une petite frustration de me dire "Ça ne marche pas, ça ne marche pas, ça ne marche pas"* »). Elle a également évoqué l'influence de la personnalité sur la plus ou moins grande facilité à lâcher prise (« *Je pense que ce n'est pas ma personnalité de me laisser chambouler, contrairement à d'autres* »).

Sans mentionner le terme de « lâcher-prise », le Dr 12 a raconté un exercice où, après un temps où elle restait dans l'analyse, elle s'est finalement laissée « *partir ailleurs* » : « *Il y en avait un [...] en charabia, [...] j'avais l'impression que c'était débile, que l'autre disait n'importe quoi, et donc j'étais en train d'analyser... Ça donnait juste envie de rire. Et puis au bout d'un moment, on se laisse finalement bercer par le son de la voix, [...] et puis on part dans ses pensées, on part ailleurs* ».

La notion de « suggestibilité » a également été abordée. Le Dr 14 a raconté que sa première transe hypnotique l'a totalement déstabilisée. Alors qu'elle ne se croyait pas particulièrement prédisposée à l'hypnose, elle a tout de suite vécu une transe profonde : *« Je ne l'ai pas bien vécu [rire]. Au début. [...] J'étais parmi les deux-trois personnes des vingt-cinq qui étaient très suggestibles, et en gros, je suis partie un peu trop loin, ce qui a perturbé les autres élèves. [...] Je ne revenais pas en fait. J'étais restée très très loin, donc c'était assez perturbant »*.

5) Vécu de la mise en pratique

Les médecins interrogés ont tous pu mettre en pratique leur formation. Certains l'ont fait de façon ponctuelle et rare, tandis que d'autres ont intégré l'hypnose à leur pratique quotidienne, voire sont devenus à leur tour formateurs en hypnose. Certains en ont gardé surtout des notions de communication, tandis que d'autres pratiquent couramment l'hypnoanalgésie et/ou l'hypnothérapie.

Nous verrons d'abord les divers apports de la formation, puis nous aborderons les difficultés que les médecins ont rencontrées dans leur pratique.

a) Apports de la formation

Les médecins interrogés ont décrit les divers champs d'application dans lesquels ils utilisent l'hypnose. Chacun pratique à des degrés divers : l'hypnothérapie pour *« tout ce qui paraît psycho, ou psychosomatique »* (Dr 7), l'hypnoanalgésie *« pour faire les sutures, [...] pour faire des vaccins aux enfants, [...] pour poser les stérilets, [...] pour une ablation de Nexplanon »* (Dr 8), *« pour une version »* chez une femme enceinte (Dr 11) et l'hypnose conversationnelle *« pour les personnes qui sont angoissées de venir à l'hôpital, pour annoncer une mauvaise nouvelle »* (Dr 8), *« aux urgences pédiatriques, [...] parce que chez les enfants, c'est différent, il y a toujours du conversationnel »* (Dr 14). Le Dr 4 regrettait cependant sa faible pratique de l'hypnothérapie : alors que son attente principale vis-à-vis de la formation était de *« pouvoir prendre en charge la souffrance psychologique des patients »* et non de *« faire de l'hypnoanalgésie pour des choses aiguës »*, elle constatait que *« paradoxalement, c'est plutôt ça [qu'elle avait] pratiqué jusqu'à présent »*.

Ils ont également détaillé les notions de communication qu'ils ont intégrées à leur pratique. L'utilisation de mots positifs et la réutilisation des mots du patient sont des techniques qui, *« quand on a moins de temps, quand on a moins d'énergie »* permettent *« d'être déjà efficace dans le dialogue »* (Dr 10). Le Dr 3 a également appris à *« amplifier certaines attitudes pour faire passer des messages »* : *« Quand on veut montrer qu'on est cap et qu'on va les aider, et que l'on s'intéresse à eux, faut pas se mettre en arrière, il faut se mettre en avant »*. Prendre l'habitude d'observer le patient leur a permis de *« voir tout le para-verbal ou le non-verbal »* (Dr 4) et de prendre en compte *« l'émotion provoquée sur le visage, [...] mieux la caractériser, mieux l'analyser, et du coup, mieux l'accompagner »* (Dr 14). Concernant les émotions, le Dr 6 a retenu qu'elles sont *« des clefs pour avancer »* : lorsqu'elle ressent *« que certaines problématiques sont plus émotionnelles que réellement physiques ou organiques »*, elle va *« proposer aux patients [...] d'ouvrir un peu la porte des émotions »* en adoptant une posture qui permet *« d'autoriser l'autre à s'exprimer »* (*« Parfois les gens me disent, ou les stagiaires quand j'en ai, "Mais tu les fais tout le temps pleurer !" »*).

Le Dr 5 a trouvé que la formation lui avait appris comment favoriser l'engagement des patients, afin d'éviter qu'ils ne soient « *des gens passifs qui viennent écouter ce qu'on a à leur dire* ». Le Dr 4 a retenu le principe de « *thérapie brève* », favorisant l'autonomisation (« *Ce n'est que pour un temps, et ensuite, on est dans la confiance que le patient va continuer sa route vers ce qui est le mieux pour lui* »). Par ailleurs, le fait que l'hypnose ne soit pas possible sans engagement du patient permettait de déculpabiliser le Dr 9 en cas d'échec (« *Dès que j'essayais de dissocier, il y avait la conscience qui revenait, et du coup il ne partait pas en travail. [...] C'est aussi ça que j'ai appris, en hypnose. C'est que si là, il n'est pas parti, c'est parce que ce n'était peut-être pas le bon moment pour lui. [...] C'est quelque chose que maintenant je ressors dans ma pratique de médecine générale. [...] Hier j'ai vu un patient diabétique qui a une hémoglobine glyquée très haute. Et en fait il n'entend pas qu'il a du diabète, il ne l'intègre pas dans sa vie. Et du coup j'ai eu ce recul que j'ai en hypnose aussi* »).

L'instauration d'un lien thérapeutique était considéré par plusieurs médecins comme une étape clef dans la prise en charge en hypnose. Le Dr 14 définissait ce lien comme « *une sorte de connexion qui se crée avec le patient, [...] un instant de présence de soi et de l'autre, [...] qui fait qu'il va bien adhérer aux soins, qu'il va avoir confiance* ». Le Dr 3 expliquait comment ce lien permettait de gagner du temps (« *Si on a un lien de qualité avec une personne, [...] ce n'est pas la peine de tourner autour du pot, d'expliquer mille fois "Je vais vous faire de l'hypnose, mais je ne vais pas vous manipuler, c'est pas comme à la télé", [...] si le lien il est là, les gens ils font confiance, et tu peux y aller* »). Le Dr 1 évoquait le pouvoir thérapeutique d'un bon lien (« *Je dis souvent "l'amour guérit", et en tout cas, c'est ce que j'ai vécu dans la formation à l'hypnose. [...] Un patient que je vais regarder vraiment, ce patient-là, il va aller mieux qu'un patient que je vais soigner avec plusieurs techniques médicales que j'ai apprises* »).

A travers la formation à l'hypnose, certains médecins se sont sentis encouragés à exprimer leur créativité. Le Dr 1 notait que les études médicales ne valorisaient pas particulièrement le « *cerveau droit* » (« *On a des études très très scientifiques, très rationnelles, qui sont extrêmement intéressantes aussi, mais il n'empêche que ma personnalité artiste, ou créatrice, elle était complètement effacée* »). Le Dr 8 allait dans le même sens, se décrivant comme « *formaté à apprendre des choses par cœur* », avec une « *pensée algorithmique - y a, y a pas* » et découvrant le côté « *stimulant* » des « *formulations de phrases [...] pas du tout habituelles* » de l'hypnose, qui obligent à « *faire appel à [sa] créativité* ». Le Dr 4 évoquait l'intérêt de la créativité dans un espace comme les urgences pédiatriques (« *Les enfants vont mal, il y a de l'attente, il y a des cris, etc. Et en fait l'hypnose permet de partir ailleurs, de voyager. [...] Dans un espace plein de restrictions, on se donne plein de libertés, encore une fois grâce à la créativité* »).

Suite à la formation, beaucoup des médecins interrogés se sont sentis plus sereins dans leur quotidien. Le Dr 10 expliquait que connaître l'hypnose lui avait permis de pouvoir « *accueillir tout type de plainte, même les plus difficiles à entendre* » (« *Je me sens plus capable en fait d'être là, d'être forte, à côté, et de ne pas me sentir fragilisée, [...] alors que dans mes débuts, je me posais beaucoup de questions. Et quand j'ai connu l'hypnose, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui s'est vraiment apaisé. Je me suis sentie prête* »). Le Dr 8 considérait que l'hypnose était « *un outil pour se protéger* » vis-à-vis de « *la misère, ou la souffrance des gens, ou la*

tristesse, ou toutes ces choses-là », et qu'elle était « *un outil majeur de prévention du burn-out médical* » par le biais de l'auto-hypnose, celle-ci permettant de « *gérer le stress quotidien* » (« *Quand on a passé une journée difficile, de faire une séance d'auto-hypnose avant de rentrer chez soi, ça permet d'être plus zen à la maison* »).

b) Difficultés rencontrées dans la pratique

Les principales difficultés rapportées par les médecins interrogés étaient les suivantes : trouver un rythme de pratique qui leur convienne, déterminer la juste tarification des séances, parvenir à ce que le patient se sente en sécurité et accepter de ne pas tout maîtriser. En tant qu'interne ou jeune remplaçant, deux difficultés supplémentaires existaient : obtenir l'accord du maître de stage ou du médecin remplacé et pratiquer suffisamment longtemps au même endroit pour pouvoir mener une thérapie à son terme.

Concernant le rythme de pratique de l'hypnose, le Dr 10 racontait ses difficultés à tout concilier (« *Sur une journée de consultation de médecine générale, plus des créneaux d'hypnose, parfois c'est un peu difficile de rester dans le timing* »). Le Dr 1 avait choisi de se « *garder un créneau le soir* », pour être moins stressée. Étant donné qu'une séance prend « *beaucoup plus de temps qu'une consultation normale* », le Dr 2 essayait de ne pas dépasser le nombre de « *deux séances par jour* », d'une part pour éviter de « *casser le rythme de [sa] journée* » et d'autre part pour pouvoir répondre à « *la demande croissante de consultations* » hors hypnose.

Concernant la tarification des séances, le Dr 3 expliquait son dilemme : « *Les gens qui sont à la CMU ou à l'ACS, qui n'ont pas beaucoup de moyens, comment je fais ? Parce que du coup, s'il y en a que je fais payer 60 et d'autres 25, c'est pas très juste. Et puis moi, si j'ai travaillé pareil, que je gagne moins, c'est pas très juste non plus. [...] Alors voilà, à quel point les gens ne peuvent pas, est-ce que c'est moi qui dois juger de ça ? [...] Après, j'ai l'impression que c'est moi qui trouve ça compliqué, les patients ils disent "Bah non c'est normal" ».*

Concernant la réassurance du patient, plusieurs des médecins évoquaient l'amalgame entre hypnose thérapeutique et hypnose spectacle, certains patients ayant « *peur d'être manipulés* » (Dr 1). Le Dr 14 décrivait également la difficulté à « *accrocher le lien* » avec un patient en « *crise d'angoisse* », ce qui pouvait empêcher l'induction hypnotique.

Concernant l'acceptation des médecins de ne pas tout maîtriser, le Dr 6 racontait ses doutes : « *J'ai parfois du mal à cerner dans quel niveau d'hypnose ils sont. De temps en temps, oui, il y a des vrais signes, [...] mais parfois j'ai un doute, "Est-ce qu'il est vraiment en hypnose, ou est-ce qu'il m'écoute les yeux fermés ?" ».* Le Dr 7 évoquait l'insistance de certains patients, curieux de l'hypnose sans être réellement engagés : « *Des gens qui veulent absolument essayer, alors que je ne pense pas que ce soit forcément indiqué. [...] Il a insisté, et effectivement, au bout d'une séance, il s'est rendu compte que ce n'était pas le moment pour lui* ». Le Dr 13 trouvait difficile l'absence de reconnaissance de l'efficacité de l'hypnose quand, le changement s'étant fait « *naturellement* », le patient ne se rendait pas compte de « *ce qui avait pu bouger* ». Le Dr 11, après avoir rappelé les difficultés d'accès aux consultations de psychologie et de psychiatrie en termes de coûts et de délais, racontait qu'elle se sentait « *frustrée de ne pas pouvoir aider tous les publics* » lorsqu'un patient n'était pas non plus « *motivé* » par l'hypnose.

Concernant les difficultés propres au fait d'être interne ou jeune remplaçant, le Dr 6 expliquait que dans le service où elle était passée, « *le médecin n'était pas très favorable à l'hypnose, aussi probablement parce qu'il ne connaissait pas trop* », ce qui s'était traduit par le fait qu'elle n'avait pu pratiquer l'hypnose « *qu'une fois ou deux* ». Le Dr 11 faisait le même constat lors de ses remplacements (« *Les médecins ne sont pas tous partants pour que je la pratique* »), et pointait la limite que représente le nomadisme des remplaçants non réguliers (« *Après j'ai remplacé dans des cabinets ponctuellement, et c'est vrai qu'à partir de ce moment-là, j'ai arrêté de mettre en pratique, parce que... faute de suivi, faute de pouvoir voir des gens plusieurs fois* »).

Discussion

1) Forces et limites de l'étude

L'originalité de cette étude est d'avoir porté sur des médecins ayant à la fois choisi de se former tôt dans leur exercice et poursuivi la formation au-delà de l'initiation. En effet, l'analyse de la littérature a montré que ce travail n'avait jamais été effectué, les études existantes portant sur la formation à l'hypnose à tout âge, qu'il s'agisse de généralistes (9) ou de soignants (10), ou sur l'initiation à l'hypnose seulement, qu'il s'agisse de médecins de tous âges (11) ou d'internes (12).

Les grands principes de la recherche qualitative en santé ont été respectés (7). La phase exploratoire a consisté en la réalisation de cinq entretiens préalables, afin de tester le guide d'entretien. La réflexion sur la pertinence des questions et relances du guide a continué tout au long de la recherche, conduisant à trois modifications successives (annexes 3, 4, 5, 6). Parmi ces trois modifications, la plus significative a été celle réalisée à l'issue du premier entretien, avec l'ajout d'une question sur le vécu de la formation en tant que sujet, lequel s'est révélé être un axe thématique riche lors de l'analyse des résultats. L'investigatrice s'étant elle-même formée à l'hypnose en tant qu'interne en 2016 et pratiquant l'hypnose au cours de ses remplacements en médecine générale au moment des entretiens, elle a rédigé ses propres réponses au guide d'entretien avant de l'utiliser, afin de limiter l'influence de son vécu sur la façon de relancer ses interlocuteurs.

Les lignes directrices COREQ (13) ont été utilisées pour questionner les choix effectués tout au long du travail de recherche (annexe 2). En particulier, bien que l'investigatrice connaisse au préalable cinq des quatorze médecins interrogés, elle a pris soin de ne rien révéler de ses opinions concernant le sujet de recherche avant d'avoir réalisé les entretiens. Les participants n'avaient connaissance que de sa formation antérieure à l'hypnose. Le seuil de suffisance des données a été atteint au douzième entretien ; deux autres entretiens ont été menés pour en avoir confirmation. Pour assurer la reproductibilité des résultats et ainsi augmenter la validité interne de l'étude, les entretiens ont été codés parallèlement par l'investigatrice et par une tierce personne n'ayant pas de connaissances approfondies sur la formation à l'hypnose. En cas de désaccord, une discussion avait lieu dans une recherche de consensus. Les résultats rédigés tirés de ce double codage ont ensuite été envoyés par courriel aux médecins interrogés, afin de s'assurer de l'interprétation correcte de leurs propos. Huit des quatorze participants nous ont répondu ; deux phrases ont été reformulées.

Une des forces de cette étude qualitative était que les médecins interrogés avaient des types de pratique variés : leur lieu d'exercice allait du rural à l'hospitalier, leur fréquence de pratique de l'hypnose allait de nulle à pluriquotidienne et chacun utilisait dans des proportions variables l'hypnoalgésie, l'hypnothérapie et l'hypnose conversationnelle ; l'une s'interrogeait sur l'intérêt de continuer à utiliser l'hypnose, une deuxième souhaitait en faire sa pratique exclusive à courte échéance et un troisième était déjà formateur depuis plusieurs années.

Une autre force était la diversité des formations choisies, en termes d'ancienneté comme en termes de renom, tout en ayant des critères de qualité en commun, ceux d'être des formations organisées par des soignants et à destination des soignants uniquement. L'institut Milton H. Erickson du Rhône existe depuis 1998, avec une implantation dans deux régions : son fondateur, Mohammed El Farricha (psychologue), forme des professionnels de santé dans la région Rhône-Alpes et en Bretagne. L'institut Emergences a été créé en 2001, a une renommée nationale et son directeur le Pr Claude Virot (psychiatre) a été président de l'International Society of Hypnosis de 2015 à 2018. Le DIU de Brest a vu le jour en 2014, créé par Lolita Mercadié (psychologue) en collaboration avec l'Université de Bourgogne ; son caractère universitaire le rend particulièrement visible pour les internes ou jeunes remplaçants de l'ensemble de la Bretagne, ce d'autant qu'il n'existe pas encore de formation universitaire à Rennes. Enfin, Hypnose Santé Formation a été créé en 2016 par le Pr Eric Méner (médecin généraliste et directeur du département de médecine générale de Rennes) et n'est pour le moment connu que des internes rennais.

Une des limites concernant l'échantillon de l'étude était l'inégale représentation des quatre formations. L'investigatrice n'est parvenue à recruter que deux médecins formés par Emergences, ainsi que deux formés par le DIU de Brest. En effet, l'investigatrice étant une ancienne interne de Rennes, il lui a été plus difficile d'obtenir des informations sur les internes et anciens internes de Brest. D'autre part, le nombre d'internes acceptés par le DIU de Brest n'étant que de deux par an et ce DIU n'existant que depuis 2014, cela réduisait le nombre de médecins correspondant aux critères d'inclusion, et donc la liste de contacts transmise par Lolita Mercadié (cinq personnes). Le fait d'interroger l'un d'eux en entretien préalable a également contribué à restreindre le nombre de médecins inclus. Pour ce qui est de l'institut Emergences, l'investigatrice est entrée en contact avec le Dr Pierre Legrand, formateur depuis 2017 ; les internes ou jeunes remplaçants se formant à l'hypnose étant selon ses dires « *encore rares bien que de plus en plus nombreux* », il n'a pu lui donner que quatre noms. Le recrutement de médecins formés par l'IMHER et HSF a en revanche été aisé, le directeur du département de médecine générale de Rennes ayant été formé par l'IMHER et étant actuellement l'un des formateurs d'HSF ; il a fourni à l'investigatrice une liste d'une vingtaine de noms. Ainsi l'échantillon comprenait bien plus de médecins formés par l'IMHER et HSF (dix) que par Emergences et le DIU de Brest (quatre). Cette information est à prendre en compte pour la raison suivante : l'IMHER et HSF sont plus orientées vers l'hypnothérapie que vers l'hypnoalgésie, tandis que le DIU de Brest et Emergences proposent une palette plus complète d'outils, comptant en général parmi leurs participants une plus grande diversité de soignants que les deux premières. Cette notion n'est cependant pas tout à fait exacte pour notre échantillon de médecins formés par Emergences, puisque le Dr 13 a suivi une formation spécifiquement adressée aux médecins généralistes, créée en 2017, qui diffère manifestement en plusieurs points de celle qu'a connue le Dr 3, formée de 2013 à 2015 (plus petit comité, par exemple).

Une autre limite concernant la constitution de l'échantillon était l'absence de médecins n'ayant pas apprécié leur formation. Il aurait par exemple été intéressant de connaître leur ressenti concernant le vécu de la formation en tant que sujet : aurait-ce été la cause de leur mécontentement, ou d'autres controverses auraient-elles été mises à jour ? Le recrutement de tels profils est cependant assez difficile, les formateurs ayant rarement des retours de leurs élèves insatisfaits. En outre, l'un des critères d'inclusion de l'étude étant le fait d'avoir poursuivi la formation au-delà de l'initiation, la probabilité de trouver un médecin n'ayant pas apprécié sa formation mais l'ayant poursuivie jusqu'au bout était plutôt faible.

Enfin, le fait d'interroger les médecins sur leurs attentes vis-à-vis de la formation alors que celle-ci avait déjà eu lieu pouvait introduire un biais de mémorisation. Ainsi certaines attentes ont peut-être été construites « a posteriori ».

2) Analyse des principaux résultats

La sur-représentation des femmes parmi les médecins interrogés correspond aux données de la littérature : les médecins femmes sont davantage susceptibles d'utiliser les techniques de « Mind-Body Medicine » que leurs confrères masculins (14).

Concernant les attentes des internes et jeunes remplaçants vis-à-vis de la formation à l'hypnose, la recherche bibliographique a permis de trouver des points communs avec les attentes d'internes grenoblois vis-à-vis d'une formation à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (15). Ces internes de médecine générale déplorent ainsi l'absence de formation en communication au cours de leur cursus. Ils appellent de leurs vœux une formation pluriprofessionnelle, car « *S'il faut travailler ensemble, alors il faut probablement être formés ensemble* ». Ils ont le même but concernant leurs patients, « *faire émerger de la ressource qui est déjà présente* », les rendre « *autonomes* ». L'un des sujets de débat – car il s'agit de focus groups – est le type d'exercice pratique le plus adapté : faut-il utiliser le jeu de rôles, le visionnage de vidéo ou la participation de patients enseignants ? L'idée de jeux de rôles entre internes déplaît à certains, pour des raisons diverses : « *la peur d'être jugé par ses collègues, se sentir écouté, observé* », ou bien le risque de passer à côté des enjeux de l'ETP, parce que « *Nous [les internes], on ne réfléchit pas comme les patients* ». Notre étude suggère qu'en proposant des exercices en trinômes (soit un seul observateur), au sein d'un groupe ayant appris à se connaître (comprenant une vingtaine de personnes plutôt qu'une quarantaine), les jeux de rôles sont beaucoup plus acceptables. D'autre part, ne devrait-on pas proposer aux internes de se mettre réellement à la place du patient, en choisissant par exemple une ambivalence vraie propre à chacun (se mettre au sport ou arrêter de fumer) ? En effet, certains médecins de notre étude ont décrit plusieurs bénéfices au fait d'accepter, pour une fois, d'être le patient : « *savoir ce que la personne vit* » permet de se sentir compétent pour l'aider et « *se mettre sur un pied d'égalité avec le patient* » permet de gagner en humilité. C'est d'ailleurs l'approche choisie par le Département de Médecine Générale de Rennes depuis 2014 pour la formation à l'entretien motivationnel, au cours de laquelle les internes travaillent sur leurs ambivalences vraies.

Une étude quantitative portant sur les motivations de professionnels de santé (psychologues, médecins et

dentistes israéliens) à se former et à pratiquer l'hypnose (16) décrit certains de nos résultats comme fréquents. Dans leur étude, la personne la plus influente concernant la décision de se former est un collègue (55 %). Pour ce qui est de l'exposition à l'hypnose, 40 % ont décidé de se former suite à la découverte de l'hypnose dans le cadre de leurs études et 20 % suite à une expérience personnelle de l'hypnose. Les deux principales motivations à se former sont l'amélioration des compétences professionnelles et l'amélioration de la santé mentale des patients. Sans que le résultat soit significatif, les médecins ont tendance à davantage se former pour des raisons personnelles (« self-help and personal development ») que les psychologues et les dentistes.

Concernant le besoin d'acquérir un outil psychothérapeutique, l'absence de réponse aux plaintes d'ordre psychosomatique dans la formation médicale initiale est une notion développée dans un article récent (2017) portant sur la prise en charge des symptômes médicalement inexplicables (SMI) en médecine interne (17). Débutant par une revue narrative de la littérature, cet article rappelle que les SMI concernent environ 30 % des consultations de médecine générale et 25 % des consultations spécialisées en France, allant jusqu'à 50 % des consultations spécialisées (« secondaires ») aux États-Unis. Les auteurs de l'article expliquent ensuite que « lorsque le médecin ne retrouve aucune explication somatique », celui-ci développe un « rejet instinctif plus ou moins conscient du patient, qui n'est plus considéré comme un malade à qui il doit patience, rigueur et empathie, mais comme un individu [...] qui se plaint sans légitimité, à qui il n'a ni diagnostic ni traitement à proposer et qui lui fait donc perdre son temps ». L'indignation du Dr 13 concernant la formule « *C'est dans votre tête* » est partagée par les auteurs de cet article, qui citent un témoignage de patient du même ordre : « *Le traitement qu'il me proposait c'était d'arrêter de me plaindre* ».

Les auteurs affirment ainsi qu'il existe une « quasi-incompatibilité entre la demande d'aide du patient avec SMI et l'approche thérapeutique classique du médecin ». S'ils citent l'hypnose comme l'une des options thérapeutiques pouvant être proposées au patient, ils considèrent que ce qui manque principalement au médecin est une formation universitaire à la prise en charge des SMI... tout en insistant sur l'importance d'une relation thérapeutique humaine, nécessitant empathie et compétences en communication de la part du médecin. L'intérêt de la formation à l'hypnose pour améliorer la communication étant bien établi, nous discuterons plus loin en quoi elle peut améliorer l'empathie ainsi que la relation thérapeutique.

Concernant le vécu de la formation (aspects organisationnels, dont l'aspect controversé du vécu en tant que sujet), deux études qualitatives récentes nous ont permis de comparer et commenter nos résultats.

Une première étude, menée entre 2017 et 2018, porte sur le vécu de dix soignants (10). A la différence de notre étude, les soignants interrogés ne sont pas que des médecins généralistes, leur formation n'a pas spécifiquement eu lieu pendant ou au décours de leurs études et tous se sont formés auprès d'organismes validés par l'International Institute of Hypnosis ou auprès de facultés proposant un Diplôme Universitaire, ce qui exclut par exemple des formations comme celle d'HSF. Notre étude va dans leur sens concernant la déstabilisation de certains participants lors des exercices de mise en pratique. Aussi serait-il souhaitable, comme mentionné dans leur conclusion, que les participants soient informés, avant leur inscription à une formation à l'hypnose, du risque de confrontation à leurs propres problématiques. En revanche, s'ils recommandent que leur soit donnée avant chaque exercice la consigne de « jouer le rôle d'un patient qu'ils ont déjà soigné » plutôt que de mettre en jeu leurs problématiques personnelles, nos résultats semblent indiquer que cette précaution ne suffit pas toujours. Il

est ainsi probable que lorsqu'un participant a besoin de traiter une problématique personnelle, elle se présente en état d'hypnose, quelle que soit la consigne de départ.

Une deuxième étude (12), datant de 2018, aborde le vécu de la formation à l'hypnose avec une population d'étude cette fois très similaire à la nôtre, puisqu'il s'agit d'internes de médecine générale. En revanche, cette étude porte sur une initiation seulement (6 jours au total) et cible une seule formation, celle de la Société Française de Médecine Générale (avec les mêmes formateurs que le DU de Paris XI). Il est intéressant de noter que la proportion de femmes est tout aussi élevée (12 sur 14) parmi ces internes franciliens initiés à l'hypnose. Parmi les aspects organisationnels positifs de la formation, on retrouve la convivialité, le fait d'être en petits groupes, les exercices de mise en pratique réguliers. L'un des internes interrogés cite la consigne d'un formateur : « *dans la bienveillance et la tolérance* », expression rappelant les conditions nécessaires à l'acceptation du rôle de sujet dans notre étude. Un autre interne décrit très bien l'inévitable implication personnelle dans les exercices pratiques : « *On travaillait pas mal sur les souvenirs pour l'induction, et même si pas forcément des souvenirs très très personnels, [...] moi je trouvais qu'on touchait quand même assez vite à des sentiments, à des sensations, à des vécus, à des choses qui remontaient et donc être en confiance avec les personnes, ça facilitait beaucoup les choses quand même* ». Cette étude conforte donc l'hypothèse selon laquelle apprendre à pratiquer l'hypnose conduirait à mettre en jeu son propre « matériel », et par conséquent requerrait une vigilance de la part des formateurs et la mise en place d'un environnement sécurisant. Elle aborde par ailleurs un aspect intéressant, qui n'a pas été développé dans notre étude : la valorisation ressentie par un interne se retrouvant au même niveau qu'un médecin plus âgé (« *Ils étaient comme moi, c'est-à-dire complètement ignorants de l'hypnose* », « *C'est vrai qu'être mise sur le même pied d'égalité qu'un médecin sénior, [...] c'était sympa* »).

Une autre étude (18), beaucoup plus ancienne (1999), nous a permis de comparer nos résultats concernant la nécessité de « se soigner pour pouvoir soigner les autres ». Dans cette étude qualitative portant sur sept psychothérapeutes, l'utilité d'une thérapie personnelle en tant que thérapeute est déclinée en douze thèmes. Parmi ceux-ci, les médecins de notre étude en ont mentionnés cinq de façon explicite (extraits en italique) :

- savoir ce que cela fait de suivre une thérapie (« *Moi l'ayant vécu, je savais de quoi je parlais* »),
- prendre soin de soi (« *J'ai pu m'apaiser sur beaucoup, beaucoup de choses* »),
- prendre conscience que les thérapeutes peuvent être des patients aussi (« *On peut tous passer de l'autre côté de la barrière* »),
- avoir un exemple à suivre,
- apprendre à être vraiment soi-même,
- savoir déterminer son cadre et ses limites,
- savoir ce qu'il ne faut pas faire (« *Les gens en formation n'ont pas tous la même notion de la bienveillance* »),
- laisser le temps au patient,
- se retenir de lui venir en aide de façon impulsive,
- distinguer ses émotions de celles du patient (« *On va moins mélanger avec ce que va nous amener le patient* »),
- travailler à un niveau plus profond,

- ressentir quel rythme donner à la thérapie.

Il est intéressant de noter qu'un de ces douze thèmes (« se retenir de lui venir en aide de façon impulsive ») est l'un des grands principes énoncés par Milton Erickson, père fondateur de l'hypnose telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui : « *La première chose à faire en psychothérapie est de ne pas essayer de contraindre l'être humain à modifier sa manière de penser ; il est préférable de créer des situations dans lesquelles l'individu modifiera lui-même volontairement sa façon de penser* » (19). L'apprentissage de l'hypnose ericksonienne pourrait donc contribuer à une façon plus respectueuse d'aborder les patients, même pour les médecins n'étant pas parvenus à expérimenter l'hypnose en tant que sujets.

Si encourager les psychothérapeutes à mener une thérapie personnelle semble cohérent à la lecture de cet article, cette démarche n'est proposée en France ni pendant les études de psychologie, ni pendant l'internat de psychiatrie et encore moins pendant celui de médecine générale. En Suisse par exemple, la validation de l'internat de psychiatrie nécessite d'avoir suivi une thérapie personnelle de 80 heures (20). Néanmoins, une méta-analyse récente concernant l'obligation d'une thérapie personnelle pour les psychothérapeutes (21) semble indiquer que cette démarche ne présente pas que des bénéfices. Elle entraîne parfois de l'angoisse, pouvant aller jusqu'à l'incapacité de poursuivre le travail de psychothérapeute, elle peut générer une certaine pression, due à la sensation d'être jugé par le thérapeute, et enfin celui-ci peut manquer de professionnalisme. En revanche, l'un des bénéfices retrouvés est une amélioration de l'empathie, qualité utile en médecine générale, et particulièrement pour la gestion des Symptômes Médicalement Inexpliqués, comme évoqué plus haut. La formation à l'hypnose, lorsqu'elle permet un travail sur soi, pourrait donc contribuer à l'amélioration de l'empathie. Aussi, sans aller jusqu'à rendre obligatoire une psychothérapie pour tous les internes de médecine générale, un cours spécifiquement dédié aux différentes façons de prendre soin de sa santé mentale pourrait être plus largement proposé par les Départements de médecine générale français (ceux de Brest et Rennes semblent avoir déjà intégré cette réflexion à leurs programmes pédagogiques).

C'est dans cet esprit qu'a été créé le DIU « Soigner les soignants » par les universités de Toulouse III et de Paris VII en 2015 (22). S'il aborde la santé des soignants au sens large, la santé mentale reste néanmoins au premier plan, les risques de burnout, d'addiction ou de suicide étant particulièrement élevés dans cette population. Parmi les compétences attendues en fin de cursus, on trouve par exemple le fait de « développer le souci de prendre soin de soi et l'aptitude à demander et à offrir de l'aide ».

Deux des médecins de la première promotion de ce DIU ont participé en 2016 à une étude qualitative évaluant des consultations médicales dédiées aux médecins organisées par l'association INTER.MED à Montpellier (23). Cette étude nous a permis de comparer nos résultats concernant les conditions requises pour qu'un médecin accepte d'être un patient. Dans cette étude, les treize médecins consultants relèvent les bénéfices d'une « *neutralité bienveillante* » de la part du médecin consulté, de l'instauration d'un climat de confiance et d'une écoute « *longue et attentive* ». Nous y avons retrouvé l'importance pour un médecin d'abandonner son statut professionnel pour pouvoir se préoccuper de lui-même : la citation « *Je n'étais pas dans mon rôle de médecin quoi, il te mettait bien dans un rôle de patient* » fait écho aux propos du Dr 10 : « *Quand on arrive là-bas, notre mallette de docteur, on la laisse à l'entrée* ». En revanche, cette étude met en évidence la préférence des médecins consultants à être reçus par un médecin qui « *a de l'expérience* », afin de favoriser un climat de

confiance. Bien que non mentionné dans notre étude, cela pourrait être l'un des facteurs expliquant la difficulté de certains médecins à entrer en transe hypnotique lors de la formation, l'ensemble des participants étant novice en matière d'hypnose.

Par ailleurs, une citation a particulièrement retenu notre attention : « *C'est difficile d'aller dire sa peine ou sa douleur à un autre médecin quand celui-ci paraît justement ne pas prendre soin de lui* ». Aussi pouvons-nous nous interroger : lorsque le médecin oublie de prendre en compte son bien-être, combien de patients renoncent à lui confier leur souffrance ?

Concernant le vécu de la mise en pratique (apports de la formation et difficultés rencontrées en pratique), diverses études nous ont paru intéressantes à citer.

Une étude qualitative portant sur les apports de la formation de médecins généralistes à l'ostéopathie (24) s'est avérée présenter de nombreuses similitudes avec la nôtre. Tout comme dans notre étude, leur décision de se former est fortement influencée par le témoignage de patients ou par une expérience personnelle de l'ostéopathie. Posséder cet outil thérapeutique leur permet de gagner en autonomie dans le système de soins (ne pas systématiquement « *envoyer au spécialiste* ») et évite qu'ils ne soient considérés comme de « *simples prescripteurs* » (« *Je viens de chez l'ostéopathe, maintenant je viens chercher mon arrêt de travail* »). Nombre d'entre eux relèvent la part importante de « *pathologies fonctionnelles* » dans les consultations de médecine générale et constatent leur incompétence face à ces motifs, les études de médecine offrant pour y répondre « *beaucoup de théorie mais aucune pratique et pas de solution* ». Pour eux, l'ostéopathie est un outil permettant de pratiquer une « *médecine globale, pour aller à la cause du problème* », propos faisant écho à ceux du Dr 7, qui avec les antidépresseurs a « *l'impression de cacher [le problème], mais pas de le régler* ». La diminution des prescriptions médicamenteuses (anti-inflammatoires entre autres) est d'ailleurs un bénéfice relevé par la plupart des médecins interrogés. L'un parle de « *redonner au corps la possibilité de s'auto-réguler* » ce qui, s'agissant d'hypnothérapie, donne dans notre étude « *On lui fait confiance, avec tout ce qu'il a en lui* ». Un autre explique que « *l'efficacité, c'est plus la relation thérapeutique* », notion exprimée poétiquement dans notre étude par « *l'amour guérit* ». Enfin, l'un des médecins interrogés formule ce qui est peut-être l'une des clefs du succès de ces prises en charges alternatives ou complémentaires : « *C'est plus facile d'écouter quelqu'un quand on sait qu'on peut lui apporter une réponse* ». Ainsi le médecin y gagne une option thérapeutique, et le patient une écoute de la part de son médecin, avant même de parler d'une éventuelle efficacité thérapeutique.

Concernant la prise de conscience de l'importance du lien thérapeutique par certains médecins de notre étude, plusieurs facteurs peuvent être proposés pour expliquer qu'elle ait eu lieu lors de la formation à l'hypnose. Le premier est la nécessité d'une « *synchronisation* » ou « *accordage* » pour mener une séance d'hypnose (« *attunement* ») (25) : toute formation à l'hypnose est ainsi amenée à aborder les moyens de se mettre en lien avec le patient, d'une façon ou d'une autre. Le deuxième est l'expérience du rôle de sujet pendant cette formation : sans lien de confiance avec l'opérateur, la transe n'a pas lieu. Le troisième est un résultat retrouvé par Antoine Bioy et son équipe en travaillant sur l'alliance thérapeutique (26) : le patient se sent davantage compris et apprécié par son psychothérapeute lorsque l'hypnose est employée que lorsqu'elle ne l'est pas. En d'autres termes, il ressent davantage l'empathie de son thérapeute lorsque celui-ci emploie l'hypnose. Ainsi, entre l'apprentissage de la « *synchronisation* », l'expérience de l'importance du lien de confiance et, lorsque la

confiance est suffisante et que la transe a lieu, l'expérience d'une empathie augmentée de la part de l'opérateur, la formation à l'hypnose permettrait à la fois d'apprendre à instaurer une relation thérapeutique saine et de ressentir ses effets positifs.

Parmi les apports de la formation, la prévention du burn-out par la pratique de l'auto-hypnose est une notion développée dans un essai datant de 2009 (27). L'auteur y expose plusieurs arguments allant dans ce sens, ayant fait le constat de l'absence d'étude expérimentale à ce sujet. Ainsi, l'hypnose et l'auto-hypnose permettent de contrôler le niveau de stress ressenti par une activation du système parasympathique ; elles permettent de se distancier du monde extérieur par le lâcher-prise et la focalisation sur le monde intérieur ; elles permettent de bien séparer ce qui est soi et ce qui ne l'est pas, dans le sens où se focaliser sur le monde interne permet de prendre conscience que celui-ci est délimité par l'enveloppe corporelle, et qu'il se distingue nettement du monde extérieur ; elles permettent également de se reconnecter à ses propres ressources, ce qui contribue à développer la résilience du médecin.

Pendant la période de confinement lié à l'émergence de la Covid 19, un tiers des internes de médecine générale rennais se sont formés à l'autohypnose (28).

Parmi les quelques travaux publiés sur l'hypnose en prévention du burnout des médecins, une étude quantitative de 2015 portant sur 101 anesthésistes (29) montre une prévalence du burnout (Maslach Burnout Inventory) significativement inférieure chez les anesthésistes pratiquant l'hypnose (11 % versus 30 %, $p < 0,02$), avec des scores de burnout élevé ou modéré seulement chez les professionnels ne pratiquant pas l'hypnose. La pratique de l'hypnose ne diminue pas significativement l'épuisement émotionnel, mais diminue la déshumanisation de la relation au patient et augmente l'accomplissement personnel. D'autres études seront encore nécessaires pour déterminer si l'effet de l'hypnose sur le burnout est plutôt préventif, curatif, ou s'il existe un biais expliquant cette association : les personnes faisant le choix de se former à l'hypnose auraient-elles une personnalité les protégeant du risque de burnout ? Nos résultats ne semblent pas aller dans ce sens (Dr 10 : « *J'ai pu m'apaiser sur beaucoup, beaucoup de choses, avant de pouvoir être entièrement disponible pour les patients* »).

Un autre apport de la formation à l'hypnose cité dans notre étude est la revalorisation de la créativité du médecin. Ce constat peut paraître étrange : comment la créativité pourrait-elle ne pas intervenir dans « l'art de la médecine » ? Durant l'apprentissage de la médecine « conventionnelle », faire preuve de créativité n'est pas spécialement requis : les futurs médecins apprennent avant tout à « utiliser des tests, interpréter des résultats, suivre des protocoles établis et s'appuyer sur des connaissances acquises au cours de leurs études pour poser un diagnostic et proposer un traitement au patient » (30). Dans la pratique de l'hypnose en revanche, la créativité entre en jeu « dès l'accueil du patient », le médecin se laissant « toucher et émerveiller de ce qui est vivant et positif chez ce patient » pour « le rejoindre au-delà de son symptôme, sur un nouveau plan ». Ensuite, au cours de la transe hypnotique, « la créativité du thérapeute invite le patient à activer sa propre inventivité dans un but de changement, d'évolution, d'adaptation, de guérison ». Ces extraits d'un article paru en 2019 dans la revue *Trances* corroborent l'affirmation du Dr 8, concernant le langage hypnotique qui stimule l'inventivité du patient comme celle du médecin, et l'affirmation du Dr 4, concernant l'inventivité mise au service de l'adaptation à un environnement hostile, en l'occurrence les urgences (« *Dans un espace plein de restrictions, on se donne plein de libertés, encore une fois grâce à la créativité* »).

Parmi les difficultés rencontrées dans la pratique, le manque de temps disponible pour l'hypnose dans un emploi du temps de médecin généraliste est une notion retrouvée très fréquemment dans la littérature (31).

Outre le manque de temps, une enquête descriptive de 2016 sur la pratique de l'hypnose en médecine générale (questionnaires quantitatifs avec une partie qualitative, envoyés par mail) (32) retrouve les difficultés suivantes :

- le manque d'accessibilité financière de l'hypnose pour les patients due à l'absence de remboursement,
- la non reconnaissance de l'hypnose par les institutions (Ordre des Médecins, complémentaires santé),
- l'appréhension des patients due à la confusion entre hypnose thérapeutique et hypnose spectacle,
- les demandes de patients relevant de la médecine générale pendant les consultations dédiées à l'hypnose,
- le risque d'être dérangé pendant une séance d'hypnose.

Notre étude confirme certaines de ces difficultés de mise en pratique - le manque de temps, le coût des séances et la crainte des patients, mais elle apporte également une notion supplémentaire concernant la perte de maîtrise que représente une prise en charge en hypnose pour le médecin. Celui-ci peut être confronté à des doutes (mon patient est-il bien en état d'hypnose ?), à des frustrations (je lui avais pourtant dit que ce n'était pas le moment pour lui / pourquoi mon patient refuse-t-il d'essayer l'hypnose alors que cela semble parfaitement indiqué ?) ou à un manque de reconnaissance (l'hypnose n'agit parfois qu'à un niveau inconscient, et le patient ne se rend pas compte du changement).

Malgré les difficultés évoquées, la majorité des médecins interrogés dans notre étude ont continué à pratiquer l'hypnose à distance de la formation. Six d'entre eux pratiquent quotidiennement, quatre de façon au moins hebdomadaire, deux de façon au moins mensuelle et une seulement ne pratique pas du tout. Une explication possible à ce constat est que leurs formations sont récentes, remontant au plus à 9 ans. Néanmoins, les nombreux bénéfices qu'ils en ont tirés, à titre professionnel comme à titre personnel, sont autant d'encouragements à persévérer et laissent augurer que leur pratique en gardera toujours un héritage.

Conclusion

Les internes et anciens internes de médecine générale des facultés de Brest et Rennes s'étant formés à l'hypnose thérapeutique au cours des dix dernières années au sein des quatre principaux organismes de formation portés à leur connaissance l'ont fait pour pallier un manque ressenti durant leur formation initiale concernant les bases de la communication et de la psychologie. L'envie de réduire le recours aux médicaments était également partagée par tous. Quelques-uns ressentaient le besoin d'un outil pour rendre les patients davantage acteurs de leur prise en charge. La formation était également considérée par certains comme l'occasion de mener un travail sur leurs propres problématiques, étant conscients de la nécessité d'un équilibre personnel suffisant pour pouvoir accueillir la souffrance des patients sans se sentir submergé.

La formation à l'hypnose a répondu aux attentes de la très grande majorité d'entre eux. L'acquisition de cet outil psychothérapeutique polyvalent leur a permis d'intégrer à leur pratique, en fonction de leurs préférences et opportunités, l'hypnoalgésie, l'hypnothérapie et/ou l'hypnose conversationnelle. Tous ont développé leurs compétences en communication, et certains ont constaté qu'ils avaient une lecture plus facile des émotions de leurs patients, voire que leur attitude permettait aux patients de s'autoriser davantage à exprimer leurs émotions. En pratiquant l'hypnose, ils ont constaté qu'une séance d'hypnose nécessite l'engagement du patient pour avoir lieu. Cet engagement le rend alors acteur de sa prise en charge, et donc en partie responsable de son efficacité. Cette réflexion a permis de déculpabiliser certains médecins face à l'échec, y compris dans des situations de médecine générale hors hypnose.

Sans que cela réponde à une attente particulière, la formation à l'hypnose leur a apporté un enrichissement personnel, par la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels partageant la même façon de considérer le soin et par la diversité de profils des soignants rencontrés. Éviter l'entre-soi des études de médecine a été apprécié par plusieurs d'entre eux. La formation les a également encouragés à exprimer leur créativité, par exemple à travers l'apprentissage du langage hypnotique, bien plus permissif que la pensée algorithmique pratiquée pendant les études de médecine.

A travers les exercices de mise en pratique, chacun a pu constater l'importance du lien thérapeutique : en l'absence de confiance du sujet envers l'opérateur, la transe hypnotique n'avait pas lieu. Après la formation, ce ressenti s'est confirmé dans la pratique, les patients ayant besoin de se sentir en sécurité avant de s'engager dans un travail en hypnose. La formation à l'hypnose, en proposant à ces médecins de se mettre à la place du patient, leur a permis de mieux comprendre les enjeux de la relation de soin, qu'il s'agisse d'expériences « négatives » avec un collègue-thérapeute manquant de bienveillance, ou d'expériences positives, permettant jusqu'à l'initiation d'un travail sur soi. Outre des notions de communication et de psychologie, la formation médicale initiale ne gagnerait-elle pas à intégrer ce type d'expérience ?



SCOLARITE SANTE
BUREAU 3^{ÈME} CYCLE

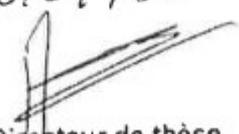
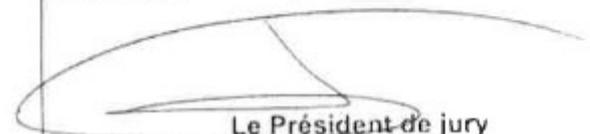
FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : BROUSSE Mathilde

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Formation à l'hypnose thérapeutique : attentes et vécu de médecins généralistes formés pendant ou au décours de leur internat en Bretagne

<p>Rennes, le 08/09/20</p>  <p>Le Directeur de thèse</p>	<p>Rennes, le 08/09/20</p>  <p>Le Président de jury</p>
---	---

Vu et permis d'imprimer

Professeur P. JEGO
Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique
CHU Rennes - Hôpital Sud
Tél 02 99 26 71 28 Fax 02 99 26 71 98
N° RPPS 10002647039

<p>Rennes, le 08/09/20</p>	<p>Le Président de l'Université de Rennes1</p>  <p>D. ALIS</p>
----------------------------	--

Bibliographie

1. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM; 2015. 213 p.
2. Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, et al. Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care: The Consortium Pain Task Force White Paper. *EXPLORE*. 1 mai 2018;14(3):177-211.
3. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A MetaAnalysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 3 juill 2019;67(3):336-63.
4. Shih M, Yang Y-H, Koo M. A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn*. oct 2009;57(4):431-42.
5. Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y, Johnson A, Fisher W, Kececs Z, et al. Hypnosis for Acute Procedural Pain: A Critical Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2 janv 2016;64(1):75-115.
6. Ovens H, Talbot Y, Harris F, Newman B. Hypnosis training enhances communication skills. *Med Teach*. 1990;12(3-4):357-61.
7. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin. Cairn Info; 2016. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
8. De Fallois M, Jouannin A, Mamzer-Bruneel M-F. Les limites de l'approche fondée sur le risque de la loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite « loi Jardé »: Lecture critique des arrêtés du 12 avril 2018. *Médecine & Droit*. 1 oct 2019;2019(158):118-29.
9. Salicru H. Apports de la pratique de l'hypnose pour le médecin généraliste dans la prise en charge du patient psychotraumatisé [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2020.
10. Radoykov S, Becchio J, Lachal J. Étude qualitative de l'expérience de la formation en hypnose clinique pour les professionnels de santé. *L'Encéphale*. 10 sept 2020; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620301494>
11. Le Roch C. Etude qualitative sur les impacts d'une formation à l'hypnose médicale pour des médecins généralistes d'Île-de-France [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2018.
12. Gabr Y. Analyse qualitative des motivations, représentations et impacts d'une formation d'initiation à l'hypnose, sur les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines; 2018. Disponible sur: http://www.sfm.org/publications/les_theses/analyse_qualitative_des_motivations_representations_et_impacts_dune_formation_dinitiation_a_lhypnose_sur_les_internes_de_medecine_generale.html
13. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
14. Sierpina V, Levine R, Astin J, Tan A. Use of mind-body therapies in psychiatry and family medicine faculty and residents: attitudes, barriers, and gender differences. *Explore (NY)*. avr 2007;3(2):129-35.
15. Girard P, Butin K. Recueil des attentes des internes de médecine générale de l'université de Grenoble pour leur formation initiale à l'éducation thérapeutique du patient. *Médecine humaine et pathologie*. 2017;184.
16. Meyerson J, Gelkopf M, Golan G, Shahamorov E. What Motivates Professionals to Learn and Use Hypnosis in Clinical Practice? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. janv 2013;61(1):71-80.

17. Ranque B, Nardon O. Prise en charge des symptômes médicalement inexplicables en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude. *Rev Med Interne*. 24 juill 2017;38(7):458-66.
18. Macran S, Stiles WB, Smith JA. How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*. 1999;46(4):419-31.
19. Zeig JK. *Experiencing Erickson*. 1st Edition. New York: Brunner/Mazel; 1985. 198 p.
20. ISFM. Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie : programme de formation postgraduée. Institut Suisse de Formation Médicale; 2018.
21. Murphy D, Irfan N, Barnett H, Castledine E, Enescu L. A systematic review and meta synthesis of qualitative research into mandatory personal psychotherapy during training. *Couns Psychother Res*. juin 2018;18(2):192-14.
22. DIU Soigner les soignants [Internet]. Disponible sur: <http://diu-soignerlessoignants.fr/>
23. Prouvost A. Modélisation, organisation et évaluation qualitative de consultations médicales dédiées aux médecins: création et suivi de l'association INTER.MED [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
24. Genuyt B. Apport de la médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéoarticulaires en médecine générale. *Sciences du Vivant*. 2017.
25. Spiegel EB, Baker EL, Daitch C, Diamond MJ, Phillips M. Hypnosis and The Therapeutic Relationship: Relational Factors of Hypnosis in Psychotherapy. *Am J Clin Hypn*. oct 2020;62(1-2):118-37.
26. Bioy A, Lignier B, Mouro A, Servillat T. Alliance thérapeutique et hypnothérapie : dynamique lors des 5 premières consultations [Internet]. 2017 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/313036704_Alliance_therapeutique_et_hypnotherapie_dynamique_lors_des_5_premieres_consultations
27. Ruyschaert N. (Self) hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and induction. *Contemp Hypnosis*. sept 2009;26(3):159-72.
28. Méner E., Méner A-C. Hypnose en période de confinement : intérêts pour les enfants, adolescents, parents et soignants. In : Tordjman S., Schröder C., Delorme R. *Du confinement au déconfinement : nouvelles perspectives en pédopsychiatrie*. Pôle Nord Lab; mai 2020. ch VIII.
29. Bidou A, Specht G, Naudin D, Sergent JL, Brosseau B, Guinot M, et al. La pratique de l'hypnose en anesthésie diminue l'incidence du burnout des soignants. *Anesthésie & Réanimation*. 1 sept 2015;1:A324.
30. Lubart T, Méner E, Méner A-C, Tordjman S. Créativité, processus thérapeutique et hypnose : un aperçu. *Trances*. janv 2019; (6). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/trances-ndeg6-12019-creativite>
31. McGuire C, Gabison J, Kligler B. Facilitators and Barriers to the Integration of Mind–Body Medicine into Primary Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 5 mai 2016;22(6):437-42.
32. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale: enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France. *Médecine humaine et pathologie*. 2016;69.

Annexe 1 : Caractéristiques des participants

Pseudo onyme	Age (années)	Sexe	Moment de la formation par rapport à l'internat (année)	Type de formation	Exercice actuel	Lieu d'exercice	Fréquence de pratique actuelle	Durée des séances	Durée de l'entretien
Dr 1	30	F	Après (2018-19)	HSF	Remplaçant	Semi-rural	1 à 2 par jour	45 min	42 min
Dr 2	31	H	Pendant (2016-17)	HSF	Installé	Semi-rural	2 par jour	30 min	27 min
Dr 3	33	F	Pendant (2013-15)	Emergences	Installé	Rural	1 par semaine	40 min	48 min
Dr 4	27	F	Pendant (2019)	DIU Brest	Interne	Stages	1 par semaine à 1 par mois	15 à 20 min	53 min
Dr 5	33	F	Pendant (2014)	IMHER	Installé	Rural	1 par jour	60 min	20 min
Dr 6	34	F	Pendant (2011-13)	IMHER / HSF	Installé	Semi-rural	8 à 10 par jour	30 min	39 min
Dr 7	30	F	Après (2018)	HSF	Installé	Urbain	1 à 2 par jour	40 min	35 min
Dr 8	35	H	Pendant (2013-14)	IMHER	Remplaçant	Hospitalier et urbain	10 à 15 par semaine	5 à 90 min	35 min
Dr 9	30	F	Après (2018-19)	HSF	Remplaçant	Urbain	2 par semaine à 3 par jour	30 min	35 min
Dr 10	35	F	Après (2011)	IMHER	Remplaçant	Urbain et semi-rural	1 par jour	40 min	40 min
Dr 11	30	F	Pendant (2016-17)	IMHER	Remplaçant	Semi-rural	0	45 min	48 min
Dr 12	28	F	Pendant (2018)	HSF	Remplaçant	Urbain	1 toutes les 2 à 3 semaines	30 min	35 min
Dr 13	31	H	Après (2018-19)	Emergences	Installé	Rural	1 tous les 2 à 3 mois	40 à 60 min	67 min
Dr 14	28	F	Pendant (2018-19)	DIU Brest	Interne	Stages	1 par semaine	10 à 60 min	58 min

HSF = Hypnose Santé Formation
IMHER = Institut Milton H. Erickson du Rhône
DIU = Diplôme Inter Universitaire

Annexe 2 : Liste de contrôle COREQ (traduction française originale) avec réponses de l'investigatrice

Domaine	Guide questions / description	Réponse
Équipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1. Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	p. 23
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	p. 23
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	p. 23
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	p. 23
<i>Relation avec les participants</i>		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	p. 23
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motif de la recherche</i>	p. 23
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>	p. 23
Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	p. 13
<i>Sélection des participants</i>		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	p. 13
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	p. 13
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Quatorze
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
<i>Contexte</i>		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	p. 14
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	p. 14
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	p. 14 / Annexe 1
<i>Recueil des données</i>		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Annexe 3, 4, 5, 6 / p. 13
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	p. 14
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	p. 23
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	p. 23
Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	deux
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	À partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	p. 23
<i>Rédaction</i>		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	p. 14 à 22
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	p. 25 à 31

Annexe 3 : Guide d'entretien numéro 1 (entretiens préalables)

Bonjour, je m'appelle Mathilde Brousse et dans le cadre de ma thèse, je souhaiterais explorer le vécu de ta formation à l'hypnose. J'ai choisi de m'intéresser aux médecins s'étant formé pendant leur internat, et uniquement ceux ayant poursuivi la formation au-delà de l'initiation. En revanche, je m'intéresse à tous les types de formations, qu'elles soient universitaires ou privées, puisqu'en l'état actuel des choses, aucune n'est davantage reconnue par l'ordre des médecins.

- 1) Peux-tu te présenter ?
- 2) Comment as-tu découvert l'hypnose thérapeutique ?
- 3) Lorsque tu as décidé de te former, c'était :
 - pour répondre à quels besoins
 - malgré quels freins
- 4) Quels sont les avantages d'après toi à se former dès l'internat ?
- 5) Comment as-tu choisi le type de formation ?
- 6) Dans la formation :
 - qu'est-ce qui t'a plu
 - qu'est-ce qui t'a déplu
- 7) Comment as-tu intégré cette formation à ta pratique ?
- 8) Si réalisation de séances, comment gères-tu les émotions des patients / larmes ou autres manifestations physiques ?
- 9) Quels sont les facteurs qui peuvent te limiter dans la prise en charge d'un patient en hypnose ?
- 10) Comment améliores-tu ta pratique ? (échanges avec collègues / formations)

Annexe 4 : Guide d'entretien numéro 2 (entretien 1)

Bonjour, je m'appelle Mathilde Brousse, et dans le cadre de ma thèse, je souhaiterais recueillir *ton expérience et ton ressenti concernant ta formation à l'hypnose*. J'ai choisi de m'intéresser spécifiquement aux médecins ayant débuté leur formation pendant ou juste après l'internat, et ayant poursuivi la formation au-delà de l'initiation. **(suppression de la phrase sur l'absence de reconnaissance des formations)**

1) Peux-tu te présenter ?

2) Comment as-tu découvert l'hypnose thérapeutique ?

3) *Comment as-tu décidé de te former ?*

- pour répondre à quels besoins ?
- malgré quels freins ?
- comment as-tu choisi le type de formation ?

4) *Comment s'est déroulé la formation en pratique ?*

- ce qui t'a plu
- ce qui t'a déplu

5) Peux-tu me raconter en quelques mots l'un des exercices de mise en pratique qui t'a été proposé ?

- **en tant qu'opérateur**
- **en tant que sujet**

6) Comment as-tu intégré cette formation à ta pratique ?

7) *Peux-tu me parler des limites que tu rencontres parfois dans la prise en charge en hypnose de tes patients ?*

8) *Comment gères-tu la survenue d'émotions ou de larmes chez tes patients ?*

9) *Comment poursuis-tu ou comptes-tu poursuivre ta formation continue ?*

10) Quels sont d'après toi les avantages à se former dès le début de son exercice ?

11) As-tu des choses à ajouter ?

En gras : ajout ou suppression
En italique : changement de tournure

Annexe 5 : Guide d'entretien numéro 3 (entretiens 2 à 12)

Bonjour, je m'appelle Mathilde Brousse, et dans le cadre de ma thèse, je souhaiterais recueillir ton expérience et ton ressenti concernant ta formation à l'hypnose. J'ai choisi de m'intéresser spécifiquement aux médecins ayant débuté leur formation pendant ou juste après l'internat, et ayant poursuivi la formation au-delà de l'initiation.

1) Peux-tu te présenter ?

2) Comment as-tu découvert l'hypnose thérapeutique ?

3) Comment as-tu décidé de te former ?

- pour répondre à quels besoins ?

- malgré quels freins ?

- comment as-tu choisi le type de formation ?

4) Comment s'est déroulé la formation en pratique ?

- ce qui t'a plu

- ce qui t'a déplu

5) Peux-tu me raconter en quelques mots l'un des exercices de mise en pratique qui t'a été proposé ?

- en tant qu'opérateur

- en tant que sujet

6) Comment as-tu vécu le fait de devoir être sujet ?

7) Comment as-tu intégré cette formation à ta pratique ?

8) Peux-tu me parler des limites que tu rencontres parfois dans la prise en charge en hypnose de tes patients ?

9) Comment gères-tu la survenue d'émotions ou de larmes chez tes patients ?

10) Comment poursuis-tu ou comptes-tu poursuivre ta formation continue ?

11) Quels sont d'après toi les avantages à se former dès le début de son exercice ?

12) As-tu des choses à ajouter ?

En gras : ajout ou suppression

En italique : changement de tournure

Annexe 6 : Guide d'entretien numéro 4 (entretiens 13 et 14)

Bonjour, je m'appelle Mathilde Brousse, et dans le cadre de ma thèse, je souhaiterais recueillir ton expérience et ton ressenti concernant ta formation à l'hypnose. J'ai choisi de m'intéresser spécifiquement aux médecins ayant débuté leur formation pendant ou juste après l'internat, et ayant poursuivi la formation au-delà de l'initiation.

1) Peux-tu te présenter ?

2) Comment as-tu découvert l'hypnose thérapeutique ?

3) *Comment en es-tu arrivé à te former à l'hypnose ?*

- pour répondre à quels besoins ?
- malgré quels freins ?
- comment as-tu choisi le type de formation ?

4) *Peux-tu me parler de ta formation ?*

- ce qui t'a plu
- ce qui t'a déplu

(suppression de la question sur les exercices de mise en pratique)

5) Comment as-tu vécu le fait de devoir être sujet ?

6) *Peux-tu me parler de ta pratique depuis que tu t'es formé ?*

- **pratique en général**
- **pratique de l'hypnose**

7) Peux-tu me parler des limites que tu rencontres parfois dans la prise en charge en hypnose de tes patients ?

8) Comment gères-tu la survenue d'émotions ou de larmes chez tes patients ?

- **en médecine générale**
- **en hypnose**

9) Comment poursuis-tu ou comptes-tu poursuivre ta formation continue ?

10) Quels sont d'après toi les avantages à se former dès le début de son exercice ?

11) As-tu des choses à ajouter ?

En gras : ajout ou suppression

En italique : changement de tournure

BROUSSE Mathilde - Formation à l'hypnose thérapeutique : attentes et vécu de médecins généralistes formés pendant ou au décours de leur internat en Bretagne

40 feuilles, 1 tableau, 30 cm - Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N°

Introduction : Selon l'Inserm, l'hypnose est un « état modifié de conscience qui n'est ni un état de vigilance, ni un état de sommeil ». Ses nombreuses applications thérapeutiques suscitent un intérêt croissant chez les médecins généralistes, et de plus en plus tôt dans leur exercice. Aucune étude n'a encore exploré les attentes et le vécu des internes et jeunes remplaçants se formant à l'hypnose au-delà de l'initiation.

Objectif : L'objectif était d'explorer les attentes et le vécu de médecins généralistes s'étant formés à l'hypnose pendant ou au décours de leur internat en Bretagne.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Des internes ou anciens internes de Rennes et Brest s'étant formés à l'hypnose thérapeutique au-delà de l'initiation pendant leur internat ou au cours des deux années suivant la fin de leur internat ont été recrutés par courriel. Les entretiens ont été menés en face à face et enregistrés. Ils ont été intégralement retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Les attentes principales des médecins interrogés étaient d'acquérir un outil psychothérapeutique, de développer leurs compétences en communication, de rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge et de profiter de ce temps de formation pour travailler sur leurs propres problématiques. La formation a été appréciée pour la place accordée à la mise en pratique, chacun adoptant tour à tour le rôle d'opérateur, de sujet et d'observateur. Accepter le rôle de sujet était plus ou moins facile pour chacun et dépendait principalement de la bienveillance de l'opérateur et du sentiment de sécurité généré par les formateurs. Chaque médecin a ensuite pu mettre en pratique ce qu'il avait appris, utilisant largement les techniques de communication et, dans des proportions variables, l'hypnose conversationnelle, l'hypnoanalgésie et l'hypnothérapie. A travers l'hypnose, leurs patients sont devenus davantage acteurs, dans la mesure où sans l'engagement de ces derniers, aucune efficacité n'était possible. Enfin, entre le travail sur soi effectué pendant la formation et la pratique régulière de l'auto-hypnose, beaucoup de médecins se sont sentis plus sereins au quotidien. L'incertitude concernant la juste tarification des séances d'hypnose a été évoquée.

Discussion / conclusion : Une des forces de cette étude est le caractère varié de l'échantillon en termes de type et de fréquence de pratique de l'hypnose. Une de ses faiblesses est l'inégale représentation des quatre formations étudiées. L'importance du lien thérapeutique est d'autant mieux comprise qu'elle est ressentie en tant que sujet, comme au cours de la formation à l'hypnose. La formation médicale initiale ne gagnerait-elle pas à intégrer ce type d'expérience ?

Rubrique de classement :	MEDECINE GENERALE
Mots-clés :	Hypnose – Formation – Médecin Généraliste – Internat – Attentes – Vécu
Mots-clés anglais MeSH :	Hypnosis – Training – General Practitioner – Residency – Expectancies – Experience

Président :	Monsieur le Professeur Patrick Jego
JURY :	
Assesseurs :	Monsieur le Professeur Eric Mener
	Monsieur le Docteur Gabriel Robert
	Monsieur le Professeur Pierrick Renaut

Adresse de l'auteur :
32 rue Lancelot du Lac
56 000 Vannes