

UNIVERSITÉ PARIS XI
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

Année : 2018

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 janvier 2018

Par : Cécile LE ROCH

Née le 28/08/1988 à Brétigny-sur-Orge

TITRE :

**Étude qualitative sur les impacts d'une formation à l'hypnose médicale pour des
médecins généralistes d'Île-de-France**

JURY :

Président de thèse : Professeur Jean-Louis TEBOUL

Directeurs de thèse : Docteur Pascale ARNOULD et Professeur Associé François RAINERI

Autres membres du jury : Professeur Amine BENYAMINA et Docteur Abdelrani BOURAZI

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Louis TEBOUL

Pour me faire l'honneur d'assurer la présidence de cette thèse.

À Madame le Docteur Pascale ARNOULD

De m'avoir proposé ce sujet, et guidée tout au long de son élaboration. Et pour m'avoir permis de me former à l'hypnose.

À Monsieur le Professeur Associé François RAINERI

De m'avoir proposé ce sujet, et guidée tout au long de son élaboration. Et pour m'avoir permis de me former à l'hypnose.

À Monsieur le Professeur Amine BENYAMINA

Pour me faire l'honneur de faire parti de mon jury.

À Monsieur le Docteur Abdelrani BOURAZI

Pour faire parti de mon jury et pour m'avoir motivée pendant l'internat.

À Monsieur le Docteur Guillaume Coindard

Pour m'avoir conseillée et aidée dans l'élaboration de ce travail.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de prendre part à cette étude

Sans vous cette étude n'aurait pas été possible.

À la SFMG pour avoir soutenu ce travail et avoir rémunéré les médecins ayant participé à cette étude, notamment à Madame Christel Guiguen pour avoir diffusé la demande de recrutement auprès des médecins généralistes d'Île-de-France formés à l'hypnose.

Aux nombreux médecins qui ont pris le temps de me former au cours de mes études.

À mes parents et grands-parents pour avoir toujours cru en moi et m'avoir soutenue pendant les études.

À mes sœurs pour votre soutien indéfectible.

À mon Emile pour illuminer ma vie depuis bientôt 11 ans. Et à ta chaleureuse famille russo-libanaise.

À mes amis, pour tous ces moments partagés.

À bébé à venir.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	7
TABLE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
1 Une communication particulière connue depuis l'antiquité	9
2 La place de la communication thérapeutique dans la formation initiale des médecins	12
3 Hypnose et communication thérapeutique.....	14
MATÉRIELS ET MÉTHODE :	22
RÉSULTATS	26
1 Caractéristiques de la population.....	26
2 Résultats de l'analyse qualitative	28
2.1 Une formation sur l'hypnose pour des médecins généralistes.....	28
2.1.1 Pourquoi la formation.....	28
2.1.1.1 Personnellement.....	28
2.1.1.2 Pourquoi cette formation là.....	29
2.1.1.3 Apports espérés pour la vie professionnelle de médecin généraliste, avant d'avoir fait la formation	29
2.1.2 Les retours sur la formation.....	30
2.1.2.1 La relation aux autres médecins généralistes.....	30
2.1.2.2 La formation en elle-même	31
2.1.2.3 Le vécu de la formation.....	31
2.1.3 Points de vue sur l'hypnose des médecins interrogés, au moment des entretiens, donc après la formation.....	32
2.1.3.1 Une alternative thérapeutique, un outil en plus pour la pratique de la médecine générale, avec une approche globale.....	32
2.1.3.2 Une technique de communication utilisant l'imaginaire et l'accès à l'inconnu en jouant avec les mots.....	32
2.1.3.3 Des façons de faire instinctives, théorisées grâce à la formation	32
2.1.3.4 Une technique simple, efficace et avec une efficacité rapide sur les symptômes, sans en rechercher les causes	33
2.1.3.5 La pratique de l'hypnose par des médecins pour pallier à la notion de manipulation.....	34
2.1.3.6 Une absence d'effets secondaires.....	35
2.1.3.7 Un changement dans la façon de penser pour libérer des ressources personnelles	35
2.1.3.8 La logistique des séances d'hypnose	35
2.1.3.9 Des liens entre l'hypnose et la médecine générale : l'importance du contexte, de la connaissance de son patient, dans une relation d'écoute unique.....	36
2.1.3.10 Former davantage de médecins, plus précocement dans l'exercice professionnel, qui devraient ensuite continuer à pratiquer.....	36
2.1.3.11 Les patients par rapport aux séances d'hypnose.....	37
2.1.4 Les freins à la pratique de l'hypnose	37
2.1.4.1 Le manque de cadre et de reconnaissance.....	37
2.1.4.2 Une pratique chronophage.....	38
2.1.4.3 Un manque de rentabilité	38
2.1.4.4 Une appréhension à pratiquer de l'hypnose	38
2.1.4.5 Des échecs personnels en hypnose et la peur de l'échec induite	38
2.1.4.6 La nécessité d'un investissement	39
2.1.4.7 Une fatigue engendrée par la pratique	39
2.1.4.8 Pratiquer en tant que remplaçant ou non, avec un patient qui a été adressé ou non	39
2.1.4.9 L'hypnose ne cherche pas les causes des maux	39

2.2	Impacts de la formation sur la vie professionnelle d'après le ressenti des médecins interrogés.....	40
2.2.1	Le vécu du métier de médecin.....	40
2.2.1.1	Davantage de confort de travail.....	40
2.2.1.2	Un enthousiasme à intégrer des techniques en adéquation avec leur vision de la médecine.....	40
2.2.1.3	Un meilleur vécu de leurs exigences professionnelles.....	41
2.2.2	La posture du médecin par rapport au patient.....	41
2.2.2.1	Des patients vus dans leur globalité.....	41
2.2.2.2	Une prise de hauteur.....	41
2.2.2.3	L'utilisation de techniques personnalisées et adaptées à chaque patient.....	42
2.2.2.4	L'autonomisation du patient.....	42
2.2.3	La pratique médicale en dehors de la prise de décision.....	43
2.2.3.1	Une pratique plus affinée.....	43
2.2.3.2	Communiquer s'apprend.....	43
2.2.3.3	L'utilisation de l'hypnose conversationnelle pendant les consultations.....	45
2.2.3.4	Un contact plus facile avec les patients.....	45
2.2.3.5	Interrelation médecin patient.....	46
2.2.3.6	La gestion du temps lors des consultations médicales.....	47
2.2.3.7	L'utilisation des techniques hypnotiques pour des gestes ou la prise de la tension artérielle.....	47
2.2.4	Les décisions médicales.....	48
2.2.4.1	Un meilleur recueil de données.....	48
2.2.4.2	Des décisions plus adaptées et suivies par les patients.....	48
2.2.4.3	Une diminution de certaines prises médicamenteuses.....	48
2.2.4.4	Une réponse à des situations thérapeutiques en impasse.....	49
2.2.4.5	Ils adressent moins aux spécialistes.....	49
2.2.4.6	La pratique de l'hypnose ou le fait d'adresser les patients pour de l'hypnose.....	49
2.3	Impacts de la formation sur la vie personnelle de personnes exerçant le métier de médecin généraliste.....	52
2.3.1	La vie personnelle des médecins.....	52
2.3.1.1	Des changements.....	52
2.3.1.2	Une meilleure relation et une meilleure écoute avec des proches.....	53
2.3.1.3	La découverte de leurs compétences.....	53
2.3.1.4	L'utilisation des techniques hypnotiques dans la vie personnelle.....	53
2.3.1.5	Une appréhension et des difficultés à vivre les réactions au fait qu'ils pratiquent l'hypnose.....	54
2.3.2	La description du métier de médecin généraliste retrouvée au cours des entretiens.....	54
2.3.2.1	Un métier humain et utile pour la société.....	54
2.3.2.2	Un métier dévalorisé.....	54
2.3.2.3	Un métier difficile.....	54
2.3.2.4	Leur propre description en tant que médecin.....	55
2.3.2.5	Un métier d'art.....	56
2.3.2.6	Leur vision du soin.....	56
2.3.2.7	Des lacunes dans la formation initiale.....	57
2.3.2.8	La façon d'être du médecin sélectionne son type de patientèle.....	57
	DISCUSSION.....	58
1	Matériels et méthodes.....	58
1.1	Concernant le matériel.....	58
1.2	Concernant la méthode.....	59
2	Résultats.....	60
2.1	Le médecin.....	60
2.1.1	Un métier stressant avec un risque de burn-out.....	60
2.1.2	Bienfaits de l'hypnose pour les médecins.....	61
2.1.3	Comblent un « manque » dans la formation initiale en potentialisant « l'effet médecin ».....	62
2.2	Le patient.....	63
2.2.1	Autonomiser les patients.....	63

2.2.2	Miroir médecins/patients concernant l'hypnose	64
2.3	L'hypnose	67
2.3.1	Indications de l'hypnose et impacts sur les prises médicamenteuses	67
2.3.2	Freins à la pratique de l'hypnose	68
2.3.3	Une pratique utilisable à plus grande échelle ?	69
CONCLUSION		72
BIBLIOGRAPHIE :		74
SUMMARY		81
RÉSUMÉ		82

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : La marguerite des compétences en médecine générale	13
<u>Figure 2</u> : Milton H. Erickson	14
<u>Figure 3</u> : Les lobes cérébraux	16
<u>Figure 4</u> : Le cortex cingulaire postérieur et le précunéus	16
<u>Figure 5</u> : Activation des zones cérébrales lors d'une stimulation douloureuse, en conscience normale et sous hypnose	17

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Diplômes universitaires et interuniversitaires concernant l'hypnose	19
<u>Tableau II</u> : Programmes de formation continue concernant l'hypnose	20
<u>Tableau III</u> : Caractéristiques des médecins généralistes ayant participé aux entretiens	27

LISTE DES ABRÉVIATIONS

SFMG : Société française de médecine générale

PACES : Première année commune des études de santé

UE : Unité d'enseignement

DES : Diplôme d'études spécialisées

TEP : Tomographie par émission de positons

IRM : Imagerie par résonance magnétique

EEG : Electroencéphalogramme

Et All : Et collaborateurs

DU : Diplôme universitaire

DIU : Diplôme interuniversitaire

FMC : Formation médicale continue

FAF-PM : Fond action formation des professions médicales

IDF : Île-de-France

Dr : Docteur

MCA : Maitre de conférences associé

P. : Professeur

P.A. : Professeur Attaché

EFT : Techniques de libération émotionnelle

EBM : Evidence based medicine

INTRODUCTION

1 Une communication particulière connue depuis l'antiquité

Le serment d'Hippocrate, que prête en France tout étudiant en médecine au moment de devenir docteur en médecine, précise : *« J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. »*

Et Platon, disciple de Socrate notait dans le « Gorgias, ou De la rhétorique » (1) : *« Il m'est arrivé maintes fois d'accompagner mon frère ou d'autres médecins chez quelques malades qui refusaient une drogue ou ne voulaient pas se laisser opérer par le fer et le feu, et là où les exhortations du médecin restaient vaines, moi je persuadais le malade, par le seul art de la rhétorique. Qu'un orateur et un médecin aillent ensemble dans la ville que tu voudras: si une discussion doit s'engager à l'assemblée du peuple ou dans une réunion quelconque pour décider lequel des deux sera élu comme médecin. J'affirme que le médecin n'existera pas et que l'orateur sera préféré si cela lui plait. Il en serait de même en face de tout autre artisan: c'est l'orateur qui se ferait choisir plutôt que n'importe quel compétiteur, car il n'est point de sujet sur lequel un homme qui sait la rhétorique ne puisse parler devant la foule d'une manière plus persuasive que l'homme de métier, quel qu'il soit. Voilà ce qu'est la rhétorique et ce qu'elle peut. »*

La branche européenne de la Wonca (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/FamilyPhysicians*) a proposé dès 2002 une définition de la médecine générale commune à l'ensemble de ses membres. On y

trouve, notamment, que la médecine générale développe « *une approche centrée sur la personne* » (2), en utilisant « *un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* » (2).

L'étude de la Société Française de Médecine Générale « *actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales* » soulignait déjà en 1994 que : « *L'activité de communication et de coordination fait partie intégrante de la pratique de tous les généralistes.* » (3)

Aujourd'hui, l'effet médecin généraliste sur la santé du patient est une réalité reposant sur des études scientifiques (4). Il se compose notamment de : l'attention à l'autre, l'empathie, la réassurance positive et la capacité de suggérer des changements.

Les patients eux-mêmes sont en attente d'une bonne communication avec leur médecin (5, 6). Les institutions elles-mêmes proposent des supports pour une meilleure communication entre le patient et son médecin traitant, tels qu'une brochure de la Haute Autorité de Santé avec support internet (7) intitulée « *Oser parler avec son médecin* », ou le support de la fondation April (groupe assurantiel) élaboré par la Société Française de Médecine Générale : « *Le patient et son généraliste « médecin traitant »* » (8). Et ce thème fait l'objet de succès de librairie (9).

Si comme le rappelle Paul Watzlawick « *On ne peut pas ne pas communiquer* » (10), cette communication médecin patient reste un sujet complexe. En témoigne le recueil de la diversité des approches figurant dans la compilation réalisée sous la direction des auteurs canadiens Claude Richard et Marie Thérèse Lussier « *La communication professionnelle en santé* » (11).

Sur cette complexité M. Balint écrivait « *La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin.* » (12) Et, pour Carl Rogers : « *La compréhension comporte un risque. Si je me permets de comprendre vraiment une autre personne, il se pourrait que cette compréhension me fasse changer. Or, nous avons peur du changement.* » (13)

Quelques études rendent compte des conséquences d'une « maladresse » de la communication thérapeutique :

70% à 80% des plaintes et poursuites judiciaires médicales sont liées à des problèmes au niveau de la relation ou de la communication avec les patients (14).

Lors d'une consultation, médecins et patients ne s'accordent sur les motifs de la consultation que dans moins de la moitié des cas (15). Le médecin comprend souvent mal les raisons amenant son patient à consulter (16, 17). Les médecins reconnaissent que la communication avec les patients est une de leurs difficultés majeures (18). Ils perçoivent dans moins de la moitié des cas la priorité d'écoute souhaitée par les patients, surestiment les demandes de prescriptions de médicaments et d'examen, alors qu'ils sous-estiment les attentes de conseils diététiques et d'hygiène de vie (19). Lors d'une consultation chez un médecin généraliste, un patient qui décrit ses symptômes est interrompu en moyenne au bout de douze secondes (20) et le médecin passe un tiers du temps à regarder l'écran de l'ordinateur (21). Dans le même temps, les médecins reconnaissent la nécessaire adaptation à leurs patients lors des consultations et la plupart expriment une forte motivation à l'écoute des préoccupations des patients (22).

2 La place de la communication thérapeutique dans la formation initiale des médecins

Devant ces constats, on aurait pu penser que la formation professionnelle universitaire serait attentive à cette thématique. En réalité, dans les faits, les formations à la communication lors du cursus médical initial sont limitées.

Lors de la première année de médecine PACES, il n'y a pas de formation à la communication. La matière qui s'en rapproche le plus par sa partie Sciences Humaines et Sociales, au programme du deuxième semestre, est l'UE 7 Santé, Société, Humanité (23). Cette matière est reliée à l'éthique médicale, aux aspects juridique et législatif en santé et à des réflexions sur la relation soignants soignés ou des thèmes tels que les maladies chroniques et la douleur. Mais cela ne correspond pas en soi à un temps de formation en communication.

Lors du deuxième cycle des études de médecine, seuls les items 1, 4 et 7 des 345 items du programme intègrent la communication (puis ils sont en partie repris dans d'autres cours) (24). L'item 1 apporte des connaissances sur la relation et la communication médecin-malade. Sont abordés le cadre du colloque singulier, la communication au sein d'une équipe soignante, les relations avec l'entourage. Les thèmes évoqués sont l'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins, l'éducation du patient atteint de maladie chronique et la personnalisation de la prise en charge médicale. L'item 4 traite de la communication avec le patient sur le thème de la sécurité, des événements indésirables liés aux soins. L'item 7 a trait aux droits individuels et collectifs du patient, à l'information du malade, et au secret médical (24). Les notions enseignées sont surtout reliées à la législation médicale en vigueur centrée sur les problématiques hospitalières. Elles n'ont pas pour objet un réel temps d'apprentissage des bases de la communication ni le développement d'une compétence dans ces champs.

Lors du troisième cycle des études médicales de médecine générale la compétence à la communication est au cœur des compétences professionnelles visées par l'enseignement universitaire. Comme le montre la marguerite des compétences ci-dessous :

L'apprentissage par compétence

La compétence à communiquer au cœur des compétences professionnelles visées par l'enseignement universitaire

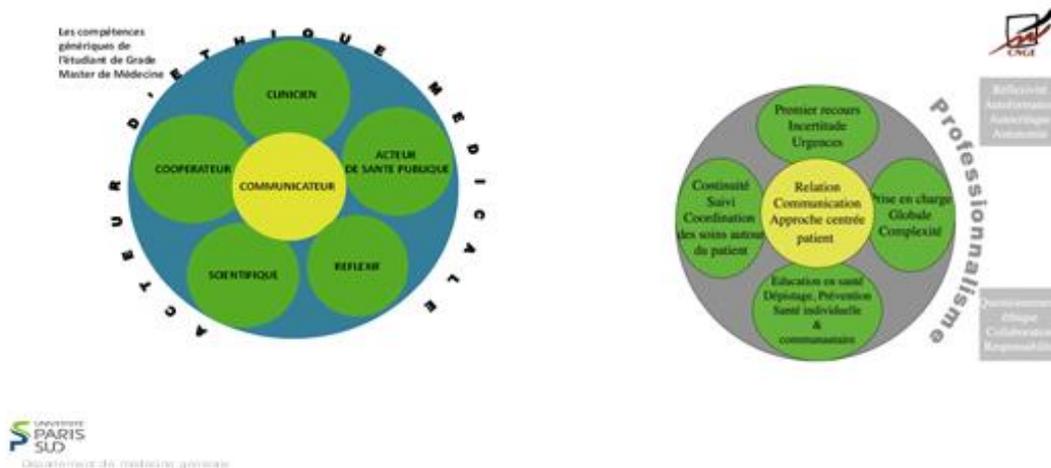


Figure 1 : La marguerite des compétences en médecine générale

Les compétences en communication sont comprises dans la partie « la médecine générale et son champ d'application », du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale (qui comporte 7 parties). Elles y correspondent à la sous-partie (parmi 5 sous-parties) « Les interactions socio-psychologiques élémentaires : la relation médecin-patient, la dimension psychosomatique, la prise en charge psychothérapique par le généraliste, l'écoute active et la reformulation, l'approche systémique, les facteurs anthropologiques et culturels, les interférences avec le milieu de travail, les concepts et les groupes Balint » (25).

Néanmoins, à quelques rares exceptions près comme à Paris XI, à Paris XII (26) et à Nice (27), la formation spécifique à la communication et le développement d'une compétence dans ce domaine restent encore embryonnaires lors du DES.

3 Hypnose et communication thérapeutique

La compréhension des mécanismes de l'hypnose et la place de celle-ci dans la communication médecin patient ont évolué au fil du temps.

D'après Milton H. Erickson l'hypnose est : « *Un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages.* » (28)

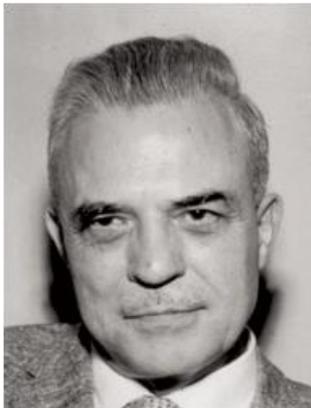


Figure 2 : Milton H. Erickson

Cet état de conscience hypnotique est différencié de l'état de veille et de sommeil comme le montre l'électroencéphalogramme. (29, 30, 31).

D'après le Dr Ernest Rossi, toutes les 90 minutes, l'esprit se régénère en entrant dans un état de rêverie, similaire à un état hypnotique (32, 33, 34). Il s'agit d'un cycle ultradien,

soit un cycle naturel qui se répète plusieurs fois par jour. L'état d'hypnose correspond ainsi à un phénomène naturel de la conscience humaine.

En 1991, l'encyclopédie médico-chirurgicale donne, d'après Jean Godin cette définition de l'hypnose : *« C'est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain lâcher-prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. »*

Depuis les années 1990, la neuro-imagerie fonctionnelle (TEP scanner et IRM fonctionnel) a permis d'explorer les particularités cérébrales du processus hypnotique. Lors d'un état hypnotique certaines zones cérébrales sont activées, d'autres sont désactivées. Ces zones cérébrales ne sont pas activées et désactivées de la même manière hors de l'état hypnotique.

Dans une étude où des sujets se remémoraient des moments de vacances sous hypnose (un enregistrement EEG prouvait que les sujets ne dormaient pas), les cortex occipital (région de la vision), pariétal (région des sensations et de leur intégration) et le gyrus précentral (région de la motricité) étaient activés. Alors que chez les sujets se remémorant leurs vacances sans être en état d'hypnose, ce sont les lobes temporaux qui étaient activés. De plus, le précunéus et le cortex cingulaire postérieur sont désactivés pendant l'état hypnotique. Or, ces zones cérébrales sont activées chez les sujets se remémorant leurs vacances sans être en état d'hypnose et chez des sujets éveillés ne pensant pas à quelque chose de particulier (35).

Le précunéus et le cortex cingulaire postérieur sont impliqués dans la perception de soi par rapport au monde extérieur.

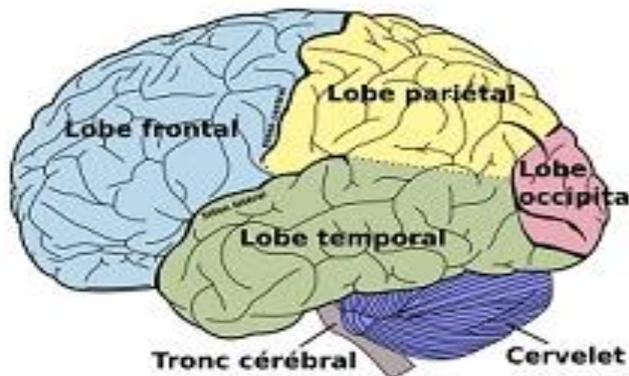


Figure 3 : Les lobes cérébraux

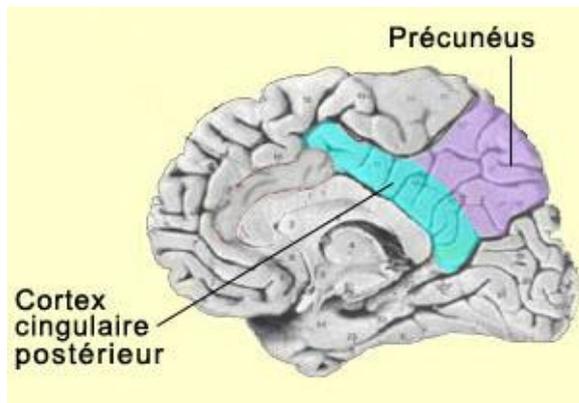


Figure 4 : Le cortex cingulaire postérieur et le précunéus

Une autre étude, portant sur la remémoration d'un morceau de musique, a retrouvé la même activation dans le cortex cingulaire antérieur (aire 32 de Brodman) lorsqu'un sujet écoute un morceau de musique et lorsqu'on lui demande de se le rappeler sous hypnose (36). Activation qui n'existe pas si on lui demande de s'en souvenir sans qu'il soit en état d'hypnose.

La perception d'illusions visuelles sous hypnose a également été montrée. Sous hypnose, une désactivation des régions cérébrales impliquées dans la perception des couleurs (au niveau du lobe occipital) a été retrouvée lorsqu'on demande au sujet d'imaginer qu'un panneau constitué de carreaux colorés est gris (37).

Concernant la perception douloureuse sous hypnose, une augmentation de l'activité du cortex cingulaire antérieur a été retrouvée, si on suggère à des sujets sous hypnose présentant un stimulus douloureux constant, que leur inconfort augmente (38). Et des études ont montré une augmentation du débit sanguin dans la partie moyenne du cortex cingulaire antérieur (39, 40) impliqué dans les processus attentionnels, le contrôle cognitif et la modulation de la douleur.

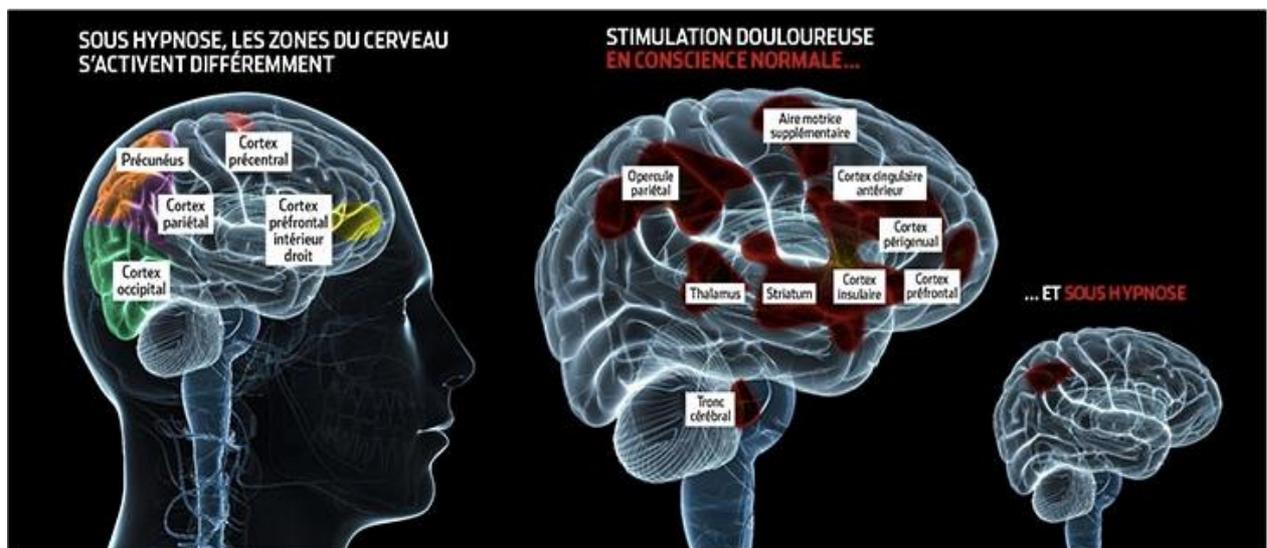


Figure 5 : Activation des zones cérébrales lors d'une stimulation douloureuse, en conscience normale et sous hypnose

En 1998, l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale définit l'hypnose en mettant en valeur le relationnel lors de la pratique de l'hypnose : « *L'hypnose est définie comme un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes*

physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), 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. » (41)

En 2002, Didier Michaux insiste sur la prise en compte dans l'hypnose des « *composantes de la communication et de leur impact relationnel* » (42).

L'hypnose est, en 2016, considérée comme : « *Un mode de fonctionnement naturel et habituel du cerveau humain qui implique la mise à distance plus ou moins fluctuante de la vigilance. Il peut être amplifié par le sujet lui même ou à l'aide d'un tiers. Dans le soin, on parle d'un mode relationnel d'activation thérapeutique qui vise à induire chez le patient des associations fonctionnelles singulières pour mobiliser ses ressources, aptitudes et compétences vers un objectif préalablement défini.* » (43)

L'hypnose médicale conçue comme un mode de communication entre le patient et son médecin fait partie de la formation des médecins scandinaves. Elle est inscrite au cursus de psychiatrie des médecins anglo-saxons (44).

En France, de nombreux diplômes universitaires et interuniversitaires ayant pour sujet l'hypnose médicale sont actuellement proposés. Les formations se déroulent sur une année universitaire, sauf pour la formation de Limoges qui se déroule sur 2 ans.

Tableau I : Diplômes universitaires et interuniversitaires concernant l'hypnose

Université	Intitulé du diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU)	Public à qui s'adresse la formation
<u>Paris XI</u>	Hypnose clinique et thérapeutique (DU)	Médecins, psychologues cliniciens, chirurgiens dentistes, internes en médecine
<u>Paris XI</u>	Hypnose et anesthésie (DU)	Médecins anesthésistes-réanimateurs, infirmiers anesthésistes, sages-femmes, infirmiers de salle de réveil
<u>Début en octobre 2017 : Paris XI</u>	Début en octobre 2017 : Techniques hypnotiques en médecine générale (DU)	Médecins généralistes
<u>Paris VI</u>	Hypnose médicale (DU)	Médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, et étudiants de ces disciplines en fin d'études
<u>Nantes</u>	Hypnose thérapeutique (DU)	Médecins, psychologues, sages-femmes, chirurgiens dentistes, kinésithérapeutes et infirmiers
<u>Montpellier-Nîmes</u>	Hypnose médicale clinique et thérapeutique (DIU)	Internes en médecine, professionnels titulaires d'un diplôme d'état : médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, psychologues cliniciens, et autres soignants diplômés (infirmiers, kinésithérapeutes) sur étude du dossier
<u>Bordeaux</u>	Hypnose médicale (DU)	Médecins généralistes ou spécialistes et chirurgiens dentistes

<u>Bourgogne</u>	Hypnose médicale et clinique (DIU)	Professions médicales, paramédicales et dentaires
<u>Lille</u>	Hypnose clinique (DU)	Médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues en exercice
<u>Limoges</u>	Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes (DU)	Médecins, chirurgiens dentistes, psychologues, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes

Les associations de formation médicale continue se sont aussi emparées de ce sujet.

Tableau II : Programmes de formation continue concernant l'hypnose

Organisme de formation	Formations proposées	Durée
<u>SMFG</u> (société française de médecine générale)	Hypnose : initiation aux techniques de l'hypnose en médecine générale Puis, formations complémentaires : Hypnose et enfant, Hypnose et le patient douloureux, Initiation à l'Autohypnose, Hypnose et recadrages, Hypnose et surpoids, Utiliser des ressources de la relation hypnotique pour les patients souffrant de troubles phobiques	3 week-ends non consécutifs de 2 journées Chaque formation complémentaire dure 2 jours
<u>AFML</u> (association pour la formation des médecins libéraux)	L'hypnothérapie, enseignement théorique et pratique. Initiation. L'hypnose dans le traitement de la douleur	2 jours 2 jours

<u>FMC Action</u> (association nationale de formation continue)	Hypnose médicale : premiers pas	2 jours
	Hypnose médicale : retours d'expériences après initiation	2 jours
<u>FMC Dinan</u>	Initiation à l'hypnose médicale	2 jours
	Hypnose médicale : premiers pas	2 jours

L'hypnose médicale est de plus en plus utilisée pour diverses indications en médecine générale. Elle demande au praticien de se former préalablement au maniement de techniques de communication spécifiques : verbales (en utilisant le sens littéral des mots), para-verbales (en jouant sur les intonations, le rythme, le volume, le timbre, la mélodie, la force) et non-verbales (avec les gestes, la respiration, la position, la posture, les mimiques). Celles-ci reposent principalement sur la synchronisation, la fixation de l'attention, l'utilisation du langage du patient, le maniement stratégique des suggestions et métaphores, dans le respect de la réalité construite par le sujet et sa perception du monde. Elle implique un changement de posture du soignant. En effet, le changement souhaité devient possible du fait que le soignant permet de mobiliser les ressources, compétences et aptitudes du patient lui-même. Des travaux de thèses de médecine générale sur l'hypnose se développent notamment sur le ressenti des médecins généralistes la pratiquant et ses applications possibles (45, 46, 47, 48, 49), ainsi que sur la vision des patients (48, 49, 50, 51). Dans ce travail nous nous sommes intéressés à la vision de médecins généralistes formés à l'hypnose médicale, à leurs ressentis, aux apports de cette formation et aux changements que cela a pu engendrer.

Cette thèse s'intéresse aux médecins généralistes ayant participé au cycle d'initiation aux techniques hypnotiques en médecine générale proposé par la SFMG. L'objectif de ce travail était d'identifier les impacts d'une formation à l'hypnose médicale tels que perçus par les médecins généralistes participants.

MATÉRIELS ET MÉTHODE :

Le but de l'étude était d'étudier le ressenti des médecins généralistes sur les impacts de la formation et non de tester des hypothèses préétablies. Une méthode qualitative par entretiens semi-directifs a donc été choisie.

La formation d'initiation à l'hypnose proposée par la SFMG a été choisie comme cadre de référence. Ce choix permet de garantir l'uniformité du programme suivi et de la spécialité professionnelle (médecine générale) des participants aux formations. Compte tenu du nombre de généralistes formés, il permet aussi une capacité de recrutement suffisante pour parvenir à saturation.

Le programme « Initiation aux techniques hypnotiques en médecine générale » proposé par la SFMG se compose de trois sessions de deux journées, à un mois d'intervalle, soit six journées de formation réparties sur 3 mois. Il est proposé dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes et pris en charge par le Fond Action Formation des Professions Médicales (FAF-PM). De ce fait, la formation est gratuite pour les médecins, ainsi que les frais d'hébergements éventuels. Les frais de transports sont pris en charge pour les adhérents de l'association. Ce programme se déroule avec des groupes comportant dix-huit médecins au plus et des possibles invités (un ou deux internes en médecine générale). La formation alterne, au cours d'une même journée, des exposés interactifs en plénière, portant sur les connaissances scientifiques, avec des exercices supervisés de mise en application, en sous groupes de 3 médecins, suivis d'ateliers réflexifs. En sous groupes, les participants, à tour de rôle, jouent successivement le rôle d'intervenant (réalisant la séance d'hypnose), de patient (récepteur de la séance) et d'observateur (analysant le déroulement de la séance à l'aide d'une grille d'observation). La composition des groupes change à chaque exercice pour que les participants puissent s'entraîner avec des personnes différentes. Ces ateliers pratiques

sont volontairement chronométrés et courts, 10 à 15 minutes selon les exercices, pour se mettre en situation d'une consultation de médecine générale. En effet la durée moyenne des consultations de médecine générale est de 16 minutes, 15 minutes pour les consultations au cabinet et 18 minutes pour les visites (52).

Un appel à participation indemnisée à l'étude a été adressé par e-mail à tous les généralistes exerçant en IDF et formés à l'hypnose par la SFMG. Ils devaient avoir fini la formation depuis au moins 1 mois. La formation à d'autres outils de communication à la SFMG était un critère d'exclusion.

L'entretien étant qualitatif, le but était de permettre une émergence de thèmes variés. L'utilisation de questions ouvertes favorisait l'expression des participants.

Lors du DES de médecine générale à l'université Paris Sud, des séminaires facultatifs portant sur la recherche qualitative sont proposés par le Dr G. Coindard MCA : « Introduction à la recherche qualitative » et « Les méthodes d'analyse qualitative ». Ils ont permis, ainsi que le livre « *L'entretien compréhensif – L'enquête et ses méthodes* » de Jean-Claude Kaufmann, 2011 et d'autres sources (53, 54), l'élaboration du guide d'entretien. Un travail collectif de synthèse a été réalisé avec l'équipe du département de médecine générale de Paris XI enseignants et formateurs en hypnose (P. Arnould MCU, F. Raineri P.A, G. Coindard MCA).

Pour vérifier l'application du guide, sa compréhension et s'entraîner à la réalisation d'entretiens qualitatifs, trois entretiens tests ont été réalisés avec des médecins présentant des critères d'exclusion à l'étude.

Le guide d'entretien final figure ci-dessous :

- Présentation de l'interne, du contexte, des objectifs de la recherche

- Pourquoi avez-vous fait la formation à l'hypnose médicale ? (Relances éventuelles : qu'est-ce qui vous intéressait initialement ? Qu'est-ce qui vous a amené à vous former à l'hypnose ?)
- Comment avez-vous vécu la formation ? (Relances éventuelles : Comment s'est passée la formation ? Qu'en avez-vous pensé ? Qu'y avez-vous appris ?)
- Quels ont été pour vous, s'il y en a eu, les impacts de cette formation ? (Relances éventuelles : En quoi cette formation a changé votre pratique de la médecine générale ? Citez des expériences où vous pensez que la formation vous a aidée. Et si cette formation avait eu un impact sur vos décisions médicales ? Et quant à votre vie personnelle ?)
- Que souhaiteriez-vous ajouter à cet entretien ?

Le recrutement des volontaires a été réalisé par un appel à participation à l'étude, adressé par e-mail. Il a été adressé à tous les généralistes formés à l'hypnose par la SFMG, ayant fini leur formation depuis au moins 1 mois et exerçant en Île-de-France (pour des raisons de capacité de déplacement de l'enquêteur).

L'appel précisait qu'il s'agissait :

- d'un entretien en face à face,
- pour une durée prévue de 45 minutes,
- au cabinet médical,
- avec un interne de médecine général réalisant sa thèse.

Les entretiens ont tous été réalisés par la doctorante de cette thèse, à l'aide du guide d'entretien préalablement établi comportant trois questions ouvertes et des relances éventuelles. Ils étaient proposés au cabinet médical pour une durée prévue de 45 minutes. Les médecins savaient préalablement que ces entretiens étaient enregistrés et qu'ils pouvaient

stopper l'enregistrement à tout moment. Ils étaient informés de l'anonymisation de la retranscription.

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement par écrit et anonymisés. Une analyse en triangulation par codage de verbatim (ou extraits d'entretiens), en analyse verticale (c'est-à-dire dans chaque entretien) et horizontale (c'est-à-dire en comparant les différents entretiens) jusqu'à émergence d'un arbre thématique de thèmes et sous thèmes a été réalisée.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à obtention de la saturation des données recueillies.

RÉSULTATS

1 Caractéristiques de la population

Les entretiens ont été réalisés entre les mois de mai et d'août 2015. La population étudiée était constituée de quinze médecins généralistes exerçant en Île-de-France. Ces médecins avaient tous suivi dans son intégralité et terminé la formation d'initiation à l'hypnose de la SFMG, depuis au moins un mois. La durée moyenne a été de 45 minutes par entretien.

Ils ont été réalisés dans le cabinet de consultation des différents médecins pour 13 d'entre eux. Deux entretiens ont été réalisés au domicile des médecins, l'un pour raison de santé, l'autre par facilité logistique. Les entretiens se sont déroulés dans une ambiance décontractée. Aucun médecin n'a interrompu précocement l'entretien.

La saturation a été atteinte au douzième entretien, c'est-à-dire qu'il n'y avait plus d'informations supplémentaires capables d'enrichir ce travail. Trois entretiens supplémentaires ont permis de confirmer cette saturation. C'est pourquoi cette étude repose sur quinze entretiens.

Les quinze médecins généralistes de l'étude étaient sept femmes et huit hommes. Le plus jeune avait 28 ans, le plus âgé 66 ans. La moyenne d'âge était de 54,8 ans. Deux des médecins étaient des retraités en activité. Un des médecins était une interne en dernier semestre d'internat, en stage SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé). Les caractéristiques des différents médecins sont référencées dans le tableau III.

Tableau III : Caractéristiques des médecins généralistes ayant participé aux entretiens

Sexe	âge	Libéral/salarié	Lieu d'activité	Mode d'exercice	Activité universitaire	Orientation particulière	Nombre d'actes
F	60	libéral	urbain	En groupe	Non	Minoritaire : Allergologie, homéopathie, hypnose, EFT	Entre 2500 et 4500 actes/an
H	59	libéral	Urbain	seul	Non	Majoritaire: Tabacologie et nutrition	<2500 actes/an
H	38	libéral	urbain	En groupe	Oui	non	Entre 4500 et 7000 actes/an
H	32	Libéral et salarié	urbain	Remplaçant, en groupe	non	non	<2500 actes/an
H	61	libéral	urbain	seul	non	Minoritaire : homéopathie	>7000 actes/an
F	53	libérale	urbain	seule	non	Minoritaire : acupuncture et homéopathie	<2500 actes/an
F	66	Libérale, retraîtée en activité	urbain	En groupe	non	non	<2500 actes/an
F	28	Interne SASPAS en libéral, en dernier semestre d'internat	urbain	En groupe	oui	non	<2500 actes/an

H	65	Libérale et salariée	urbain	En groupe	oui	non	Entre 4500 et 7000 actes/an
H	58	Libérale	urbain	seul	oui	Majoritaire : hypnose	<2500 actes/an
F	56	Libérale	urbain	En groupe	non	non	Entre 2500 et 4500 actes/an
H	62	Libérale et salariée	urbain	En groupe	Non	Minoritaire : homéo	Entre 2500 et 4500 actes/an
F	61	Libérale et salariée	urbain	seule	non	Minoritaire : homéopathie, acupuncture	Entre 2500 et 4500 actes/an
F	66	Libérale, retraitée en activité	urbain	Remplaçante, seule	non	non	<2500 actes/an
H	57	Libéral	urbain	En groupe	non	non	Entre 4500 et 7000 actes/an

2 Résultats de l'analyse qualitative

L'analyse qualitative des entretiens a permis de dégager trois grands thèmes.

2.1 Une formation sur l'hypnose pour des médecins généralistes

2.1.1 Pourquoi la formation

2.1.1.1 Personnellement

Différentes motivations personnelles ont été retrouvées chez les médecins interrogés.

La « curiosité » a été beaucoup citée. Avec le côté « intrigant », « mystérieux », « le côté magique », le « côté spectacle ». L'utilisation de « l'imaginaire », « l'accès à l'inconscient », « l'accès à la connaissance et au cerveau » ont été rapportés. Un médecin a expliqué avoir voulu en connaître davantage sur l'hypnose par « scepticisme ».

Le fait d'en entendre parler et que ce soit « à la mode » a aussi attisé cette curiosité. La connaissance de personnes pratiquant l'hypnose, les retours positifs de patients ou de connaissances, avec des cas où l'efficacité engendrée a été vue par le médecin, ont motivé des médecins. Un des médecins souhaitait se former pour aider un proche à décéder plus sereinement.

Un intérêt pour les médecines alternatives et les soins non conventionnels dans le cadre d'un cheminement personnel a été décrit.

Un besoin de relaxation pour le médecin était retrouvé. Ainsi l'apprentissage de l'autohypnose par le médecin était un élément enthousiasmant.

Une autre motivation était une possible reconversion professionnelle en tant qu'hypnothérapeute.

2.1.1.2 Pourquoi cette formation là

Les médecins rapportaient une confiance dans l'organisme formateur et le formateur.

Ils avaient été motivés par la gratuité de la formation.

La formation était faite spécifiquement pour les médecins généralistes. Cela était important pour les médecins interrogés : « dès que j'ai reçu la formation hypnose en médecine générale ». Ils étaient aussi intéressés par le fait de rencontrer des collègues médecins, de sortir de leur cabinet et de la routine : « pouvoir sortir de mon trou ».

L'opportunité et la facilité d'accès à la formation ont été décrites par certains médecins comme des éléments ayant facilité leur inscription.

2.1.1.3 Apports espérés pour la vie professionnelle de médecin généraliste, avant d'avoir fait la formation

Les médecins ont rapporté vouloir proposer autre chose que la pratique médicale de base, avec l'utilisation de l'hypnose en alternative aux médicaments : « ne pas réduire la médecine à un diagnostic et un traitement chimique », « il y a des moments où on pourrait

beaucoup moins traiter et leur apprendre à faire autrement », « il y a plein de choses qui peuvent se compléter en médecine », « élargir les outils ». Des difficultés concernant les moyens thérapeutiques médicamenteux étaient citées par des médecins : « Il faut penser aux effets secondaires, aux médicaments qui disparaissent, aux médicaments qui ne sont pas remboursés. »

Un désir de se former à la communication grâce à la formation, pour améliorer la relation médecin patient était décrit.

Ils voyaient l'hypnose comme un « outil » pour une prise en charge globale des patients. Une technique permettant l'autonomisation des patients. L'hypnose apportant, d'après certains d'entre eux, une ouverture d'esprit et une prise de hauteur.

L'hypnose était perçue comme une aide potentielle dans des situations en impasse où le médecin ne sait plus quoi proposer : « *Il y a évidemment de nombreuses situations où j'arrive au bout et je n'ai rien à proposer. Et je m'étais dit : pourquoi pas ?* » Notamment dans le sevrage tabagique, les troubles du comportement alimentaire, la douleur, l'anxiété et l'accompagnement en fin de vie : « *l'aider à trouver la paix* ».

2.1.2 Les retours sur la formation

2.1.2.1 La relation aux autres médecins généralistes

Les médecins décrivaient une formation avec une « relation de confiance » entre les participants, comme lors de la relation médecin patient. Un lieu unique « bienveillant » sans « jugement », avec une « cohésion » et une « sincérité » des médecins. D'après l'un d'eux, ce vécu découvert lors de la formation serait reproductible au cabinet des généralistes.

La formation a permis la découverte d'autres médecins : « *On a appris à connaître les personnes du séminaire.* », « *Il y avait des médecins qui venaient de tous les horizons.* »

Il était également rapporté que certains participants étaient moins motivés que d'autres par la pratique hypnotique.

2.1.2.2 *La formation en elle-même*

Le côté pratique avec les jeux de rôles a été très apprécié par les médecins. La formation est décrite comme « *excessivement concrète et bien établie* ». Elle a été vécue comme une « *transmission d'expérience* », « *adaptée à la pratique de la médecine générale* ». Ils ont notamment trouvé important d'avoir été à la place du patient. Mais certains auraient aimé avoir des retours sur la pratique en petits groupes. Les médecins ont apprécié le formateur : « *J'ai beaucoup aimé ce personnage.* »

La formation a été qualifiée de trop courte : « *trop d'information en trop peu de temps* ». Elle était décrite comme se mettant progressivement en place au fur et à mesure des journées de formation : « *Il a fallu que j'attende la fin des six journées pour pouvoir me dire le puzzle est en place. Je peux me représenter comment les choses vont se faire.* » La satisfaction d'avoir un diplôme à la fin a été rapportée : « *J'étais très content d'avoir un diplôme.* »

Le lieu où elle se déroulait a été décrit comme « *moche et bruyant* ». Des médecins regrettaient ne pas avoir eu de formation spécifique dans des domaines spécifiques : les addictions, la tabacologie, les troubles du comportement alimentaire.

2.1.2.3 *Le vécu de la formation*

Les médecins ont vécu des moments agréables « *de très bons moments* », « *très intéressant* », mais aussi inattendus « *surprenant* » et émouvants « *retournant* ».

Ils y ont découvert leurs propres possibilités hypnotiques : « *J'ai découvert que moi je pouvais en faire.* » Et l'état de transe y a même été possible chez les participants moins intéressés.

2.1.3 Points de vue sur l'hypnose des médecins interrogés, au moment des entretiens, donc après la formation

2.1.3.1 *Une alternative thérapeutique, un outil en plus pour la pratique de la médecine générale, avec une approche globale*

L'hypnose était vue comme un outil en plus : « *un outil pour ma pratique* ». Cet outil permettait aux médecins interrogés une alternative thérapeutique : « *un autre moyen thérapeutique* ». Cela dans une approche globale : « *cette approche-là, globale* ».

L'opportunité d'observer son patient et sa manière de se comporter grâce aux séances d'hypnose a été rapportée : « *J'observe et je note la façon dont la personne se comporte. Ce que je ne fais pas le reste du temps.* »

2.1.3.2 *Une technique de communication utilisant l'imaginaire et l'accès à l'inconnu en jouant avec les mots*

Les techniques hypnotiques ont été décrites par les médecins comme une formation utile en communication : « *une manière de préserver le dialogue médical* », « *pour moi l'hypnose ce n'est pas une technique, c'est une autre façon de s'adresser aux personnes* ».

L'hypnose a été perçue comme une manière de « *jouer avec les mots* ». Avec l'utilisation de l'imaginaire du médecin : « *je vais réfléchir la veille à quelle histoire je vais raconter* », « *dans mon imagination* ».

Un côté « *show* », « *magique* », « *étrange* » permettant l'accès à l'inconnu était associé à l'hypnose.

2.1.3.3 *Des façons de faire instinctives, théorisées grâce à la formation*

Les médecins ont rapporté la notion de techniques instinctives théorisées grâce à la formation : « *C'est intuitif, c'est quelque chose d'inné en nous.* » Cela permettait de mieux les utiliser : « *Ces choses que l'on fait de façon un peu instinctive, ça m'a permis de mieux les utiliser et de mieux les comprendre.* », « *Quand on prend conscience qu'on le fait on est encore meilleurs, parce qu'on est plus à l'écoute des choses.* »

Une meilleure connaissance de soi-même a ainsi été possible : *« J'ai compris des façons inconscientes que j'avais d'être. », « Ça m'a permis de mettre un mot sur ces attitudes que je pouvais avoir. »*

L'hypnose peut avoir été utilisée par tout le monde, sans s'en rendre compte : *« L'hypnose je pense qu'on l'a déjà tous pratiqué sans le savoir. »* Et les médecins parlaient de la possibilité d'être en état hypnotique sans le savoir. Cela était décrit comme une aide en pédiatrie : *« L'enfant se retrouve en état d'hypnose sans savoir qu'il y est (...) ça marche assez bien. »* Un médecin a décrit des inductions hypnotiques réalisées sans que le patient sache que c'est de l'hypnose.

Un médecin utilisait de manière instinctive des techniques d'autohypnose lorsqu'il était agacé en consultation. L'avoir théorisé lui a permis de le faire de manière plus institutionnalisée.

2.1.3.4 Une technique simple, efficace et avec une efficacité rapide sur les symptômes, sans en rechercher les causes

Les médecins ont trouvé que les techniques d'hypnose étaient simples : *« Ce n'est pas compliqué. C'est très simple. », « J'ai trouvé ça plus simple que je n'imaginai. »* L'utilisation de ces techniques a notamment permis davantage de simplicité pour la négociation des traitements. Elles ont été décrites comme facile à intégrer en médecine générale.

L'hypnose a été décrite comme une technique efficace : *« Ça marche, c'est incroyable ! »* Son délai d'action rapide a été rapporté : *« Ça peut faire gagner du temps. »*

De ce fait, ils auraient aimé être formés plus tôt à la pratique de l'hypnose : *« Ça aurait amélioré considérablement ma pratique professionnelle de le faire avant. »*

Un médecin précisait que l'hypnose s'attachait à traiter les symptômes sans chercher les causes des problèmes : *« ça ne soigne pas les causes ».*

2.1.3.5 *La pratique de l'hypnose par des médecins pour pallier à la notion de manipulation*

Les médecins voyaient un risque de manipulation associé à la pratique de l'hypnose : « *Ça a quand même un pouvoir de manipulation chez certaines personnes.* » Avec un risque de « *sentiment de toute puissance* » par le thérapeute. Un médecin expliquait ne pas faire d'hypnose conversationnelle lors des gestes chez les patients adultes, pour ne pas avoir l'impression de les manipuler. Un autre médecin parlait du risque de « *lever des choses dont on n'est plus maître après* ».

Les médecins soulignaient la nécessaire confiance entre le patient et l'hypnothérapeute : « *On ne peut pas proposer ça à des gens qui n'ont pas confiance.* » Et ils parlaient de l'importance du fait que l'hypnose et les techniques hypnotiques ne soient utilisés que pour le bien du patient : « *qui soit pour le bien du patient* ».

Ils déclaraient qu'il serait préférable que ce soit des médecins qui pratiquent l'hypnose. De part :

- les réflexes médicaux : « *Je pense que c'est important d'avoir des réflexes médicaux.* »
- les connaissances scientifiques : « *Ce serait un peu stupide de ne laisser que des non médecins s'occuper de l'hypnose. Dans la mesure où, nous, on sait exactement ce que c'est. Scientifiquement il y a des choses qui ont été prouvées. Donc ça relève de notre champ de compétences.* »
- pour que les patients soient rassurés : « *Ce qui les rassure c'est que ce sont des médecins qui en font.* »
- et du fait de la place particulière du médecin : « *Quand on est médecin on a un certain contact avec le mental des gens. C'est une place très particulière.* »

Les médecins interrogés ont parlé du danger de la pratique de l'hypnose par des non soignants et non médecins : « *Ils risquent de faire plus de dégâts qu'autre chose.* », « *Nous les médecins on a un code. On est que dans la thérapeutique.* »

2.1.3.6 *Une absence d'effets secondaires*

Paradoxalement par rapport à la notion de manipulation possible, les médecins rapportaient l'absence de risques associés à la pratique de l'hypnose : « *comme il n'y a pas d'effet secondaire* », « *c'est sans risque* ». Et ainsi l'intérêt de la pratique de l'hypnose : « *ça ne peut faire que du bien* ».

2.1.3.7 *Un changement dans la façon de penser pour libérer des ressources personnelles*

Les médecins ont rapporté des modifications engendrées dans la manière de penser.

Ainsi, l'importance de formuler la pensée de manière positive était soulignée : « *dire les choses de manière positive plutôt que négative* ».

L'importance de structurer des objectifs était aussi montrée : « *Je ne fais jamais une séance d'hypnose sans que l'on ait fixé l'objectif de la séance.* »

L'utilisation de l'hypnose a permis un changement de paradigme pour des patients : « *Je pense qu'il a pu réfléchir autrement.* »

Les médecins ont ainsi déclaré que l'hypnose permet pour le patient l'utilisation de ressources cachées en lui-même : « *que les gens puissent utiliser quelque chose qui est en eux* ».

2.1.3.8 *La logistique des séances d'hypnose*

Les médecins ont parlé de l'absence de réglementation quant à la pratique de l'hypnose.

Ils ont souligné l'absence de codification adaptée à la réalisation d'une séance d'hypnose par la sécurité sociale. Pourtant pour eux, l'hypnose serait une technique permettant des économies dans le domaine de la santé : « *une meilleure optimisation des résultats d'une consultation et de ce que ça coûte à la société* ».

Ils ont parlé de la possibilité de réaliser des séances en peu de temps lors d'une consultation. Ils ont expliqué que les techniques utilisées en hypnose étaient très codifiées, très éloignées de quelque chose de magique.

Les praticiens ont évoqué des limites qu'ils se fixent pour évaluer l'efficacité de leurs séances d'hypnose : *« Je leur dis : si à la troisième séance d'hypnose le problème n'est pas réglé c'est que je ne suis pas la meilleure hypno thérapeute pour vous, ou que ce n'est pas la bonne méthode pour vous. »*

Ils ont aussi abordé la contre-indication à la pratique de l'hypnose dans la schizophrénie. Et donc le fait que l'hypnose n'est pas utilisable pour tous les patients.

2.1.3.9 Des liens entre l'hypnose et la médecine générale : l'importance du contexte, de la connaissance de son patient, dans une relation d'écoute unique

Les médecins ont cité une similitude entre une consultation d'hypnose et une consultation de médecine générale : *« C'est quasiment la même situation. On est avec un patient et on essaie d'aborder un problème d'une certaine façon. »*

Ils ont ainsi signalé l'importance de connaître son patient et son contexte pour pouvoir lui faire de l'hypnose : *« il faut que j'aie connaissance du vécu, de l'histoire du patient ».*

Ils ont aussi évoqué la relation d'écoute du médecin qui est toujours unique à chaque fois : *« C'est qu'on a beau parler mais l'écoute est un peu différente. »*

2.1.3.10 Former davantage de médecins, plus précocement dans l'exercice professionnel, qui devraient ensuite continuer à pratiquer

Les médecins ont déclaré qu'il faudrait former davantage de médecins : *« la médecine devrait former tous ses médecins à ces techniques-là »* et plus tôt dans l'exercice professionnel : *« ça devrait faire parti du cursus de base ».* Ils ont expliqué que les patients recherchent des médecins à l'écoute : *« les patients ils cherchent ça ».* Ils auraient aimé y être formés plus tôt : *« j'aurais dû le faire avant ».*

D'autant plus que certains ont décrit plus de difficulté en vieillissant pour intégrer ces nouvelles techniques : « *ce n'est pas facile pour un ancien de changer son débit, sa pratique* ». Cependant, un des médecins a évoqué un besoin de prise de recul et de maturité pour la pratique de l'hypnose. Et donc le fait que la pratique de l'hypnose serait moins adaptée pour les jeunes.

Les médecins ont souligné l'importance de pratiquer pour s'améliorer : « *c'est en pratiquant qu'on maîtrise* », même dans des situations ne s'étant pas bien déroulées : « *ça m'apprend à bien réfléchir, à anticiper ce qui pourrait arriver* ». Ils ont continué à se former et s'intéresser à l'hypnose. Certains s'étaient inscrits ou avaient fait des formations complémentaires. D'autres ont acheté des livres en rapport, ou travaillent sur les documents fournis à la formation.

2.1.3.11 Les patients par rapport aux séances d'hypnose

Les médecins ont rapporté de bons retours de la part des patients sur le vécu des séances d'hypnose : « *ils sont contents* ».

Ils ont évoqué des demandes extravagantes de patients quant à l'hypnose : « *J'ai un patient qui hésite, qui ne sait pas choisir entre deux femmes. Alors il est venu me voir pour de l'hypnose.* »

Un changement de paradigme dans la façon de percevoir le médecin du fait qu'il se forme en hypnose a été rapporté : « *du coup eux ils me regardent différemment* ». Un médecin pensait que le fait qu'il change pouvait montrer à ses patients qu'il était possible d'évoluer.

2.1.4 Les freins à la pratique de l'hypnose

2.1.4.1 Le manque de cadre et de reconnaissance

Les médecins ont fait part d'un manque de reconnaissance de la discipline : « *aucune reconnaissance* », associé à un manque de réglementation : « *ce n'est pas une discipline réglementée* ».

2.1.4.2 Une pratique chronophage

Les médecins ont décrit une pratique qui prend du temps : « *c'est chronophage* », « *ça augmente la durée de consultation* ».

2.1.4.3 Un manque de rentabilité

Les médecins ont expliqué qu'il n'y a pas financièrement de cotation adaptée pour l'acte d'hypnose. Ils ont parlé d'une rémunération non adaptée : « *Au début je faisais à 23 euros mais ... ça n'a pas de sens.* »

2.1.4.4 Une appréhension à pratiquer de l'hypnose

Les médecins ont décrit une appréhension à se lancer après la formation : « *j'appréhendais de ne pas faire les choses bien* ». Ils ont rapporté une impression de manquer de légitimité pour la pratique de l'hypnose : « *je ne me sens peut-être pas encore légitime* ». Des médecins ont expliqué ne pas toujours dire réellement qu'ils font de l'hypnose aux patients : « *je dis : on va faire un état comme hypnotique* », « *j'ai fait tout doucement sans lui dire* ». Un autre médecin a indiqué aimer montrer des preuves de la légitimité de la technique hypnotique : « *Ça me permet de dire aux gens que ça s'appuie sur des choses.* » Certains auraient aimé être plus encadrés après la formation dans la pratique de l'hypnose.

À l'inverse, un médecin a expliqué son appréhension de trop faire d'hypnose : « *J'ai un peu peur si j'en faisais trop, de trop me spécialiser dans cette technique.* »

2.1.4.5 Des échecs personnels en hypnose et la peur de l'échec induite

Les médecins ont décrit des séances d'hypnose où ils n'arrivaient pas à mettre le patient en état d'hypnose, ainsi que des séances qui n'ont pas permis d'atteindre les objectifs. Cela ayant entraîné une peur de l'échec : « *Alors évidemment quand ça n'a pas marché la première fois, ça m'a freiné.* »

2.1.4.6 *La nécessité d'un investissement*

Les médecins ont parlé de la nécessité de s'investir pour pouvoir pratiquer l'hypnose : « *c'est un investissement* ». L'utilisation des nouvelles techniques n'était pas spontanée pour eux : « *Il faut que j'y pense quoi. Ce n'est pas dans ma nature.* »

2.1.4.7 *Une fatigue engendrée par la pratique*

Des médecins ont rapporté une fatigue suite à la pratique de l'hypnose : « *Ça me fatigue. Je me sens épuisée.* » Mais, d'autres médecins interrogés pratiquant l'hypnose ont décrit le contraire (cf. 2.2.1.1 *Davantage de confort de travail*, p. 39).

2.1.4.8 *Pratiquer en tant que remplaçant ou non, avec un patient qui a été adressé ou non*

Un médecin a expliqué que ce serait plus compliqué de faire des séances en tant que remplaçant. Mais un autre a rapporté le contraire, car il n'y aurait pas d'obligation de résultat en tant que remplaçant.

Un médecin a parlé de conflit d'intérêts, selon lui, si le même médecin proposait une séance puis la faisait. Il a expliqué que c'était plus facile de faire une séance lorsqu'un patient était adressé. Pourtant, les autres médecins ont mis l'accent sur l'importance de la relation de confiance et le fait de bien connaître son patient, pour pouvoir réaliser une séance d'hypnose.

2.1.4.9 *L'hypnose ne cherche pas les causes des maux*

Un des médecins a expliqué que l'hypnose ne s'attachant pas à chercher la cause des problèmes mais à traiter les symptômes cela ne correspondait pas à sa manière d'exercer la médecine : « *Ça ne soigne pas les causes de la douleur. Et moi ce sont mes objectifs, d'aller creuser loin.* », « *Je n'ai pas pu le faire parce que ça bouleverse trop mes pratiques, ma façon de travailler.* »

2.2 Impacts de la formation sur la vie professionnelle d'après le ressenti des médecins interrogés

2.2.1 Le vécu du métier de médecin

2.2.1.1 Davantage de confort de travail

Des médecins ont expliqué que faire des séances d'hypnose leur fait du bien, leur donne la pêche : « *L'hypnose, moi ça ne me fatigue pas, ça me fait du bien.* » Mais, d'autres médecins ont rapporté l'inverse (cf. 2.1.4.7 *Une fatigue engendrée par la pratique*, p. 38).

Ils ont parlé d'une diminution du stress professionnel du fait d'avoir des solutions à proposer aux patients, dans des situations où ils n'en avaient pas : « *Je n'aime pas les laisser partir en disant je ne peux rien pour vous. (...) C'est une situation médicale qui est complètement en impasse. Il n'y a rien à proposer sur le plan médical. Et elle avait une attente. On a fait la séance. (...) Comme ça vous vous mettez moins la pression aussi. Vous êtes moins à l'approche du burn-out.* »

Les médecins ont décrit un contact plus facile avec les patients : « *Ça allège au niveau du contact avec le patient je trouve.* » Ils ont évoqué avoir moins besoin de prendre des pauses pendant la journée de travail : « *Avant j'étais obligé d'aller dans la cour, ou d'aller boire un café de temps en temps pour me régénérer (...). Et là je sens que j'ai beaucoup moins besoin.* »

Et ainsi ils ont fait part d'un meilleur vécu de leur métier : « *J'ai un meilleur vécu des consultations.* »

2.2.1.2 Un enthousiasme à intégrer des techniques en adéquation avec leur vision de la médecine

Les médecins ont fait part de leur contentement : « *je trouve ça super* », « *je suis passionnée* », « *je trouve ça absolument fabuleux* ».

Ils ont rapporté leur vécu positif des séances d'hypnose : « *En fait ça ne se passe pas mal.* »

La manière d'exercer la médecine avec les techniques de communication apprises a été vue comme plus en adéquation avec le médecin qu'ils souhaitaient être : *« Ça convient vraiment à l'image que je souhaitais de moi en tant que médecin. Je trouve que c'est plus intéressant d'avoir un médecin à l'écoute et avec ces compétences là, qu'un médecin interniste. En tout cas pour la médecine générale. »*

2.2.1.3 Un meilleur vécu de leurs exigences professionnelles

Les médecins décrivaient être plus à l'aise par rapport à leurs propres exigences de tout faire bien en tant que médecin : *« ça me déculpabilise beaucoup », « ça m'a fait beaucoup de bien »*. Et ainsi un médecin a décrit un meilleur vécu de la pratique de l'autohypnose en consultation quand il en éprouvait le besoin : *« avant ça me culpabilisait de me mettre dans mon cocon »*.

Un médecin a expliqué se sentir moins isolé en sachant que d'autres médecins généralistes utilisent ces techniques : *« Je n'avais pas l'impression d'être tout seul dans mon coin à faire des choses un peu originales. »*

2.2.2 La posture du médecin par rapport au patient

2.2.2.1 Des patients vus dans leur globalité

Les médecins ont rapporté que *« les patients arrivent plus facilement dans leur globalité »*.

2.2.2.2 Une prise de hauteur

Les médecins interrogés ont parlé d'une prise de recul : *« J'arrive à prendre plus de recul. »* Ils ont dit moins juger les patients : *« Ça m'a aussi beaucoup aidé à moins juger les patients. »* Ils ont expliqué prendre les choses moins personnellement, en les attribuant à leur attitude et non à leur personne. Cela donnant plus de facilité pour s'ajuster la fois suivante : *« Maintenant, je vais moins le prendre comme une attente personnelle. Je vais moins me dire*

que c'est de ma faute en tant que personne. Mais c'est plus mon attitude. C'est ce que j'ai dit et ce que j'ai fait qui n'a pas marché. Du coup c'est plus facile de se remettre en question. Et c'est plus facile de modifier pour la fois d'après. »

Ils ont fait part d'un changement dans la manière de percevoir les patients : *« Les gens qui me paraissaient antipathiques, j'essaie juste de rentrer dans leur système de valeurs. »*

Ils ont déclaré que la formation et l'utilisation des techniques hypnotiques rend plus humble par rapport au patient : *« Ce qui met dans une position de thérapeute plus humble. »*

2.2.2.3 L'utilisation de techniques personnalisées et adaptées à chaque patient

Les médecins ont décrit l'utilisation de techniques personnalisées et adaptées à chaque patient : *« vu que c'est adapté à chaque patient », « entrer dans le référentiel du patient »*. Avec des métaphores qu'ils ont créées spécialement pour le patient : *« faire les métaphores qui sont adaptées à la personne »*.

Il a été rapporté que chaque séance d'hypnose était unique, personnalisée et écoutée personnellement à un moment donné : *« Mais ça ne se passe jamais de la même manière. Ce n'est pas le même résultat, pas le même voyage. »*

2.2.2.4 L'autonomisation du patient

La formation a permis aux médecins d'utiliser une communication par guidance, sans diriger le patient : *« Ça m'a permis de mieux comprendre comment on pouvait guider le patient, pas le diriger. »*

Ils ont fait part d'une vision du médecin qui accompagne le patient et l'aide à se prendre en charge : *« En fin de compte tout le travail c'est le patient qui le fait. On est simplement le cocon, le cadre qui permet à la personne d'aller faire ce travail. »* Ils les aident à formuler leurs objectifs.

Les médecins se voyaient comme un guide pour les patients : *« L'objectif n'est pas de les guider dans ce que je crois être la bonne direction pour eux. Mais la leur. »*

Les patients étaient amenés à prendre plus part à leur prise en charge : « *Je leur renvoie peut-être un peu la balle.* », « *Le travail est collaboratif, interactif et participatif. On travaille à deux.* »

La pratique de l'hypnose a été décrite comme plus efficace avec un patient motivé pour en faire, donc autonome dans son choix : « *Je leur dis : Je ne veux pas vous prendre tout de suite.* », « *Il faut qu'ils en aient très envie, que ça ait mûri et que ce soit le bon moment.* »

L'apprentissage de l'autohypnose par les patients a été rapporté comme un facteur important dans l'autonomisation des patients : « *Très vite il a su utiliser le truc lui-même. Et quand il a très mal il se fait une petite séance d'autohypnose.* », « *Après ils sont autonomes très vite.* », « *L'hypnose permet ensuite au patient d'être autonome.* » L'hypnose a été décrite comme un outil qui se partage avec les patients : « *un outil, que je peux partager avec les autres* ».

Ils ont aussi décrit une autonomisation des parents en pédiatrie, qui comprenaient l'attitude à adopter pour l'autohypnose de leur enfant pendant les soins : « *Il y a des mamans qui ont pigé le truc. Maintenant elles viennent avec des films sur leur téléphone portable, ce qui revient au même finalement.* »

2.2.3 La pratique médicale en dehors de la prise de décision

2.2.3.1 Une pratique plus affinée

Les médecins ont décrit un gain en maturité pour l'exercice médical : « *ça a amélioré ma pratique* », « *quelque chose de beaucoup plus adulte, beaucoup plus mature que ce que je pouvais faire avant* ».

2.2.3.2 Communiquer s'apprend

Les médecins ont expliqué que bien communiquer s'apprend, même en ayant une bonne capacité d'écoute : « *on ne sait plus communiquer* ».

Ils ont parlé de l'apprentissage de l'écoute du langage du patient grâce à l'utilisation de techniques hypnotiques : « *apprendre à écouter le langage du patient* ». Ils voient l'utilisation de ces techniques comme une aide importante pour une écoute cadrée et sans débordement : « *beaucoup plus cadré qu'une simple écoute émotionnelle qui des fois peut déborder* ». Ils ont cité :

- le tri, les vakogs, la formulation positive : « *dire les choses de manière positive plutôt que négative* »,
- l'importance de fixer des objectifs précis, les suggestions de changement avec la notion de : « *mettre en mouvement* »,
- l'utilisation des silences : « *ça m'est arrivé de laisser des blancs, de laisser des pauses et de laisser le patient apporter certains problèmes qu'il n'aurait pas apportés en temps normal* »,
- les métaphores : « *je lui ai parlé de combat. Parce que je ne peux pas lui dire vous allez guérir. (...). Donc je parle de combat. Donc je l'amène à utiliser des termes linguistiques de batailles* »,
- les recadrages et les injonctions paradoxales utilisées pour dédramatiser après avoir parlé de choses sensibles : « *le sens de la coupure. (...) Même dans des consultations un peu classiques, tout d'un coup on passe à autre chose et puis on peut parler. La dernière fois j'ai parlé de quelque chose, ça a fait éclater de rire* »,

Certains ont rapporté avoir mis en place rapidement les techniques de communication : « *Du jour au lendemain c'était assez différent.* »

La synchronisation avec le patient n'a pas été utilisée par tous car certains y ont vu une perte de spontanéité pour plaire au plus grand nombre : « *je n'ai pas profité de la formation pour essayer de plaire à tout le monde* ».

2.2.3.3 *L'utilisation de l'hypnose conversationnelle pendant les consultations*

Les médecins de l'étude ont expliqué utiliser fréquemment les techniques de communication apprises : « *je les utilise au quotidien* », « *je m'en sers quasiment à chaque consultation* ». L'hypnose conversationnelle était utilisée au cours des conversations avec les patients : « *Un peu d'hypnothérapie conversationnelle pour concentrer leurs ressources et leurs compétences. Pour les amener. C'est souvent aussi un discours de valorisation. Par exemple, pour l'arrêt du tabac, des discours comme : « je ne vais pas vous parler de tous les problèmes qui vous poussent à arrêter parce que vous savez que vous arrêterez un jour, ici maintenant ou demain* ». *Voilà je tiens quelquefois un petit discours comme ça. Un petit peu inductif, moi j'appelle ça comme ça. Où on prépare les gens.* »

2.2.3.4 *Un contact plus facile avec les patients*

Les médecins ont rapporté qu'ils cadraient davantage les consultations, qu'ils se laissaient moins disperser par les patients : « *Je suis à la fois plus ferme aussi. Quand ils partent dans tous les sens.* »

Ils ont fait part d'une meilleure gestion des situations conflictuelles avec les patients : « *Il y avait une situation compliquée avec une patiente d'une collègue que je remplaçais. (...) Donc elle prend une dame. Ça se passe très mal. Et du coup elle sort de son bureau de médecin. Elle laisse la patiente sur place, parce que la patiente l'avait menacée. Et elle me dit : « Je ne peux pas retourner dans mon bureau. ». Du coup je lui dis : « Attends, je vais la voir. ». Donc ça a duré longtemps, environ 30 minutes. Et c'est vrai que la patiente était très remontée. Elles avaient envie de se taper. Et du coup la patiente est sortie, elle est rentrée chez elle. Et ça a énormément impressionné les 3 médecins qui étaient là. (...) J'avais juste fait 2 -3 suggestions, je ne sais plus en fait. Enfin, je sais que j'étais presque un peu scolaire dans mes suggestions.* »

Ils ont décrit un abord plus serein des patients : *« une manière de les aborder plus sereine. Très posée. (...) même quand on est pressé ».*

Un médecin a raconté utiliser des approches plus personnalisées, moins anonymes dans la salle d'attente : *« Parce qu'avant quand la salle d'attente était blindée, c'était : « Bonjour tout le monde. On y va ! ». Mais c'était assez anonyme. Là je suis capable de dire bonjour en regardant chacun. Et je crois que ça a changé. Je suis plus gentille. C'est pour tout le monde extrêmement apaisant. »*

Ils utilisaient l'hypnose conversationnelle pour rassurer les enfants inquiets : *« des petits asthmatiques y en a qui ont déjà fait des séjours à l'hôpital. Les pauvres ils sont déjà inquiets. Donc quand ils sont inquiets, j'essaie d'entrer en hypnose conversationnelle avec eux ».*

Ils ressentaient cette relation à l'autre comme appréciée par les patients : *« j'ai vu que les gens apprécient ça ».*

2.2.3.5 Interrelation médecin patient

Les médecins interrogés ont parlé de l'importance du fait que le médecin aille bien : *« il faut quand même être en forme ».* En effet ils ont évoqué une notion de syntonie médecin patient : *« on se relaxe ensemble »*, d'où l'importance de l'état du médecin pour faire une séance d'hypnose : *« ça va dépendre aussi de mon état à moi ».* Ils ont décrit la même chose pour avoir une bonne qualité d'écoute : *« il y avait quelque chose qui était trop tendu en moi pour que je puisse accéder à une écoute de la personne ».*

Un médecin a expliqué préserver la qualité de son écoute grâce au fait qu'il se mettait en autohypnose quand il était agacé, pour mieux écouter ensuite : *« Tu n'es pas du tout présent, tu n'es pas là. Mais je sais que je n'écoute pas pour justement garder la qualité de mon métier. »*

2.2.3.6 *La gestion du temps lors des consultations médicales*

Des médecins de l'étude ont décrit, depuis la formation, une meilleure gestion du temps lors des consultations : « *je régule mieux mon temps* », « *maintenant je suis rassuré sur le temps* ».

Ils ont parlé d'une gestion du rythme des consultations adaptée au patient : « *pour le rythme de la consultation, en fonction de son langage je sais s'il a besoin d'une consultation plus longue pour exprimer certaines choses ou pas* ». Ils ont appris à prendre plus de temps quand c'était nécessaire : « *avant je ne prenais peut-être pas le temps de le faire* ». Mais aussi à être rapide dans d'autres cas : « *j'ai appris qu'on pouvait faire en 5 minutes, c'était suffisant* ».

2.2.3.7 *L'utilisation des techniques hypnotiques pour des gestes ou la prise de la tension artérielle*

Les médecins ont expliqué utiliser les techniques hypnotiques lors des vaccinations en pédiatrie : « *J'en fais pour les vaccins. Ça marche très bien pour les petits.* » Elles ont aussi été utiles pour les pricks tests en pédiatrie : « *les pricks tests je les fais en parlant d'autre chose, puis ça passe comme une lettre à la poste* » et pour les gestes gynécologiques chez certaines patientes anxieuses : « *Les frottis, pour lesquels les femmes sont inquiètes ou très tendues. Quand elles ne sont pas bien, je le fais un petit peu et ça aide.* »

Ces techniques ont aussi été utilisées pour la prise de la tension artérielle et les accès de tachycardie. Pour contrer les éléments perturbateurs comme l'effet blouse blanche et le stress quotidien : « *Les patients qui sont hyper stressés, qui ont une hypertension artérielle, qui arrivent et qui ont 18 19 20 22 de pression artérielle, ou une tachycardie, là je fais ma petite séance. (...) les hypertensions artérielles j'essaie de faire l'hypnose conversationnelle, et ça marche très bien. (...) Je vois que ça marche pratiquement toujours.* »

2.2.4 Les décisions médicales

2.2.4.1 Un meilleur recueil de données

Les médecins ont rapporté que l'utilisation des outils enseignés permettait un meilleur recueil de données : « *faire l'inventaire de certains risques qu'on n'aurait pas vus* ».

2.2.4.2 Des décisions plus adaptées et suivies par les patients

Les médecins ont fait part d'une meilleure négociation des traitements notamment antibiotiques, antihypertenseurs, antidépresseurs : « *Pour négocier un antihypertenseur, négocier un antidépresseur c'est beaucoup plus simple.* » Et d'une aide pour la prescription de médicaments génériques : « *pour convaincre du bien fondé d'un médicament, par exemple quand ça passe aux génériques* ».

Ils ont rapporté une meilleure observance et que les patients disaient plus facilement s'ils n'adhéraient pas : « *Je pense que ça a augmenté l'observance. Et les gens s'ils ne veulent pas le prendre, j'ai l'impression qu'ils me le disent maintenant.* »

2.2.4.3 Une diminution de certaines prises médicamenteuses

Les médecins ont rapporté l'impression d'une diminution de prise médicamenteuse : « *pouvant même éviter quelques fois les médicaments* », avec une impression d'une amélioration globale de la santé possible, avec une diminution du nombre de consultations : « *Ils vont prendre moins de médicaments, ils vont moins aller chez les médecins et ils vont aller mieux.* »

Cette diminution de la prise médicamenteuse était citée seulement pour des médicaments spécifiques : les antalgiques, notamment dans les douleurs chroniques : « *C'est ce qu'ils disent, qu'ils en prennent moins. Ce n'est pas moi qui le fait, ce sont eux* », les anxiolytiques et les antidépresseurs : « *sinon elle finissait sous antidépresseurs* ». Dans les syndromes douloureux, les médecins ont expliqué prescrire quand même des antalgiques au cas où le patient en aurait besoin. Mais qu'ils en ont moins besoin qu'avant : « *Donc je lui fais*

une séance. Elle repart tranquille. Je lui dis : « Ecoutez vous avez l'ordonnance. Si ça reprend vous le faites. ». Ça l'a décoincé, c'est impressionnant. »

2.2.4.4 Une réponse à des situations thérapeutiques en impasse

Il a été rapporté que l'hypnose a permis d'apporter des solutions à des situations qui étaient en impasse quant à la prise en charge : « D'autant plus que c'était après qu'il ait vu des psychologues. Elle ne savait plus quoi faire. », « J'ai aussi eu une allergique, vraiment plus rien n'y faisait, ni désensibilisation ni médicament ni rien. On a fait des séances d'hypnose et ça lui a guéri son allergie. »

2.2.4.5 Ils adressent moins aux spécialistes

Les médecins ont expliqué moins adresser à d'autres professionnels de santé pour des symptomatologies où ils peuvent utiliser l'hypnose : « parce qu'il y a des choses auxquelles je m'intéresse d'un peu plus près, sans diriger forcément chez le spécialiste, l'hypnothérapeute, le psychologue ». Et un changement dans ce qu'ils pouvaient proposer eux-mêmes aux patients : « si je propose une séance d'hypnose, forcément ça a changé ».

2.2.4.6 La pratique de l'hypnose ou le fait d'adresser les patients pour de l'hypnose

La formation a permis aux médecins de connaître l'hypnose, sa pratique et ses indications potentielles : « Je peux mieux cibler les indications de certains cas d'hypnose. Ça c'est bien. » Ainsi ils pouvaient adresser pour de l'hypnose ou en faire quand ils estimaient qu'il y avait une indication : « Si je peux proposer une séance d'hypnose avant qu'on fasse autre chose, avant qu'on essaie un médicament, je proposerais. »

Ils ont rapporté avoir fait eux-mêmes de l'hypnose dans des indications variées : « Je l'utilise comme une technique pour permettre aux gens de moins souffrir. »

Quelques exemples de séances sont mentionnés pour illustrer. Les indications répertoriées sont :

- les addictions/sevrages : tabac, alcool et cannabis
- les problèmes relationnels, un exemple de mauvaise relation entre frère et sœur chez des enfants : « *Un enfant de 10 ans qui se dispute (...) de façon assez violente avec sa sœur. (...) Alors je lui ai raconté une histoire où il était un cycliste. (...) Et là justement il fait du vélo le jour du tour de France, et il se trouve dans la course par erreur. Donc il se met à courir dans le peloton et sa sœur le voit et elle est fascinée. (...) Et c'était pour lui dire, la compétition c'est avec toi-même ou avec d'autres, mais pas forcément avec ta sœur parce qu'elle est simplement le témoin de ton enfance. (...). Et il gagne hein bien sûr. Parce qu'il se trouve qu'il y a un accident dans le peloton et tout le monde se casse la figure (...). Et bon ça a calmé les choses pour plusieurs mois. »*
- les douleurs, dont les douleurs psychogènes
- le stress, l'angoisse, les troubles anxio-dépressifs
- les états de mal-être, de révolte, de déprime
- la spasmophilie
- d'une phobie des aliments solides : « *J'ai l'histoire d'un jeune homme qui avait peur, ça faisait un an et demi deux ans, qu'il mangeait à la paille parce qu'il avait peur de faire des fausses routes et de s'étouffer. (...) et puis après on a fait une séance d'hypnose où je le faisais imaginer de manger un poulet rôti puisque j'avais compris que c'était ce qu'il aimait. Il est sorti il est allé en manger. Il est guéri c'était fini. »*
- l'épuisement professionnel
- les troubles du sommeil : « *Elle a des cauchemars, où elle le voit en train de lui arracher les cheveux. (...) j'ai trouvé un conte africain où il y avait l'histoire d'une*

femme (...) y a des mauvais esprits qui ont commencé à l'embêter et la nuit ils la harcelaient, ils tapaient aux portes. Jusqu'au jour où elle a mis des piquets tout autour et ils se sont piqués les pieds. Donc je lui ai raconté cette histoire. Première fois. La fois d'après elle m'a dit : « C'est déjà beaucoup mieux. » Et après, je l'ai emmené sur des souvenirs de son enfance, parce qu'elle avait des très bons souvenirs avec sa grand-mère. Et quand elle était dans la montagne avec ses copines et cetera. Donc je l'ai emmené là-dedans. (...) Et depuis, elle n'est plus embêtée. », « Une petite fille (...) elle n'allait pas bien du tout. Son papa s'était suicidé. (...) Elle aimait faire du cheval. Donc je l'ai emmené galoper avec l'idée qu'il y a des moments où c'est facile, des moments où c'est un peu difficile. Et à un moment donné je lui demande « t'arrives au bout de la plage et tu trouves qui ? ». Et moi je croyais qu'elle allait me dire qu'elle allait rencontrer son père. Elle a dit : « j'ai rencontré ma mère, qui était là pour faire tout ce qu'il fallait. » Ça été incroyable, cette séance-là. Elle n'a plus jamais eu de cauchemars. »

- les phobies, avec par exemple la phobie de sortir de chez soi
- les allergies
- l'eczéma : « On était parti sur un petit nuage qui voyage en un grand nuage sur la peau. Je lui ai proposé d'utiliser un nuage pour soigner sa peau, pour humidifier, pour hydrater. »
- le prurit
- un torticolis : « Elle avait un torticolis. (...) je lui fais le traitement classique l'ordonnance et puis je lui dis mais vous avez entendu parler de l'hypnose (...) Donc je lui fais une séance. (...) Ça l'a décoincé. »
- un manque de confiance en soi

- un changement de paradigme par rapport à leur situation : « *Je pense qu'il a pu réfléchir autrement.* »

2.3 Impacts de la formation sur la vie personnelle de personnes exerçant le métier de médecin généraliste

2.3.1 La vie personnelle des médecins

2.3.1.1 Des changements

Les médecins ont perçu des changements en eux-mêmes : « *ça a modifié des choses par rapport à moi* ».

Ils ont décrit un changement dans leur manière de communiquer : plus calmement, en interrompant moins les autres lors des conversations : « *Savoir les laisser s'exprimer jusqu'au bout. Ne pas leur couper la parole.* » et en utilisant des métaphores : « *Je parle différemment, je parle plus calmement. Et puis, je suis moins emporté dans une conversation, peut-être à interrompre un petit peu moins. Et j'utilise le côté imagé.* » Et il a été évoqué la patience d'attendre le bon moment pour parler : « *C'est bien d'attendre que tout soit apaisé et que les autres soient disponibles pour parler.* »

Ils ont parlé d'une meilleure gestion du stress. Ils se décrivaient moins stressés, plus calmes, plus sereins : « *un certain calme, que j'avais beaucoup moins avant.* », « *je suis plus serein* ».

Ils ont rapporté oser davantage s'accorder du temps pour soi : « *J'ai senti que ce serait bien que j'aie m'isoler un petit peu. Je n'aurais jamais osé le faire avant.* »

Les médecins ont fait part de retours extérieurs concernant ces changements. Des retours sur la manière de gérer le stress : « *La gestion du stress c'est mon banquier qui s'en est rendu compte.* » et sur la manière de communiquer : « *Certaines personnes m'ont dit que j'étais plus calme et que je parlais différemment.* » que ce soit en public ou en consultation, ou même pour un médecin dans la communication avec son épouse qui lui a dit : « *Arrête de faire ce truc là, je le reconnais.* »

2.3.1.2 *Une meilleure relation et une meilleure écoute avec des proches*

Les médecins ont décrit une amélioration des relations avec des proches. Un des médecins a parlé d'une meilleure relation avec sa sœur, un autre avec les conjoints de ses enfants, un autre avec son fils schizophrène : *« J'ai un fils qui est schizophrène donc ce n'est pas simple de communiquer avec lui. Et j'y arrive, j'utilise l'induction. (...) Je trouve que ça soulage un peu, ce côté inductif. »*

Ils ont évoqué un gain en liberté de parole, pour savoir comment formuler leurs opinions pour que personne ne s'en offusque : *« comment faire passer une opinion ou comment glisser son point de vue sans s'attirer je ne sais quelle réaction ».*

2.3.1.3 *La découverte de leurs compétences*

Les médecins ont parlé de la découverte de leurs propres possibilités : *« Ça m'a ouvert une ressource que j'avais en moi et que je ne connaissais pas. »*

2.3.1.4 *L'utilisation des techniques hypnotiques dans la vie personnelle*

Une utilisation des techniques dans la vie quotidienne a été rapportée : *« L'hypnose conversationnelle tu peux la placer n'importe où, avec n'importe qui, n'importe quand. », « dans la négociation », « J'ai acheté un appartement il n'y a pas très longtemps. Je te promets que l'agent immobilier il a des techniques de communication. »* Une utilisation de ces techniques de communication avec les proches a été citée : *« J'utilise dans la vie de tous les jours. Avec mon conjoint. Avec ma famille. »*

Des médecins ont expliqué utiliser l'autohypnose chez le dentiste : *« pour le dentiste, c'est drôle mais ça marche »*, ou pour se détendre.

Ils ont effectué des séances d'hypnose pour des proches : *« J'ai essayé un petit peu avec mon fils. Quand il a passé un examen, donc je l'ai aidé à se concentrer. Il était content de lui. »* Et un médecin a décrit une action positive de l'hypnose sur ses troubles du sommeil : *« J'avais des problèmes de sommeil, ça va un peu mieux. »*

2.3.1.5 *Une appréhension et des difficultés à vivre les réactions au fait qu'ils pratiquent l'hypnose*

Un médecin a parlé de réactions négatives de l'entourage quant à sa pratique de l'hypnose : « *il y en a effectivement qui ne comprennent pas* » et de la difficulté à les vivre.

Un autre a mentionné son appréhension à être jugé comme virant vers le charlatanisme.

2.3.2 **La description du métier de médecin généraliste retrouvée au cours des entretiens**

2.3.2.1 *Un métier humain et utile pour la société*

Les médecins ont décrit leur métier comme un métier au contact des patients pour les aider : « *Notre métier c'est quand même d'aider les gens.* »

Ils en ont parlé comme d'un métier au contact de toutes les classes sociales. Et qui permet de créer des outils pour vivre ensemble, tous se côtoyant dans la salle d'attente.

Ils ont abordé l'importance du métier de généraliste pour maintenir les personnes âgées à domicile : « *Et le maintien à domicile pour des vieux c'est vital.* » Le maintien à domicile permettant aussi de réduire les dépenses de santé.

2.3.2.2 *Un métier dévalorisé*

Ils ont fait part du constat de la dévalorisation de leur métier : « *Mais qui est très, très dévalorisé. Donc il faut se battre contre la dévalorisation amenée par ses propres collègues, confrères, par les spécialistes. (...) Mais je vois bien, la médecine générale c'est la dernière roue du carrosse.* »

2.3.2.3 *Un métier difficile*

Les praticiens ont décrit un métier stressant avec de la fatigue professionnelle et un risque de burn-out : « *C'est un métier qu'est dévalorisé et qui nous amène beaucoup au burn-out. On est débordé. Moi j'ai toujours le sourire avec les gens, mais en fin de journée quelquefois je suis pressé de finir, je n'en peux plus. J'écoute à moitié quelquefois.* »

Les médecins ont évoqué les nombreuses tâches administratives à effectuer : « *On est écrasé de paperasse à remplir. Ça ne s'arrange pas.* »

Ils ont fait part de difficultés face aux situations d'échec pour les patients : « *On se sent vraiment très démuni et inefficace. On les voit se suicider à petit feu. C'est horrible.* »

La difficulté du vécu du métier sur le plan relationnel, thérapeutique et la façon de gérer ses inquiétudes ont été palliés pour certains par la participation à des groupes Balint, ou par le recours à une psychanalyse.

Les médecins interrogés ont évoqué le rapport au temps en consultation. Soigner les gens pouvant nécessiter de prendre du temps avec eux : « *Je prends mon temps en consultation. (...) Soigner les gens en 5 minutes, ce n'est pas mon truc.* »

Un médecin a évoqué le statut de remplaçant qui serait moins stressant qu'en étant installé : « *Je pense que j'ai moins de pression, et que c'est lié au statut de remplaçant.* » Un autre a parlé du rôle positif du stress dans certaines situations du métier de médecin : « *Je pense qu'il faut un minimum de stress. Et je cultive mon stress pour ne pas m'endormir. (...) Si je ne suis pas un petit peu à l'éveil, je sais que je serais moins efficace et moins performant.* »

Face aux situations complexes, ils ont évoqué le recours possible aux spécialistes et la tentation pour le médecin de prescrire « *des tas d'examens complémentaires* ».

2.3.2.4 *Leur propre description en tant que médecin*

Les médecins interrogés se sont décrits spontanément comme peu prescripteurs de médicaments : « *Je ne prescris pas beaucoup.* » Ils ont évoqué la prescription possible d'alternatives à la réponse médicamenteuse : « *Je prescris très peu de médicaments. Je prescris de la cohérence cardiaque.* »

Ils ont dit être des médecins axés sur l'écoute, le relationnel et la vision du patient dans sa globalité.

2.3.2.5 *Un métier d'art*

Certains ont fait part de leur vision de la médecine générale comme un métier artistique : « *La médecine ce n'est pas carré, ce n'est pas une check liste. C'est plus dans l'art. (...) Ce n'est jamais la même chose. C'est un ressenti que vous avez avec une personne que vous rencontrez, qui vous apporte une demande, à laquelle vous allez essayer de trouver un chemin.* » Ils ont décrit une part de mise en scène dans le déroulement de la relation avec les patients : « *La médecine ça a ce côté un peu spectacle. La façon dont vous abordez les gens, dont vous ouvrez la salle d'attente, la façon dont vous êtes habillés, les gens qui vous attendent qui vous voient souriant ou pas souriant.* »

2.3.2.6 *Leur vision du soin*

Une bonne santé a été décrite comme prenant en compte le corps et l'esprit du patient.

La communication et la parole ont été vues comme un des aspects essentiels en médecine générale : « *Le principal moment que l'on passe avec un patient, c'est à parler. Beaucoup, beaucoup, beaucoup. Et de plus en plus.* »

Ils ont parlé de processus de guérison intrinsèques pouvant être potentialisés par le médecin : sa manière d'être et de communiquer, d'où l'intérêt de se former aux techniques hypnotiques : « *On a des processus de guérison en nous. Et la façon dont on appréhende la solution thérapeutique c'est selon notre culture, notre souffrance et la confiance qu'on a dans le thérapeute.* »

Un médecin parlait de l'importance du fait que le patient reparte en forme de la consultation : « *C'est une consultation qui est paisible. C'est une consultation d'où les gens sortent en ayant un plus et de la force. Ça fait partie de notre rôle de médecin.* »

Un autre expliquait que son rôle principal en tant que généraliste était de changer la manière de penser et la nutrition des gens.

2.3.2.7 *Des lacunes dans la formation initiale*

Les médecins généralistes interrogés ont fait part d'un manque de formation à la communication : « *on devrait être formé à mieux communiquer avec les gens* ». Ils ont expliqué que leur métier était « *au cœur des questions centrales de l'existence* » et des émotions sans que cela soit enseigné : « *Quand j'ai fait mes études, la formation à la psychologie c'était un vieux truc bidon (...) franchement ce n'était pas terrible.* »

Les études étaient vues comme ne formant pas à voir la base de la pyramide : « *Quand je me suis installée en tant que généraliste, j'ai tout appris sur le tas, parce que on n'apprend pas à la fac. En études de médecine, on voit toujours le haut de la pyramide, on ne voit pas la base.* »

2.3.2.8 *La façon d'être du médecin sélectionne son type de patientèle*

Ils ont décrit un processus de recrutement d'un type de patientèle dépendant du médecin : « *Ça sélectionne. Les gens qui m'aiment bien, ils restent. Et puis les gens qui ne m'aiment pas, ils vont voir ailleurs. Et puis ça se fait spontanément.* »

DISCUSSION

1 Matériels et méthodes

1.1 Concernant le matériel

La population étudiée était composée, pour des raisons de disponibilité de l'auteur, de médecins généralistes exerçant en Île-de-France.

Ces médecins avaient tous bénéficié de la même formation à la SFMG, intitulée "Initiation aux techniques hypnotiques en médecine générale". Toutes sortes d'organismes proposent des formations à l'hypnose thérapeutique. Les durées des formations de ces organismes, leurs contenus scientifiques, les méthodes pédagogiques et le recrutement des participants (pas systématiquement médecins) diffèrent assez largement d'un organisme à l'autre. La formation réalisée par la SFMG garantissait une prestation uniforme et dont la qualité scientifique et pédagogique avait été validée par les experts du FAF-PM. Cette formation avait par ailleurs un contenu proche du Diplôme Universitaire proposé à l'université Paris XI aux médecins généralistes, DU lui-même validé par le Conseil de l'université.

La formation était gratuite pour les médecins, donc accessible pour tous. Les médecins de l'étude ont été indemnisés par la SFMG (pour ceux qui l'acceptaient) d'une somme de 100 euros. Cela, à titre de compensation des honoraires qu'ils auraient perçus pendant le temps dédié à l'entretien s'ils n'avaient pas participé à l'étude. Ainsi, les biais de sélection liés à l'argent étaient limités.

La population de l'étude était composée de 15 médecins généralistes d'Île-de-France avec une moyenne d'âge de 54,8 ans, proche de la moyenne d'âge des médecins généralistes d'Île-de-France, 54 ans d'après une étude de l'ordre national des médecins de 2013 (55).

Il y avait pratiquement parité dans le genre. Ce groupe de volontaires était composé de 7 femmes et de 8 hommes, soit 46,7% de femmes et 53,3% d'hommes. La proportion de médecins femmes était plus importante que leur proportion en Île-de-France qui est de 36% (55). Il est intéressant de noter que d'autres études portant sur l'hypnose retrouvent une part de médecins femmes dans l'échantillon plus importante que dans la population générale des médecins (46, 47).

7 des 15 médecins interrogés, soit 46,7%, pratiquaient une activité complémentaire à la médecine générale (allergologie, homéopathie, tabacologie, acupuncture, nutrition). Soit le double de la proportion de médecins généralistes, 25%, pratiquant habituellement une activité complémentaire (56). Le taux important de médecins généralistes pratiquant également un exercice particulier et se formant à l'hypnose est aussi retrouvé dans les autres études s'intéressant aux médecins généralistes formés à l'hypnose médicale (46, 49). Les médecins de l'étude se décrivaient spontanément comme axés sur l'écoute, le relationnel, la vision du patient dans sa globalité et « moindres » prescripteurs de médicaments. Dans ce sens, ils se percevaient comme des médecins curieux de se former dans différents domaines, à la recherche d'approches plus globales et axés sur l'écoute du patient. Ces réflexions sont retrouvées dans d'autres études (45, 46, 47).

1.2 Concernant la méthode

La saturation des représentations a été atteinte dès le douzième entretien, ce qui est sans doute en lien avec le profil « préalable » des médecins. En effet, ces derniers s'intéressaient aux techniques hypnotiques à visée thérapeutique, tout en souhaitant la caution de la Société savante de la discipline pour satisfaire leur curiosité. Il serait intéressant de tester ultérieurement le « poids » des différents résultats par des études quantitatives portant sur des populations de médecins généralistes formés dans d'autres contextes.

2 Résultats

2.1 Le médecin

2.1.1 Un métier stressant avec un risque de burn-out

Au cours des entretiens les médecins ont évoqué spontanément leur métier, sans qu'il y ait eu de questions en rapport, notamment les difficultés qui y sont liées. Le métier de médecin généraliste, comme dans d'autres études portant sur l'hypnose en médecine générale (45, 46, 47) était ressenti comme dévalorisé, stressant et pouvant amener au burn-out.

Ce constat rejoint celui de 2007 (57) dans lequel la moitié des médecins libéraux interrogés en IDF se sentaient menacés par le burn-out (dont 60% des généralistes). Il recoupe également celui de 2003, une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins montrant un taux de décès par suicide chez les médecins libéraux français de moins de 65 ans de 14%, pour 5,6% dans la population générale du même âge (58).

L'enquête de la récente publication dans « le Monde » du 13/06/2017 sur la santé des Internes menée par quatre syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de praticiens des hôpitaux, montre que près de 28 % d'entre eux seraient atteints de troubles dépressifs, contre 10 % des Français (59).

Aussi, la question des apports d'une formation à l'hypnose sur le ressenti du métier par les médecins formés n'est pas anodine.

Pour mémoire le burn-out correspond à « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (60, 61). Il est composé de 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail.

2.1.2 Bienfaits de l'hypnose pour les médecins

Les médecins de l'étude ont fait part d'impacts positifs liés à l'hypnose sur leur vie personnelle et professionnelle.

Dans la vie personnelle :

- davantage de sérénité et une meilleure gestion du stress,
- une meilleure relation avec des proches,
- une nouvelle façon de communiquer.

Dans la vie professionnelle :

- une amélioration de leur confort d'exercice,
- une prise de hauteur,
- un meilleur vécu de leurs propres exigences professionnelles.

D'après une étude de 2016, réalisée en France sur 41 médecins généralistes pratiquant l'hypnose (47), les médecins se sentent plus sereins, plus confiants et 19,5% évoquent une prévention du burn-out grâce à la pratique de l'hypnose. Un épanouissement pour les médecins généralistes, associé à une prise de confiance et une meilleure relation avec les autres est retrouvé dans d'autres études, menées en France métropolitaine et en outre mer (45, 46, 48, 49).

Enfin, une étude menée en Suisse en 2011 dans un service de grands brûlés, a montré que l'utilisation de l'hypnose lors des soins de patients brûlés permettait de réduire le stress de toute l'équipe soignante (62).

Il apparaît ainsi que la connaissance personnelle des ressources de l'hypnose pourrait être un outil intéressant pour remédier au stress et au risque de burn-out lié au métier de médecin généraliste. Dans ce sens, compte tenu des conditions d'apprentissage et d'exercice du métier de médecin généraliste, l'initiation à l'hypnose pourrait être proposée pour ses vertus préventives au cours de l'internat de médecine générale.

2.1.3 Comblent un « manque » dans la formation initiale en potentialisant « l'effet médecin »

Les médecins de l'étude auraient pour la plupart aimé être formés plus tôt à l'hypnose. Ils ont exprimé le manque de formations à la communication et à la gestion de leurs propres émotions pendant leurs études. Ces formations auraient pu leur permettre de développer un savoir être, un savoir faire, pour être plus à l'aise en consultation. Certains ont expliqué une difficulté à intégrer les techniques de communication hypnotiques du fait de leur âge plus avancé et de leurs habitudes professionnelles déjà ancrées.

Pourtant, en médecine générale le rôle thérapeutique de la relation du médecin avec son patient ou « effet médecin » est connu. Comme le disait M. Balint : « *Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même.* » (12) Les médecins généralistes des pays qui ont une tradition de formation à la communication (Royaume-Uni, Pays-Bas), sont jugés, par leurs patients, comme plus compétents que leurs collègues belges ou italiens qui ne bénéficient pas de cette formation (63).

Une revue de la littérature d'essais comparatifs randomisés de 2006 (4) a démontré une efficacité thérapeutique en soins primaires de cet « effet médecin ». Il repose sur l'empathie, l'attention à l'autre, la réassurance positive et des capacités à suggérer des changements comportementaux et psychoaffectifs chez le patient. Cela est possible par une incitation à poser des questions, à exprimer des émotions, à prendre en compte les attentes, les représentations et les croyances du patient. Se former à l'hypnose est une manière d'acquérir ces compétences.

Une formation d'initiation à l'hypnose médicale au cours de l'internat de médecine générale serait intéressante, également pour ces raisons. D'une part, plus on est jeune plus l'apprentissage est simple, comme le signalent certains participants, les habitudes étant difficiles à modifier. D'autre part, elle permettrait de renforcer cet « effet médecin ». Et dans

ce sens, les médecins de l'étude ont évoqué une similitude entre une consultation d'hypnose et une consultation de médecine générale. Les deux étant basées sur une relation d'écoute, où le contexte et la connaissance du patient sont des éléments importants. Les deux approches correspondent à une prise en charge globale, centrée sur la personne. Cette similitude entre la consultation de médecine générale et la posture hypnotique a déjà été retrouvée dans d'autres études, avec un apprentissage de l'hypnose et de l'autohypnose qui permet aux médecins de mieux gérer leurs émotions et de mieux communiquer (45, 47, 48, 49).

2.2 Le patient

2.2.1 Autonomiser les patients

La pratique de l'hypnose a été décrite dans cette étude comme centrée sur le patient et amenant à son autonomisation. Le médecin accompagne et conduit le patient vers la prise en charge de sa propre santé. Le patient apprend à s'autonomiser avec l'apprentissage et la pratique de l'autohypnose, comme outil de mise en œuvre de ses ressources internes. L'utilisation de techniques de communication hypnotiques lors de la consultation médicale est une aide pour amener le patient vers la prise en charge de sa santé, notamment dans le cadre de la prise de décision partagée et de l'éducation thérapeutique. Cette idée d'autonomisation du patient grâce aux techniques hypnotiques et à l'autohypnose est retrouvée dans les autres études sur le sujet (45, 46, 47, 48, 49).

On remarquera que l'autonomisation des patients grâce à l'utilisation de l'hypnose par les médecins est en phase avec les évolutions sociétales et législatives concernant les droits des malades et leur autonomisation. La relation médecin malade est en effet passée d'un modèle majoritairement paternaliste fondé sur le principe de bienfaisance vers un modèle où le patient développe davantage d'autonomie (64, 11). Dans ce modèle, l'information du patient (claire loyale et appropriée) (65), la prise de décision partagée avec le patient (66),

l'Evidence Based Medecine combinant les besoins et les demandes du patient avec l'expérience du médecin et les données de la science dans la prise de décision (67, 68), ainsi que l'éducation thérapeutique (69) deviennent des éléments essentiels de la relation thérapeutique.

Reste que l'autonomisation du patient ne peut être effective que si ce dernier a la volonté d'agir. Concernant l'hypnose, comme pour l'éducation thérapeutique, une pratique personnelle est nécessaire pour cheminer vers l'autonomie.

2.2.2 Miroir médecins/patients concernant l'hypnose

Les résultats concernant les médecins récemment formés à l'hypnose de cette étude, qu'ils la pratiquent ou non, confortent et sont homogènes aux résultats retrouvés dans d'autres études portant sur des médecins généralistes pratiquant l'hypnose de manière effective (45, 46, 47, 48, 49).

Il est intéressant de constater que les motivations retrouvées pour s'être formé à l'hypnose chez les médecins de notre étude comme pour ceux des études sus citées, sont très similaires aux raisons ayant amené les patients à consulter pour de l'hypnose, d'après des études concernant les points de vue des patients ayant expérimenté l'hypnose (48, 49, 50, 51). On retrouve majoritairement : la curiosité, l'intérêt pour les médecines alternatives, un désir de prise en charge globale, une alternative potentielle aux médicaments et une prise en charge pouvant être envisagée dans des situations en impasse thérapeutique.

Il en est de même pour les représentations de l'hypnose, qui sont très proches entre les médecins de cette étude et d'autres études portant sur des médecins (45, 46, 47, 48, 49), versus celles retrouvées dans des études concernant les patients (48, 49, 50, 51).

Ainsi, médecins comme patients, dans les différentes études référencées et dans cette étude, considèrent l'hypnose comme une alternative thérapeutique dotée d'une efficacité rapide, dénuée d'effets secondaires, adaptée au patient et à sa personnalité.

L'hypnose comme technique permettant une autonomisation du patient, notamment par l'apprentissage de l'autohypnose, est un concept qui a été exprimé par les médecins comme par les patients, dans des études les concernant. Le médecin pratiquant l'hypnose étant même perçu comme un accompagnateur par certains patients (50).

Les médecins et les patients évoquent la notion de manipulation possible et de perte de contrôle. Pour les médecins, la pratique de l'hypnose par des médecins ou d'autres professionnels de santé ayant aussi un code déontologique permettrait d'y remédier. D'après certains médecins de l'étude, la pratique de l'hypnose par des médecins permettrait également de ne pas passer à côté de pathologies organiques face aux plaintes amenant les patients à consulter. Pour les patients, c'est la nécessaire confiance dans la personne qui pratique l'hypnose qui joue ce rôle. Beaucoup se disaient rassurés d'une pratique avec leur médecin généraliste, en qui ils ont confiance et qui les connaît bien. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur la confiance des patients envers différents professionnels de santé (psychologues, kinésithérapeute, infirmiers, etc.) pour la pratique de l'hypnose. On peut s'interroger sur la mise en place de formations adaptées par catégories professionnelles, pour rester dans le champ de compétence de chacun.

Il y a quelques exceptions à ces similitudes sur les représentations de l'hypnose, entre le point de vue des médecins, de cette étude et d'autres études, et la vision des patients dans les études les concernant. Ainsi, les patients ont la croyance que l'hypnose ne fonctionne pas sur tout le monde (51). Cette notion n'est pas retrouvée chez les médecins. Et on peut noter que la perception de l'hypnose comme une technique de communication pouvant être utile en

dehors des séances d'hypnose elle-même, exprimée par les médecins, n'a pas été perçue par les patients lors des études les concernant. Ce qui laisse penser que les patients ne se rendent pas compte que leur médecin se forme et utilise des techniques de communication. Il pourrait être intéressant de réaliser des études pour savoir si les patients sont davantage satisfaits de consultations de médecine faites par des médecins ayant antérieurement été formés à l'hypnose, par rapport à des consultations avec des médecins n'ayant pas été formés à des techniques de communication.

Les apports personnels de l'hypnose pour les médecins sont similaires à ceux exprimés par les patients dans ces études sus citées : davantage de sérénité, meilleure gestion de ses émotions, plus grande confiance en soi, amélioration des relations avec d'autres personnes, changement dans la façon de penser avec une prise de recul, meilleure compréhension de soi, plus grande capacité à s'accorder du temps pour soi. A une exception près : les patients ont évoqué (50) l'apport de l'hypnose pour tirer un trait sur des événements douloureux du passé, qui n'a pas été exprimé par les médecins interrogés dans notre étude ni dans les autres études portant sur des médecins.

Concernant les freins à la pratique de l'hypnose, les deux groupes comparés (les médecins de cette étude et des autres études sus citées, versus les patients des études les concernant) évoquent la question du coût. Cependant, le sens du coût n'a pas la même signification pour les patients et les médecins : coût onéreux de la séance pour les patients versus manque de rentabilité pour les médecins. Les médecins évoquent aussi le manque de temps comme frein, qui n'est pas retrouvé comme frein par les patients.

Des médecins de l'étude ont exprimé leur regret de ne pas avoir été formés plus tôt à l'hypnose. De même, dans une étude les concernant, des patients ayant expérimenté l'hypnose ont également exprimé leur regret de ne pas s'y être intéressés plus tôt (50).

Au total, la vision de l'hypnose apparaît donc homogène entre les médecins et les patients.

2.3 L'hypnose

2.3.1 Indications de l'hypnose et impacts sur les prises médicamenteuses

Les médecins de l'étude ont cité diverses indications pour l'utilisation de l'hypnose : anxiété, dépression, gestion du stress, troubles du sommeil, douleurs, addictions... D'autres études avaient déjà montré que l'hypnose était utilisée pour des indications variées (45, 46, 47, 48, 49, 50, 70) correspondants à des motifs de consultations courants en médecine générale. En effet, ils rentrent dans le cadre des 25 résultats de consultation les plus fréquents en médecine générale (71). Ils correspondent à plus de 20% des motifs de consultation possibles lors d'une consultation de médecine générale (71, 72). Cela, sans même compter les motifs de consultation où l'utilisation de techniques hypnotiques peut-être utile tels que l'hypertension artérielle, les maladies chroniques pour l'éducation thérapeutique, ou les gestes tels que les vaccinations, qui représentent aussi plus de 20% de ces motifs (71, 72).

Une étude multicentrique (4 centres) publiée en 1997, portait sur 150 consultations de médecine générale ayant donné lieu à une prise en charge hypnotique. Elle montrait que les patients évoquaient, dans 73% des cas, une origine psychologique ou psycho-somatique à leurs problématiques : anxiété, phobie, insomnie, troubles sexuels, dépression, manque de confiance en soi et anxiété sociale, troubles de la personnalité. Les autres motifs de consultation étaient principalement les syndromes douloureux chroniques, la surcharge pondérale, le tabagisme et certaines affections cutanées (70). Une étude publiée en 2000

retrouvait un effet analgésique notable des suggestions hypnotiques chez 75% de la population étudiée (73).

Une étude quantitative de 2013 a répertorié les résultats des motifs de consultation pour 90 patients consultant des médecins pour de l'hypnose (49). Indépendamment du sexe du patient, les deux motifs les plus fréquents étaient l'addiction au tabac (24,4%) et l'anxiété angoisse (22,2%). Les douleurs représentaient 6% des motifs de consultation.

Depuis la formation à l'hypnose, les médecins interrogés dans cette thèse rapportent « l'impression » d'une diminution de la prise de certains médicaments par leurs patients. Cela est retrouvé dans d'autres études (45, 46, 47, 48, 70). Cette restriction médicamenteuse concerne plus particulièrement les antalgiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs, c'est-à-dire les classes médicamenteuses prescrites dans les motifs de consultation médicale qui sont retrouvés fréquemment comme motif de consultation pour de l'hypnose.

Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative concernant la diminution de la prise d'antalgiques, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, lors d'une prise en charge associant la pratique de l'hypnose.

2.3.2 Freins à la pratique de l'hypnose

Dans cette étude, les freins professionnels principaux retrouvés à la pratique de l'hypnose sont, comme dans d'autres études (45, 46, 48, 49), le manque de temps, de rentabilité et d'encadrement de la discipline. Ainsi, dans une étude récente de 2016 (47) réalisée sur 41 médecins généralistes, 29 des médecins, soit 70,7% d'entre eux, évoquaient la problématique du temps. Et 14 médecins soit 34,1% des médecins, parlaient de la non-reconnaissance institutionnelle.

Pour le moment, il n'existe aucune cotation spécifique à un acte d'hypnose en dehors de la "Séance d'hypnose à visée antalgique (ANRP001)" en regard de laquelle, par ailleurs, aucun tarif n'est relevé. Cela soulève la question des consultations cliniques au cours desquelles une prise en charge du patient particulière par sa technicité et sa durée est proposée sans la reconnaissance institutionnelle de la spécificité de cette prise en charge. De fait, de nombreux médecins de cette étude s'interrogeaient sur la manière de permettre une rentabilité de l'acte hypnotique, comme leurs collègues dans d'autres études (45, 46, 47, 48).

On peut regretter que l'impression de manquer de temps soit à la fois un frein à la pratique de l'hypnose, mais aussi un facteur avéré de majoration du nombre de médicaments prescrits (74).

Des médecins de l'étude ont aussi exprimé un autre frein, celui de ne pas être encadré dans leur pratique de l'hypnose une fois la formation initiale terminée. L'isolement dans la pratique de l'hypnose était déjà apparu comme une difficulté pour les médecins pratiquant l'hypnose, dans une autre étude (46). Cela étant, de nombreuses formations complémentaires thématiques sont également proposées par la SFMG ou par d'autres associations et il existe également des congrès nationaux européens et internationaux.

Des groupes de supervision ou de pairs entre médecins concernant les séances d'hypnose seraient peut-être à développer.

2.3.3 Une pratique utilisable à plus grande échelle ?

Les médecins de l'étude ont décrit l'hypnose comme une thérapeutique dénuée d'effets secondaires. Cette impression est retrouvée dans d'autres études que ce soit d'après le ressenti du médecin ou celui du patient ayant déjà eu des séances d'hypnose médicale (45, 46,

47 48, 49). De même, un rapport de l'INSERM de 2015 conclut que les données concernant la sécurité de la pratique de l'hypnose sont rassurantes (75).

L'efficacité de l'utilisation des techniques hypnotiques ressentie par les médecins généralistes interrogés se retrouve dans d'autres études (45, 46, 47, 48, 49). De même, dans une étude sur le ressenti des patients traités par hypnose, les patients ressentent tous des changements depuis qu'ils ont commencé l'hypnose (50).

Ce ressenti amène à s'interroger sur l'efficacité objective de l'utilisation de l'hypnose dans différentes indications. Des études montrent une efficacité dans différentes indications telles que la douleur aiguë ou chronique (75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83), la dépression (84). Un rapport de l'INSERM (75) concluait à l'efficacité de l'hypnose sur les troubles fonctionnels intestinaux, la dyspepsie et les bouffées de chaleur en post-ménopause, mais à un manque de preuves suffisantes concernant le sevrage tabagique.

Mais l'hypnose est également utile lors de la réalisation de gestes courants lors d'une consultation médicale, comme l'ont rappelé les médecins de l'étude. Que ce soit lors de la prise de la tension artérielle, lors de vaccinations, ou lors de la réalisation de gestes gynécologiques.

Concernant la prise de la tension artérielle, la pratique de courtes inductions hypnotiques permet de pallier l'anxiété et l'effet blouse blanche, pour éviter de sur-traiter en ayant des mesures fiables.

Et concernant la prise en charge de l'hypertension essentielle légère, une étude comparant l'efficacité de l'hypnose par rapport au biofeedback avait montré une réduction significative

de la pression artérielle après 4 semaines de traitement, dans les deux groupes. Cette réduction s'était maintenue chez les patients ayant fait de l'hypnose (85, 86).

Davantage d'études randomisées sur des échantillons de patients importants seraient utiles, pour évaluer l'efficacité de l'hypnose et l'utilisation de techniques hypnotiques lors de la réalisation de gestes courants d'une consultation médicale.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence des retours très positifs concernant la découverte de l'hypnose pour les médecins :

- Dans leur vie personnelle, ils ont fait part d'améliorations dans la gestion du stress, dans leur manière de communiquer et dans les relations avec leurs proches.
- Dans leur vie professionnelle, ils ont noté des changements bénéfiques dans le vécu de leur métier, dans leur posture par rapport au patient, dans leur pratique médicale notamment lors de la prise de décisions. Presque tous ont évoqué l'effet préventif bénéfique de l'hypnose en regard de la difficulté de leur métier, des tensions qu'il entraîne et du risque de burn-out.

À la suite de leur formation, ils considèrent l'hypnose à la fois comme une technique favorisant l'autonomisation des patients et comme une alternative thérapeutique dotée d'une efficacité rapide, dénuée d'effets secondaires, adaptée au patient et à sa personnalité. L'hypnose leur permet d'apporter une réponse à des situations qui étaient en impasse thérapeutique. Ils ont exprimé le regret de ne pas avoir été formés plus tôt à l'hypnose.

Cette étude rapporte également l'intérêt de l'utilisation des techniques hypnotiques en pratique courante, hors des séances d'hypnose formelle. Elles peuvent être utilisées dans le cadre de la communication usuelle et lors de la réalisation de gestes courants de médecine générale, tels que les vaccinations ou le contrôle de chiffres élevés de tension artérielle.

Compte tenu de l'impact rapporté de l'apprentissage des techniques hypnotiques tant sur la vie personnelle que professionnelle des médecins, une formation d'initiation à l'hypnose médicale pourrait être proposée au cours du DES de médecine générale, dans le cadre de la formation aux techniques de communication thérapeutique. Une thèse qualitative sur les internes de médecine générale ayant également participé à cette initiation est en cours. Il sera intéressant de comparer les résultats à ceux obtenus chez les médecins en exercice.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Platon. Gorgias : De la rhétorique, Trad Chambry E. J'ai lu, Broché, Libro Philosophie, 2013 (sept), 142p.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H et al., La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe 2002.
3. Gallais Jean-Luc et coll. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicale et sociale. DRMG-SFMG, 1994, n°43
4. Moreau A, Boussageon R, Girier P et al. Efficacité thérapeutique de «l'effet médecin» en soins primaires. Presse Med 2006 ; 35 (6) : 967-73.
5. Dedienne M.C, Hauzanneau P, Labarere J. et al. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? La Rev du Prat Med Gen. 2003; 17(612) : 653-6.
6. Klein Séverine, Moronvalle Lydie. La communication et la relation médecin-patient: critères de satisfaction des patients au cours d'une consultation de médecine générale, sous la direction de Tibout Jean, Thèse de doctorat : Médecine : Tours : 2004.
7. HAS. Oser parler avec son médecin. Nov 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/brochure_patient_vd_071113.pdf
8. Fondation APRIL, SFMG. Le patient et son généraliste «médecin traitant». Paris; 2010 (sept). Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
9. Grigorieff G. Mieux communiquer avec son médecin traitant, Groupe Eyrolles, Editions d'Organisation, 2005. Disponible sur : http://www.eyrolles.com/Chapitres/9782708135857/chap1_Grigorieff.pdf
10. Watzlawick P, Helmick J. 1979 Une logique de la communication. Paris, Le livre de poche, 280 p.
11. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé, Pearson Education, Broché 864p. 2005 (mars).
12. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie, Paris, Payot, 2009 : 419p.
13. Rogers C. Le développement de la personne, Paris, Dunod, 1966, p. 17
14. Beckman H.B, Markakis A.L, Frankel R.M, et al. The doctor-patient relationship and malpractice ; Lessons from plaintiff depositions. Archives of Internal Medicine, 1994; 12(154) : 1365-70.
15. Starfield B. et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. American Journal of Public Health, 1981; 2(71) : 127-31

16. Marvel MK, Epstein RM, Flower K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda : have we improved ? JAMA . 1999 Jan 20 ;281(3) :283-7
17. Dyche L, Swiderski D. The effect of physiciansolicitationapproches on ability to identify patient concerns. J GenIntern Med. 2005 Mar ;20(3) :267-70.
18. Beaulieu MD, Leclère H, Bordage G. Taxonomy of difficulties in general practice. Can Fam Physician. 1993 Jun ;39 :I369-75.
19. Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B. et al. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? La Rev du Prat Med Gen,1994; 8(260) : 41-8.
20. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions duringprimary care office visits. Fam Med. 2001 Aug ; 33(7) :528-32.
21. Montague E, Asan O. Dynamic modeling of patient and physicianeye gaze to understand the effects of electronichealth records on doctor-patient communication and attention. Int J Med Inf.2014 Mar I ;33(3) :225-34.
22. Lemasson A, Gay B, Lemasson JL, Duroux G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. Médecine. 2006;2(1):38-42.
23. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Bulletin officiel n°45 du 3 décembre 2009, Etudes de santé. Disponible sur : http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/rubrique-bo.html?cid_bo=49834
24. HAS. Epreuves Classantes Nationales, UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle (1-20). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608424/fr/ue-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-et-de-la-cooperation-interprofessionnelle-1-20
25. D.E.S de médecine générale île-de-France. Le programme d'enseignement théorique, [Ressource électronique]. Disponible sur : <http://desmgidf.fr/page/le-programme-d-enseignement-theorique>
26. DUERMG, Université Paris Est Créteil. Module communication en santé [Ressource électronique]. Disponible sur : http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2013/10/MODULE-COMMUNICATION-EN-SANTE.pdf
27. DERMG, Université Nice Sophia Antipolis. Guide du diplôme d'études spécialisées de MEDECINE GENERALE promotion 2016 [Ressource électronique], p. 10. Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Guide_du_DES_de_Medecine_Generale_Rentree_2016.pdf
28. Milton Erickson, The CollectedPapers II. HypnoticAlteration of sensory, perceptual and psychophysicalprocesses, Vol. II ;TOME II de L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose, 1980, TradTouyarot Armelle, Taillandier Jérôme, chap. 31, p. 323

29. Ulett GA, Akpınar S, Itil TM. Quantitative EEG analysis during hypnosis. *Clinical Neurophysiology*, 1972, 33(4), p. 361-8
30. De Pascalis V. EEG spectral analysis during hypnotic induction, hypnotic dream and age regression. *Int J Psychophysiol*, 1993, 15(2), p.153-66
31. Sabourin M. Hypnosis and brain function: EEG correlates of state-trait differences. *Research Communications in Psychology, Psychiatry & Behavior*, 1982, 7, p. 149-68
32. Rossi, E & Nimmons, D. *The Twenty-Minute Break: The Ultradian Healing Response*. Los Angeles: Jeremy Tarcher. Distributed by: NY: Zeig, Tucker, Theisen, 1991.
33. Lloyd, D. & Rossi, E. (Eds.) *Ultradian rhythms in life processes : An inquiry into fundamental principles of chronobiology and psychobiology*. New York : Springer-Verlag. 1992, 418p.
34. Berben F. Du syndrome de stress ultradien au réflexe de régénération ultradien, 2015 (sept), [Ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.hypnoses.com/content/uploads/2015/09/BERBEN.Du-syndrome-de-stress-ultradien-au-re%CC%81flexe-de-re%CC%81ge%CC%81ne%CC%81ration-ultradien.pdf>
35. Maquet, P., M. E. Faymonville, et al. (1999). "Functional neuroanatomy of hypnotic state." *Biol Psychiatry* 45(3): 327-333.
36. H. Szechtman et al., *PNAS*, 95, 1956, 1998.
37. S.M., Kosslyn et al., *Am. J. Psychiatry*, 157, 1279, 2000.
38. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999; 11: 110-25.
39. A. Langlade, et al., *Reg. Anesth. Pain Med.*, 27, 43, 2002.
40. B.D. Kiernan et al., *Pain*, 60, 39, 1995.
41. Sichère P. Questions posées sur l'hypnose au Dr Jean-Marc Benhaiem. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2007 Oct 1;8(5):329-31.
42. Michaux D. *Hypnose, langage et communication, Imago, Broché*, 2002 (mai), 399p., Première partie approches théoriques et cliniques.
43. 11^{ème} PRINTEMPS DE BICETRE, ARNOULD P., RAINERI F., *Hypnose en médecine générale*, 19 mars 2016.
44. Raineri F, Jousset C, Becchio J, Gourdey S. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. *Doc Rech En Médecine Générale SFMG*. 1997;(49):46-57. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1149/fichier_fichier_dr49_raineria14a.pdf

45. Desmars Carine. Intérêts de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne, sous la direction de Delamare Bénédicte, Thèse doctorat : Médecine : Rennes : 2011. Disponible sur : https://docs.google.com/file/d/0B7Ic7ZU_x27BMU1LODdYcS0zNDA/edit
46. Gallet Etienne. Pratique de l'hypnose en médecine générale, sous la direction de Sebban Michel, Thèse doctorat : Médecine : Tours : 2011. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011_Medecine_GalletEtienne.pdf
47. Terrat Jérémy. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France Médecine humaine et pathologie, sous la direction de Bioy Antoine, Thèse doctorat : Médecine : Paris Descartes : 2016. HAL Id: dumas-01310922. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922>
48. Brel Marie. Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés, sous la direction de Cruanes Laurent, Thèse doctorat : Médecine : Bordeaux : 2013. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/955884/filename/Med_generale_2013_Brel.pdf
49. Seris Elise. Exploration des résultats de consultation de l'hypnose en médecine générale : Etude transversale par entretien individuel à propos de 90 patients, en Aquitaine, sous la direction de Castera Philippe et Farine Michel, Thèse doctorat : Médecine : Bordeaux 2 : 2013.
50. Guichard Julie. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose, sous la direction de Delamare Bénédicte, Thèse doctorat : Médecine : Rennes : 2013. Disponible sur : <https://docs.google.com/file/d/0ByTgu1UK8zwcOVI5bURiZW5FYUE/>
51. Bosc Adeline. Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose: Etude qualitative en Île de France, Bretagne et Pays de Loire, sous la direction de Raineri François, Thèse doctorat : Médecine : Université Paris-Sud : 2013. Disponible sur : http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/903/fichier_these_adeline_bosc61229.pdf
52. Breuil-Genier P., Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes, DREES, Eudes et Résultats n°481, 2006 (avril). Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
53. CNGE. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative, Nice, mars 2013, [Ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
54. IReSaP. Séminaire Méthodes de sciences sociales et santé, Les enquêtes qualitatives Principes et enjeux actuels. Godfroid T. Préparer et conduire un entretien semi-directif, 10 mai 2012. Disponible sur : <http://cruh.univ-lorraine.fr/sites/cruh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godfroid.pdf>

55. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région île-de-France Situation en 2013, CNOM. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf
56. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la Démographie Médicale en France, situation au 1er janvier 2014, CNOM. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
57. Galam Eric. Le burn out des médecins libéraux. Le Généraliste ; N°2400 ; 23 Février 2007, cahier central 1 à 4.
58. Léopold Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; Octobre 2003.
59. Graveleau S. 66% des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété, Le Monde, 2017 (juin). Disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html
60. Canoui P, Mauranges. A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses. Paris : Masson ; 1998.
61. Truchot Didier. Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions Dunod 2004.
62. Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM. L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante Rev Med Suisse 2013;9:1646- 9.
63. Mazzi MA, Bensing J, Rimondini M, Fletcher I, van Vliet L, Zimmermann C, et al.” How do lay people assess the quality of physicians’ communicative responses to patients’ emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations”. Patient Educ Couns. 2013 Mar;90(3):347–53.
64. Rameix S. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients? Revue Laennec; Paris, 1997. [L'ÉP]
65. CNOM. Information du patient dans la loi du 4 mars 2002, Accès aux informations de santé, 2003 (août), MAJ – 2008 (octobre). Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infopatientGEP.PDF>
66. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble; Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée », 2013 (oct). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
67. Sackett DL & al., « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », BMJ, vol. 312, no 7023, janvier 1996, p. 71–2 (PMID 8555924, PMCID 2349778, lire en ligne [archive])
68. Boutet A. EBM et Cochrane, BIUM, Pôle Médecine – Odontologie, 2017, [Ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/ebm->

tutoriel-biusante.pdf

69. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, Guide méthodologique, 2007 (juin). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
70. Raineri F, Jousselin C, Becchio J, et al. L'hypnose en consultation de MG libérale. Documents de recherches en médecine générale, SFMG, 1997, (49), p. 46-57.
71. SFMG. Un réseau épidémiologique en accès libre sur Internet : l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale prend une nouvelle dimension, 2004 (octobre), p.5. Disponible sur : http://omg.sfm.org/content/com/sfm_dp.pdf
72. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes, Un essai de typologie, Etudes et Résultats, Drees, n°315, 2004 (juin). Disponible sur : <http://onala.free.fr/drees315.pdf>
73. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH.— A metaanalysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*, 2000, 48, 138-153.
74. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Rapport d'orientation, 2011 (avril). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
75. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, Inserm, 2015 (juin). Disponible sur : http://www.societedephysiologie.org/content/uploads/cms/file/docdivers/rapport_hypnose%20Inserm%202015.pdf
76. Bioy A. Hypnose et douleur : où en est-on ? Dossier SFETD du mois, n°5, 2015 (sept). Disponible sur : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoissFETD/2015/dossier_sfetd_a.bioy_septembre_2015.pdf
77. Holroyd J. Hypnosis treatment of clinical pain. *Int J Clin Exp Hypn*; jan 1996; 44(1) : 33- 51.
78. Glashan MC, Evans FJ. The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain. *Psychosom Med*. May-june 1969; 31(3) : 227-246.
79. Wolff A, Iselin I, Forster A. Hypnose et douleur chronique : thérapie complémentaire personnalisée. *Doul et Analg*; 2008; 21(1) : 10-14. [SEP]
80. Warner G., Lance J.W. Relaxation therapy in migraine and chronic tension headache. *Med J Aust*. 1975;1 : 298-301. [SEP]

81. Haanen HCM, Hoenderdos HTW, Van Romunde LKJ. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol*; 1991; 18(1) : 72-75.
82. Teuwis S, Fontaine R, Faymonville ME. Place des traitements non pharmacologiques des douleurs neuropathiques. *Doul et Analg*; 2008; 21(1) : 34-36.
83. Patterson DR, Goldberg ML, Ehde DM. Hypnosis in the treatment of patients with severe burns. *Am J Clin Hypn*; Jan 1996; 38(3) : 200-212.
84. Shih M, Yang YH, Koo M. A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms : a brief communication, Centre for Reviews and Dissemination, Univeristy of York, 2013. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/66b0/411537330ad8c8bb3f86350398b72d1202f2.pdf>
85. Friedman H, Taub HA. The use of hypnosis and biofeedback procedures for essential hypertension. *Int J Clin Exp Hypn*. oct 1977;25(4):335- 347.
86. Friedman H, Taub HA. A six-month follow-up of the use of hypnosis and biofeedback procedures in essential hypertension. *Am J Clin Hypn*. janv 1978;20(3):184- 188.

SUMMARY

Hypnosis is increasingly used in medicine, particularly in general medicine. This study was conducted to determine the impact of training in hypnosis for general practitioners, whether they practice hypnosis or not. It was a qualitative study, based on interviews. These interviews were conducted using an interview guide composed of open questions and possible relaunchings. General practitioners who have completed the cycle of initiation in medical hypnosis of the SFMG were contacted to carry out interviews. The saturation was obtained at the 12th maintenance. The studied sample consisted of 15 General practitioners working in île-de-France. The interviews were conducted between May and August 2015. Having been trained in hypnosis appeared as having many positive impacts for physicians in their professional lives, but also in their personal lives. Having been trained in hypnosis allows them an improvement in the therapeutic communication, and a more global and personalized care of patients. Doctors have the feeling to improve the patients' adherence to their prescribed treatment and a decrease in auto-medication (benzodiazpines and antidepressants). They use hypnotic techniques when they realise usual gestures such as taking blood pressure or vaccinations. They practice formal hypnosis sessions in various indications. Hypnosis also allows a response to situations that were in therapeutic impasse. They report an improvement in their professional growth through the discovery of hypnosis. They use hypnotic techniques also in their personal lives, especially in the way to communicate. They describe themselves less stressed than before, and some of them think to have a better relationship with relatives. They also have described their job as useful and human, but difficult, stressful, demeaned. They expressed a lack of training in communication in medical studies. They regret not having been trained in hypnosis previously. This raises the question of the interest of an introductory training in hypnosis during the studies of general medicine.

Key words : general medicine, hypnosis, communication

RÉSUMÉ

L'hypnose est de plus en plus utilisée en médecine, notamment en médecine générale. Cette étude a été réalisée afin de déterminer les impacts d'une formation à l'hypnose pour des médecins généralistes, qu'ils pratiquent ou non l'hypnose. Il s'agissait d'une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels. Ces entretiens étaient réalisés à l'aide d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes et de relances éventuelles. Des médecins généralistes ayant suivi le cycle d'initiation à l'hypnose médicale de la SFMG ont été contactés pour la réalisation des entretiens. La saturation a été obtenue au 12^{ème} entretien. L'échantillon étudié était composé de 15 médecins généralistes exerçant en Île-de-France. Les entretiens ont été réalisés entre mai et août 2015. Avoir été formés à l'hypnose est apparu comme ayant de nombreux impacts positifs pour les médecins, dans leur vie professionnelle mais aussi dans leur vie personnelle. Avoir été formés à l'hypnose leur permet notamment une amélioration de la communication thérapeutique, ainsi qu'une prise en charge globale et personnalisée des patients rendus plus autonomes. Les médecins ont « l'impression » d'une amélioration de l'observance, et d'une diminution de la prise d'antalgiques, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs par leurs patients. Ils utilisent les techniques hypnotiques lors de gestes courant tels que la prise de la tension artérielle ou les vaccinations. Ils pratiquent des séances formelles d'hypnose dans des indications variées. L'hypnose leur permet également une réponse à des situations qui étaient en impasse thérapeutique. Ils rapportent une amélioration de leur épanouissement professionnel grâce à la découverte de l'hypnose. Ils utilisent les techniques hypnotiques aussi dans leur vie personnelle, notamment dans la manière de communiquer, se décrivent plus calmes qu'avant et certains parlent d'une meilleure relation avec des proches. Sans qu'il n'y ait eu de questions en rapport, ils ont décrit leur métier comme utile et humain, mais difficile, stressant, dévalorisé. Ils ont fait part d'un manque de formation à la communication au cours des études médicales. Ils ont exprimé le regret de ne pas avoir été formé à l'hypnose antérieurement. On peut se poser la question de l'intérêt d'une formation d'initiation à l'hypnose au cours du DES de médecine générale.

Mots clés : médecine générale, hypnose, communication