



HAL
open science

Évolution de la relation médecin-patient avec l'hypnopraxie, selon les médecins généralistes réunionnais

Coralie Barrois

► **To cite this version:**

Coralie Barrois. Évolution de la relation médecin-patient avec l'hypnopraxie, selon les médecins généralistes réunionnais. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01914573

HAL Id: dumas-01914573

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01914573>

Submitted on 7 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université de la Réunion

UFR Santé

Thèse de doctorat de médecine

Evolution de la relation médecin-patient avec l'Hypnopraxie, selon les médecins généralistes réunionnais

Par Coralie BARROIS

Née le 16 mars 1991 à Saint Pierre, Réunion

Dirigée par Fabrice CHEKPO

Présentée et soutenue publiquement le 17 avril 2018

Devant un jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Membres du jury : Madame le Docteur Line RIQUEL

Madame le Docteur Madeleine BARBA

Rapporteur : Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Fabrice CHEKPO

A ma grand-mère, Marie-Françoise.

Sommaire

SOMMAIRE	3
TABLE DES TABLEAUX	6
TABLE DES FIGURES.....	7
PRÉAMBULE : L’HYPNOSE ET L’HYPNOPRAXIE	8
1. DEFINITION DE L’HYPNOSE	8
2. RECONNAISSANCE SCIENTIFIQUE	8
3. L’HISTOIRE DE L’HYPNOSE	9
3.1. L’HYPNOSE CLASSIQUE (XVIII ^E -XIX ^E SIECLE) :	9
3.2. L’HYPNOSE TRADITIONNELLE (XIX ^E SIECLE – ANNEES 1950) :	10
3.3. LA NOUVELLE HYPNOSE (ANNEES 1950-AUJOURD’HUI)	10
4. L’HYPNOSE EN PRATIQUE	11
4.1. NOTIONS FONDAMENTALES EN HYPNOSE	11
4.2. HYPNOSE FORMELLE	13
4.3. HYPNOSE CONVERSATIONNELLE	14
5. L’HYPNOPRAXIE	15
5.1. DEFINITIONS ET PARTICULARITES	15
5.2. NOTIONS FONDAMENTALES EN HYPNOPRAXIE	17
5.3. SEANCE FORMELLE.....	18
5.4. L’HYPNOPRAXIE CONVERSATIONNELLE	19
5.5. LA FORMATION EN HYPNOPRAXIE A LA REUNION	19
I. PREMIERE PARTIE : L’INTRODUCTION.....	20
II. DEUXIEME PARTIE : LA METHODOLOGIE	22
1. LE TYPE D’ETUDE	22
2. LA POPULATION	22
2.1. CRITERES DE SELECTION	22
2.2. LE RECRUTEMENT	23
3. LE RECUEIL DE DONNEES	23
3.1. L’ENTRETIEN SEMI-DIRIGE	23
3.2. LA GRILLE D’ENTRETIEN.....	23
3.3. LE QUESTIONNAIRE D’INFORMATION DES MEDECINS	24
3.4. LA REALISATION DES ENTRETIENS.....	24
3.5. L’ENTRETIEN TEST	24
3.6. LA TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....	24
3.7. LA TENUE DU JOURNAL DE BORD	25
4. LE TRAITEMENT DES DONNEES	25
4.1. LA METHODE D’ANALYSE.....	25
4.2. LE CODAGE OUVERT	25

4.3. LE CODAGE AXIAL	26
4.4. LE CODAGE SELECTIF	26
5. CRITERES DE VALIDITE	26
5.1. LE DOUBLE CODAGE	26
5.2. L'ÉCHANTILLONNAGE THEORIQUE.....	26
6. CRITERES ETHIQUES	27
6.1. LE CADRE LEGAL	27
6.2. LE RESPECT DE L'ANONYMAT	27

III. TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS

1. LE RECUEIL DES DONNEES.....	29
2. LES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS	30
3. TRANSFORMER NOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE	31
3.1. COMMUNIQUER AUTREMENT : DE FAÇON HYPNOTIQUE	31
3.2. ÊTRE PRESENT AU PATIENT	32
3.3. PRENDRE EN COMPTE LE TERRAIN PSYCHO-EMOTIONNEL DU PATIENT	35
3.4. DEVOILER LE PATIENT	38
3.5. SUSCITER LA SURPRISE ET L'ADHESION DU PATIENT	40
3.6. SCHEMATISATION : TRANSFORMER NOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE.....	41
4. SE TRANSFORMER	41
4.1. EVOLUER PERSONNELLEMENT	41
4.2. RELATIVISER SON DEVOIR DE SOIGNANT	45
5. UNE NOUVELLE PHILOSOPHIE D'EXERCICE	48
5.1. SE REMETTRE EN QUESTION PROFESSIONNELLEMENT	49
5.2. L'HYPNOSE COMME TRANSFORMATION ET NON COMME SAVOIR	49
5.3. UN OUTIL COMPLEMENTAIRE.....	49
5.4. INTEGRER L'HYPNOSE A SOI ET AU QUOTIDIEN	49
5.5. NE PAS NOMMER L'HYPNOSE	50
5.6. UNE NOUVELLE PHILOSOPHIE D'EXERCICE	50
5.7. SCHEMATISATION : UNE NOUVELLE PHILOSOPHIE D'EXERCICE.....	51
6. S'EPANOUIR PROFESSIONNELLEMENT	51
6.1. RESSENTIR LA SATISFACTION DES PATIENTS.....	51
6.2. SE SENTIR UTILE ET VALORISE	52
6.3. PRENDRE DU PLAISIR A PRATIQUER L'HYPNOSE	52
6.4. SE DETENDRE EN PRATIQUANT L'HYPNOSE	53
6.5. REDONNER DU SENS A LA PROFESSION.....	53
6.6. VALIDER ET RENFORCER DES ACQUIS	53
6.7. POTENTIALISER LES APPRENTISSAGES ET S'OUVRIRE A D'AUTRES THERAPIES	54
6.8. SCHEMATISATION : S'EPANOUIR PROFESSIONNELLEMENT	55
7. RE-HUMANISER LA RELATION MEDECIN PATIENT	55
7.1. CREER UNE RELATION JUSTE	55
7.2. ECHANGER AVEC LE PATIENT	56
7.3. CONSTRUIRE UNE RELATION DE COMPLICITE PLUTOT QUE DE CONFIANCE.....	57
7.4. HUMANISER LE SOIN	57
7.5. RE-HUMANISER LA RELATION MEDECIN-PATIENT	58
7.6. UNE RELATION RENFORCEE ET PLUS THERAPEUTIQUE	59
7.7 SCHEMATISATION : RE-HUMANISER LA RELATION MEDECIN PATIENT	60
8. SE PROTEGER DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL.....	60
8.1. EN TRANSFORMANT NOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE	60
8.2. EN EVOLUANT PERSONNELLEMENT	61

8.3. EN RELATIVISANT SON DEVOIR DE SOIGNANT	62
8.4. EN AYANT UNE NOUVELLE PHILOSOPHIE D'EXERCICE	63
8.5. EN S'EPANOUISSANT PROFESSIONNELLEMENT.....	63
8.6. EN RE-HUMANISANT LA RELATION MEDECIN PATIENT	64
8.7. SCHEMATISATION : SE PROTEGER DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL	65
9. LA MODELISATION	65

IV. QUATRIEME PARTIE : LA DISCUSSION

1. PRINCIPAUX RESULTATS	67
2. DISCUSSION DES RESULTATS	68
2.1. PLACE DE L'HYPNOPRAXIE DANS LES CHANGEMENTS OBSERVES	68
2.2. LA QUALITE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT	69
2.3. L'IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION ET DE LA PRESENCE DANS LA RELATION	72
2.4. L'ASPECT PSYCHO-EMOTIONNEL EN MEDECINE GENERALE	73
2.5. PLACE DE LA TRANSFORMATION DU MEDECIN DANS LA TRANSFORMATION DE LA RELATION	74
2.6. SATISFACTION DES MEDECINS ET PATIENTS	75
2.7. PLACE DU BURN OUT EN MEDECINE GENERALE.....	75
2.8. POURRAIT-ON OUBLIER L'HUMAIN DANS LA MEDECINE ?	76
3. INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE	76
3.1. INTERET DE L'ETUDE.....	76
3.2. BIAIS DE L'ETUDE.....	77
4. PERSPECTIVES D'AVENIR.....	77

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ANNEXE 1 - MAIL DE RECRUTEMENT DES MEDECINS	81
ANNEXE 2 – GRILLE D'ENTRETIEN.....	82
ANNEXE 3 -QUESTIONNAIRE D'INFORMATION DES MEDECINS	83
ANNEXE 4 - NOTES D'INFORMATION PRECEDANT L'ENTRETIEN	84
ANNEXE 5 – L'AUTORISATION DE LA CNIL	85
ANNEXE 6 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	87
ANNEXE 7 – ENTRETIEN RETRANSCRIT DU DR G.....	88
ANNEXE 8 – RETRANSCRIPTION INTEGRALE D'UNE SEANCE D'HYPNOPRAXIE (10)	96
<u>RESUME</u> :	97

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins 30

Table des figures

Figure 1 : Diagramme de flux.....	29
Figure 2 : Schématisation Etre présent au patient.....	35
Figure 3 : Schématisation Transformer notre pratique quotidienne	41
Figure 4 : Schématisation Evoluer personnellement	45
Figure 5 : Schématisation Relativiser son rôle de soignant	48
Figure 6 : Schématisation Une nouvelle philosophie d'exercice	51
Figure 7 : Schématisation S'épanouir professionnellement	55
Figure 8 : schématisation Ré-humaniser la relation médecin-patient.....	60
Figure 9 : Schématisation Se protéger de l'épuisement professionnel.....	65
Figure 10 : Modélisation de l'évolution de la relation médecin-patient avec l'Hypnopraxie..	66

Préambule : L'Hypnose et l'Hypnopraxie

1. Définition de l'Hypnose

On peut définir l'Hypnose comme : « un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie. » (1)

On peut préciser que l'Hypnose 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 d'orientation à la réalité extérieure suppose un certain lâcher prise. Le lâcher prise ne consistant pas à se détacher, mais à laisser émerger des forces et des ressources que le patient possède de manière inconsciente et qui peuvent lui permettre de se reconstruire psychologiquement ou d'apporter apaisement et cicatrisation au niveau biologique. » (2)

Mais on peut aussi considérer l'Hypnose d'une manière plus large : Milton Erickson affirmait que : « tout le monde a la capacité d'entrer en transe hypnotique et le fait quotidiennement par lui-même. »(3) Il s'agit de moments en dehors du temps, où nous sommes complètement captivés par une personne, un moment ou une activité. C'est le cas, parfois, lorsque nous écoutons de la musique, lorsque nous dansons, que nous sommes absorbés par un livre, ou encore perdus dans nos pensées, « dans la lune ». François Roustang rajoute que « L'Hypnose formelle ne serait que le cas particulier, provoqué et isolé artificiellement pour les besoins de la thérapie, d'un phénomène universel qui caractériserait toutes les relations humaines ». (4)

2. Reconnaissance scientifique

Il a été montré avec l'EEG (électro-encéphalogramme) que l'état d'Hypnose était différent de l'état d'endormissement et de sommeil avec notamment une diminution significative des ondes lentes et une augmentation des ondes alpha et bêta. (5)

Plusieurs travaux ont ensuite étudié les conséquences de l'Hypnose sur les zones cérébrales

activées en TEP (Tomographie par Emission de Positron). Il a été montré, entre autre, que :

- les zones cérébrales activées étaient différentes entre l'Hypnose ou une simple remémoration de bons souvenirs. (6)
- « Le processus hypnotique se traduit par une imagerie mentale plurimodale cohérente et très vivace. Ces patterns d'activation diffèrent de l'éveil, de la conscience habituelle, de l'activation onirique pendant le sommeil paradoxal et des hallucinations observées chez les patients schizophrènes. »(7)
- l'Hypnose permet une réduction de la douleur, en lien avec l'activation du cortex cingulaire antérieur.(8)

3. L'histoire de l'Hypnose

André Weitzenhoffer (1988) distingue principalement trois courants hypnotiques (2) :

- L'Hypnotisme classique : durant le XVIIIème et le XIXème siècle : le patient est magnétisé.
- L'Hypnotisme traditionnel : du début du XXème siècle jusqu'aux années 1950 : le patient est passif.
- L'Hypnotisme non traditionnel : inclut les pratiques apparues sous l'influence de M. Erickson et dont fait partie la Nouvelle hypnose : le patient devient actif.

Dans les années 1990, l'Hypnopraxie a été élaborée par le Dr. G. Chedeau : le patient est affectif.

3.1. L'Hypnose classique (XVIIIe-XIXe siècle) :

On retient deux figures importantes de l'Hypnose classique :

- Franz Anton MESSMER (1734-1815), médecin allemand, est considéré comme le fondateur de l'Hypnose. A l'époque, il parle de « magnétisme animal », qu'il considère comme un fluide universel qui influence l'énergie de la « matière vivante ». A l'aide d'aimant, il libérait les blocages à la circulation du fluide et créait des « crises magnétiques ».
- James BRAID (1795-1860), chirurgien écossais, est le premier à parler d' « Hypnotisme ». Il considère l'Hypnose comme un « sommeil de type particulier » qui peut être provoqué par la fixation prolongée du regard sur un objet brillant. Cet état permet, par la suggestion, d'influencer le sujet à des fins curatives.

3.2. L'Hypnose traditionnelle (XIXe siècle – années 1950) :

Parmi les nombreuses personnalités s'étant intéressées à l'Hypnose on peut citer :

- Jean-Martin CHARCOT (1825-1893), neurologue à la Salpêtrière, qui montra que les paralysies hystériques étaient reproductibles sous Hypnose.
- Sigmund FREUD (1856-1939), neurologue autrichien, qui découvrit que la modification de la conscience sous Hypnose permettait de faire resurgir des souvenirs refoulés (catharsis).
- Ivan Petrovitch PAVLOV (1849-1936), médecin et physiologiste russe, qui utilisa l'Hypnose comme une psychothérapie.
- Johannes Heinrich SCHULTZ (1884-1970), neuropsychiatre Allemand, qui élaborait une technique de relaxation utilisant l'Hypnose : le « training autogène ».

Les caractéristiques de l'Hypnose traditionnelle sont :

- La directivité : l'hypnotiseur décide à la place du patient, il impose un comportement par des suggestions directes (exemple : « dormez », « vous ne vous souviendrez plus de ... »), le mode est autoritaire.
- La passivité du patient qui en résulte.
- La suggestibilité : l'Hypnose est considérée comme un état de suggestibilité élevée, ou encore comme un état d'attention et de réceptivité intense. Elle considère que la possibilité d'être hypnotisé correspond à une qualité intangible de la personne, et est proportionnelle à la profondeur de la transe (notions qui ont été abandonnées par la suite).

A noter que l'Hypnose de spectacle dérive de cette Hypnose traditionnelle très directive.

3.3. La nouvelle Hypnose (années 1950- aujourd'hui)

Elle prend naissance avec l'« Hypnose Ericksonienne », développée par Milton ERICKSON (1901-1980). Ses principes sont :

- L'inconscient est considéré comme un « réservoir de ressources actif » : les gens ont dans leur propre histoire toutes les ressources nécessaires pour surmonter les problèmes pour lesquels ils cherchent de l'aide.
- Le patient devient actif : ce n'est plus un état de réceptivité du sujet qui se laisse influencer par l'autre, mais une coopération où le sujet est sollicité pour exercer une participation active, en interaction avec le thérapeute.
- Le thérapeute utilise des « moyens spécifiques de communication » à visée thérapeutique, notamment à travers les subtilités du langage.
- Les suggestions deviennent indirectes, ouvertes, elles ont pour but de faire travailler le patient.
- L'état de conscience modifiée n'est pas thérapeutique en soi, mais il facilite la dynamique du changement.

L'Hypnose, telle quelle est utilisée actuellement, que ce soit en Hypnose Ericksonienne ou sous forme d'autres courants, comme l'Hypnose humaniste ou l'Hypnopraxie, se base sur ces principes fondamentaux.

4. L'Hypnose en pratique

4.1. Notions fondamentales en Hypnose

4.1.1. Les subtilités de langage

Le langage doit être proche de celui utilisé par le patient et le plus simple possible. On peut avoir recours à plusieurs outils :

Les suggestions

Une suggestion est une intention transmise par la parole : il s'agit d'une idée, d'un sentiment ou d'un comportement inspiré par un autre que soit. C'est une proposition que le thérapeute fait au patient. Parmi les nombreux types de suggestion on peut citer :

- la suggestion ouverte : on propose une recherche alternative, on ouvre une exploration. Par exemple : « tu sais ce qui est important pour toi. »

- le questionnement : on pose des questions, non pas pour obtenir des réponses, mais pour générer de l'introspection, exemple : « que peux tu faire pour aller mieux ? »
- la suggestion négative paradoxale : exemple : « ne pense pas à une solution à ton problème trop vite ». L'inconscient n'étend pas la négation mais celle ci active le travail : le patient va se mettre à chercher une solution de lui même.

Dans tous les cas, il s'agit d'impliquer le patient, de le rendre actif.

Le saupoudrage :

Il s'agit de mettre en valeur certains mots importants en accentuant leur prononciation et en laissant un temps de silence après, exemple : « tu peux réussir à trouver un soulagement ... »

La métaphore :

On propose quelque chose au patient en le dissimulant dans une histoire afin que celui-ci puisse se mettre à distance par rapport à sa propre situation et diminuer son affect (son ressenti émotionnel).

L'humour :

Il est utilisé de façon adaptée au patient.

Histoires, anecdotes et contes :

On peut par exemple raconter l'histoire (fictive ou réelle) d'un autre patient auquel notre sujet peut s'identifier afin qu'il puisse envisager les choses autrement.

4.1.2. Les références à l'inconscient

Pendant la transe hypnotique, on peut utiliser des phrases comme : « ton inconscient sait des choses pour toi que tu ignores, il sait ce que tu as et comment te guérir. » On fait appel à l'inconscient qui est considéré comme le réservoir de ressources du patient.

4.1.3. L'allocentrage :

Il s'agit d'être centré sur le patient. Ce qui importe, ce n'est pas ce que dit ou fait le thérapeute mais ce qui se passe à l'intérieur du sujet (attitudes verbales et non verbales). Il faut donc être attentif à ses réactions verbales et corporelles.

4.1.4. La micro-dynamique de la transe

La structure de la transe est dynamique et impulsée par le langage du thérapeute. Elle comporte successivement :

- une fixation de l'attention
- une dépotentialisation du champ de conscience
- une activation des mécanismes inconscients
- une réponse involontaire du patient

4.1.5. Respecter le symptôme :

M. Erickson disait : « votre symptôme disparaîtra quand vous serez prêt à l'abandonner. » Il s'agit de prendre en compte les bénéfices du symptôme, à la fois primaires (par exemple une phobie permet, inconsciemment, de canaliser toutes les peurs du patient en un seul objet pour pouvoir être libéré le reste du temps) et secondaires (ce que le symptôme induit sur l'entourage du patient). Le but principal n'est donc pas de faire disparaître le symptôme, mais de faire en sorte qu'il n'ait plus besoin d'être, à travers une restructuration inconsciente.

4.2. Hypnose formelle

Une séance d'hypnose formelle se décompose en quatre phases :

4.2.1. La pré-induction :

C'est une discussion avec le patient : on réalise l'anamnèse, on définit des objectifs, on démystifie l'Hypnose, on repère le langage du patient.

4.2.2. L'induction :

C'est la porte d'entrée de la transe. Il s'agit de focaliser l'attention du patient sur une sensation ou une perception. Par exemple en fixant intensément un point dans la pièce, en se focalisant sur la voix du thérapeute, la sensation du corps sur la chaise, une image intérieure agréable, etc ... Il s'agit de centrer le patient sur lui même.

4.2.3. Le travail thérapeutique :

On sollicite les ressources inconscientes du patient par l'intermédiaire de la parole afin de réaliser une reprogrammation mentale et comportementale. Le thérapeute utilise différentes subtilités de langage (suggestions, métaphores, saupoudrage...). Le patient prend de la distance par rapport à son environnement et son ressenti habituel (c'est ce que l'on appelle la dissociation). L'inconscient va choisir de travailler sur une seule problématique ou information (c'est ce que l'on appelle l'attention sélective). Dans cet état, le patient a une réactivité augmentée aux suggestions, il va pouvoir se détacher de sa douleur ou d'une souffrance, réinterpréter des faits vécus, effectuer des recadrages, élargir son champ de perception...

4.2.4. La sortie de transe :

Il s'agit du retour à l'état habituel, le thérapeute ramène le patient dans l' « ici et maintenant » en suivant son rythme.

4.3. Hypnose conversationnelle

C'est l'« Hypnose sans hypnose ». Elle utilise les mêmes outils que ceux décrits précédemment (suggestions, métaphores...) mais sans transe formelle. Le but est de mobiliser l'inconscient du sujet tout en communiquant avec lui. Elle repose sur l'impact de la relation thérapeute-patient.

L'attitude du soignant doit être centrée sur le patient, attentif à ce qu'il est en train de vivre. Le thérapeute utilise un langage simple, similaire à celui du patient. Les phrases doivent être, autant que possible, à l'affirmative car l'inconscient n'entend pas la négation. Ainsi, si l'on dit à un enfant (ou à un adulte) : « ne t'inquiète pas, ça ne va pas faire mal », inconsciemment il entend qu'il est question de douleur et d'inquiétude. Le thérapeute peut utiliser le principe de « la prédiction réalisante de la guérison » c'est à dire suggérer au patient une guérison prochaine, ce qui, inconsciemment va favoriser celle-ci.

5. L'Hypnopraxie

5.1. Définitions et particularités

L'Hypnopraxie a été créée par le Docteur Guy CHEDEAU à la fin des années 1990. Elle se base sur les principes de l'Hypnose Ericksonienne auxquels sont incorporés les principes théoriques de la Phénoménologie. Son fondement est différent de celui des autres approches hypnothérapeutiques, notamment à travers son aspect affectif, structurel et intégratif.

5.1.1. La phénoménologie

La phénoménologie vient du grec « *Phainomenon* » qui veut dire ce qui apparaît, ce qui se montre à la conscience. C'est la « science de la conscience ». Elle considère que la prise de conscience que nous avons du monde est unique et subjective. Ce qui importe alors, ce ne sont pas les faits mais la manière dont ils sont vécus. Ainsi, la « Praxie » correspond à « une manière de prendre les choses et par extension, de se saisir de soi-même, du monde, de son rapport au monde et du lien à autrui, c'est la manière d'être 'affecté' par ce qui est vécu, la manière d'être 'touché' ou de toucher, de rencontrer autrui. C'est la manière unique et personnelle d'avoir accès aux faits. » (9)

5.1.2. L'Hypnopraxie comme approche affective

On considère que l'affect (le ressenti), nous fait percevoir le monde d'une certaine manière et oriente nos choix. Ainsi, si l'on est anxieux, on va avoir tendance à repérer ce qui est dangereux autour de nous.

La démarche de l'Hypnopraxie mobilise l'« éprouver » du patient en le renvoyant à son intimité sensible, lieu où se déterminent ses valeurs et son mouvement intentionnel.

Il s'agit de susciter une transe-formation de l'être dans sa dimension sensible, au-delà de toute rationalisation et de tout discours. Dans cette intériorité, l'intimité ré-éprouve les expériences vécues et dévoile ses possibilités de renouvellement. Lorsque le patient n'est plus porteur des mêmes éprouvés, il se positionne autrement et évolue dans son orientation au monde.(10)

5.1.3. L'Hypnopraxie comme approche intégrative

L'Hypnopraxie considère que l'être humain est dans l'oubli de ce qu'il éprouve, ce qui engendre chez lui une perception dualiste de lui-même et le coupe de sa propre vie, entraînant une souffrance. Le travail intégratif permet de renforcer l'unité psychosomatique et de lutter contre les dissociations corps/esprit.

5.1.4. L'Hypnopraxie comme approche structurelle

« La conscience s'oriente toujours vers une structure avant de s'orienter vers un contenu »(9)

Les structures sont universelles, elles correspondent à des actes que la conscience peut produire pour se rapporter à quelque chose : on peut tous ressentir, se souvenir, projeter, penser, etc. Le contenu, quand à lui, est individuel : on peut se souvenir d'un moment personnel, ressentir la chaleur d'une poignée de main...

Aspect structurel du langage du patient

Le patient révèle dans son discours les aspects structurels de sa manière d'être au monde (Praxie), à travers :

- Les verbes : ce sont les actes de la conscience, ils révèlent la personnalité du patient. Certains patients vont, par exemple, plutôt utiliser des verbes évoquant le corporel (sentir, entendre, voir...) d'autres des verbes évoquant le mental (expliquer, penser, comprendre...)
- Les phrases non spécifiques : elles ont un caractère intemporel, c'est-à-dire qu'elles sont valables autant pour le contexte présent que pour d'autres moments de la vie. Quand le patient dit « *J'aurais bien aimé qu'il soit là* » en parlant d'une situation bien précise, probablement qu'il a déjà vécu ce sentiment-là dans d'autres circonstances.
- Les « ÇA » : correspondent à ce qu'éprouve le patient, à son état d'âme. Ils témoignent du genre de lien que le patient éprouve vis à vis de sa corporéité. Par exemple « ça ne m'intéresse pas » signifie « ce que j'éprouve est mis de côté » ; « ça me dépasse » signifie « ce que j'éprouve me dépasse ».

Il est important de ne pas se laisser « hypnotiser » par le contenu du discours qui nous enferme dans une rationalisation, et de porter une attention particulière à cet aspect structurel. C'est ainsi que le thérapeute en apprend plus sur son patient.

Aspect structurel du langage thérapeutique

Le thérapeute présente la structure au patient (le verbe) et le patient le remplit avec son contenu (ses propres pensées, affects).

5.2. Notions fondamentales en Hypnopraxie

5.2.1. L'Epoque

C'est, selon Edmund HUSSERL, phénoménologue : « revenir aux choses elles-mêmes comme si c'était la première fois ». Pour le soignant il s'agit de suspendre notre jugement, de mettre de côté nos préjugés et nos a priori sur tel ou tel patient. Pour le patient, il s'agit, par exemple, d'apprendre à regarder les personnes qui l'entourent comme si c'était la première fois, et non pas à travers le prisme de ses expériences antérieures.

5.2.2. Attitude du thérapeute et boucles interactives :

Il doit être allocentré : être attentif à l'attitude verbale et non verbale du patient. Les expressions charnelles (attitude corporelle, expressions faciales) du patient sont un reflet de ce qui se passe en lui de manière inconsciente. Le praticien doit apprendre à distinguer les micro-expressions du patient : ce sont les expressions de son visage, parfois très brèves et très discrètes qui évoquent une émotion. Sachant qu'il existe 7 émotions universelles :



Il s'agit alors d'accompagner le patient dans ce qu'il ressent d'instant en instant. C'est ce que l'on appelle les boucles interactives : on capte ce que nous renvoie le patient, et on l'accompagne au fur et à mesure de son cheminement.

5.2.3. Place du symptôme

En Hypnopraxie, on considère que ce qui est important n'est pas le symptôme mais l'affect qui est en jeu dans le symptôme : il est important de rechercher les émotions qui accompagnent une lombalgie chronique, un problème cutané récurrent, etc...

« Il y a dans la somatisation, quelque chose de l'ordre de l'enfouissement dans la chair, du monde émotionnel refoulé. »(9)

5.2.4. Les mécanismes de défense

« La demande de guérison ou suppression d'un symptôme chez un patient est toujours paradoxale [...] car son symptôme l'aide à garder un certain équilibre et supprimer le symptôme pourrait bouleverser cet équilibre que le patient s'est construit avec le temps. Le symptôme permet de résoudre, inconsciemment, une problématique. »(9) Le patient peut en tirer des bénéfices primaires, pour lui-même, et secondaires, en rapport avec son environnement : le symptôme appartient au groupe autant qu'à l'individu.

Les patients peuvent donc manifester une résistance dans le travail hypnotique, consciemment ou inconsciemment. Cela peut se manifester, pendant une séance, par l'absence de lâcher prise (le patient va se moucher, tousser...) ou au contraire, un endormissement. Dans tous les cas, il s'agit de respecter ces mécanismes de défense et de savoir attendre que le patient soit prêt à amorcer un changement.

5.3. Séance formelle

La séance formelle d'Hypnopraxie suit le même schéma que l'Hypnose Ericksonienne : pré-induction, induction, travail thérapeutique, sortie de transe. On peut noter quelques particularités :

- Durant l'anamnèse, le praticien veille plus particulièrement à capter les structures du patient : il note les verbes qu'il utilise, les phrases non spécifiques, les « ça ». Il est particulièrement attentif aux affects du patient (son ressenti, ses émotions).
- Durant l'induction, il peut également utiliser des techniques de sophrologie.
- Durant la phase de travail thérapeutique, le thérapeute parle de manière structurée : avec des verbes seuls ou de courtes phrases. Il utilise préférentiellement les verbes et les phrases non spécifiques que le patient a employé précédemment. Le rythme du

discours est volontiers lent avec des arrêts séquentiels, le temps de latence qui succède aux mots est un temps d'intégration. C'est lorsque le thérapeute se tait qu'un sens et un sentiment apparaissent au patient. Il essaie de mobiliser les affects du patient, il est attentif aux émotions qui surgissent, les reconnaît (exemple : « c'est bien de ressentir ça ») et essaie de les faire évoluer. Ce qui peut permettre au patient de réinterpréter des faits vécus, d'élargir son champ de possibilités, d'envisager un futur différemment.

La retranscription intégrale d'une séance d'Hypnopraxie réalisée par I.SEDDIKI est disponible en annexe, à titre d'exemple.(10)

5.4. L'Hypnopraxie conversationnelle

L'Hypnopraxie conversationnelle utilise les mêmes outils que ceux décrits en Hypnose Ericksonienne et y intègre les principes propres à l'Hypnopraxie. Il ne faut pas se laisser hypnotiser par le discours du patient, comme lors d'une conversation banale, mais il faut prendre du recul, être attentif aux « ça » et phrases non spécifiques, rechercher activement ce que ressent le patient, réagir quand apparaît une émotion (boucles interactives).

5.5. La formation en Hypnopraxie à la Réunion

La formation complète est ouverte à tous les soignants (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, sage-femmes, psychologues, etc...) et consiste en 5 modules de 5 jours, réalisés à 6 mois d'intervalle, afin de laisser aux soignants un temps d'intégration et de pratique. La matinée est théorique et l'après-midi pratique : les soignants réalisent de courtes séances d'Hypnose de 20 minutes environ par groupe de 3, ils sont alternativement hypnotiseur, hypnotisé et observateur.

I. Première partie :

L'introduction

La définition de la médecine générale proposée par la Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de famille (WONCA EUROPE) en 2002 précise que cette discipline est caractérisée par le fait qu' « elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». Elle ajoute que « la valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique ».(11)

L'hypnose est utilisée depuis le XVIIIe siècle à des fins thérapeutiques et a été introduite en France dans les années 1980. Elle peut se définir comme « un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie »(1). Elle fait référence à un certain « mode relationnel entre le patient et le praticien »(3). Au fil des siècles, l'hypnose a évolué et elle est présente aujourd'hui sous différentes formes, dont l'Hypnopraxie.

L'Hypnopraxie a été créée par le Docteur Guy CHEDEAU à la fin des années 1990. Le terme d'Hypnopraxie garde le lien à l'Hypnose et y associe la « Praxie ». La « Praxie » concerne la manière de se percevoir soi-même, de percevoir l'autre, le moment présent ou le monde d'une manière globale. L'objectif est une maturation affective de ce qui est éprouvé en soi : c'est une thérapie de l'état d'âme. Elle se veut intégrative: elle cherche l'unité corps-esprit de l'être humain. Au-delà de l'aspect thérapeutique et hypnotique clinique, l'ambition de l'Hypnopraxie est de donner à tous les soignants une possibilité de s'entraîner à la mise en relation avec autrui pour redonner une unité au patient et de redonner une unité à la relation patient-soignant (9).

L'utilisation de l'hypnothérapie en médecine générale améliore la relation médecin-patient et s'avère être un outil thérapeutique intéressant pour la prise en charge d'une partie non négligeable des motifs de consultation des patients tels que : l'anxiété, les phobies, les insomnies, les troubles sexuels, la dépression, le manque de confiance en soi, les troubles de

la personnalité, les syndromes douloureux chroniques, la surcharge pondérale, le tabagisme et certaines affections cutanées (12).

Dans une thèse réalisée par M. Brel sur l'hypnose thérapeutique à la Réunion, 84% des patients interrogés ont dit que l'approche hypnotique avait « modifié positivement » la relation qu'ils avaient avec leur médecin (13). De même, en explorant le cheminement thérapeutique de patients réunionnais à travers des séances d'Hypnopraxie, I. Seddiki a montré que l'évolution des patients se fait à travers un lien thérapeutique, dans le cadre d'une relation singulière et personnalisée, basée sur la confiance. (10)

Quels sont les mécanismes à l'origine de cette évolution positive de la relation évoquée par les patients ? Qu'en est-il de la manière dont les médecins vivent cette nouvelle relation au patient ? Il serait intéressant d'étudier les processus sous-jacents au changement pour les praticiens ayant été formés à l'Hypnopraxie.

Nous nous sommes donc posés la question suivante : comment la relation médecin-patient évolue-t-elle avec l'Hypnopraxie, selon les médecins généralistes réunionnais ?

Notre objectif principal était d'explorer l'évolution de la relation médecin-patient en lien avec la formation des médecins en Hypnopraxie.

Notre objectif secondaire était d'explorer l'évolution du médecin, à la fois personnelle et dans sa pratique médicale.

II. Deuxième partie : La méthodologie

1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative qui utilise la méthode par théorisation ancrée. Le recueil des données s'est fait par entretiens semi-dirigés. Selon Christophe Lejeune (14) la méthode par théorisation ancrée a pour but la production de théories à partir du matériau empirique. Elle conjugue deux règles impératives :

- rendre compte du matériau empirique : il s'agit de restituer fidèlement le vécu des personnes rencontrées ;
- créer de nouvelles théories.

Cette méthode est particulièrement adaptée pour répondre à une question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qu'il leur arrive.

2. La population

2.1. Critères de sélection

Critères d'inclusion :

Les médecins remplissant l'ensemble des critères suivants :

- généralistes (thésés ou non)
- exerçant en ambulatoire
- ayant participé à l'ensemble des cinq modules de la formation en Hypnopraxie réalisée par le Docteur Guy CHEDEAU, intitulée « Hypnose clinique, Hypnopraxie et psychothérapie Ericksonienne ».
- ayant donné son accord de principe pour participer à l'étude.

2.2. Le recrutement

Le recrutement s'est effectué par mail (Annexe 1 - Mail de recrutement destiné au médecin). La mailing-liste des médecins ayant participé à la formation en Hypnopraxie nous a été fournie par la secrétaire du Docteur Cheydeau, avec l'accord de ce dernier.

3. Le recueil de données

3.1. L'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé nous est apparu comme la méthode la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche. Celui-ci se base sur une grille d'entretien comprenant une liste de thèmes ou de questions prédéfinies. Son caractère ouvert et libre, nous a permis à la fois d'approfondir certains thèmes tout en laissant la place à l'apparition d'idées nouvelles.

3.2. La grille d'entretien

Pour rédiger cette grille, nous nous sommes initialement basés sur des observations et questionnements issus de la littérature (15)(16)(13)(17).

Les grands thèmes abordés étaient :

- la communication
- les difficultés rencontrées
- la relation médecin-patient
- la satisfaction professionnelle
- les changements individuels

Selon la méthode par théorisation ancrée, cette grille a évolué tout au long de la recherche : l'analyse des entretiens, au fur et à mesure de leur réalisation, produisait de nouvelles questions théoriques qui venaient enrichir la grille d'entretien. A l'inverse, certaines questions qui ne se sont pas avérées pertinentes pour répondre à la question de recherche, ont été mises de côté. La grille d'entretien initiale et celle utilisée lors du dernier entretien sont disponibles en annexe (Annexe 2 – Grille d'entretien).

3.3. Le questionnaire d'information des médecins

Les informations sur les caractéristiques du médecin et sur sa pratique de l'hypnose ont été recueillies par un questionnaire (Annexe 3 -Questionnaire d'information des médecins). Les questions ont été posées de vive voix à la fin des entretiens.

3.4. La réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin, à son domicile ou dans un lieu public. Aucune tierce personne n'est intervenue.

Avant de débiter l'entretien, les médecins signaient un formulaire de consentement pour autoriser l'enregistrement vocal. Ils étaient également informés du but de l'étude et du respect de l'anonymat. Ils étaient invités à donner des réponses libres (Annexe 4 - Notes d'information précédant l'entretien).

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones pour éviter la perte de données en cas de problème technique.

Durant l'entretien, nous veillions à suivre l'attitude générale définie depuis 1943 par les fondateurs de l'entretien appliqué à l'enquête, Roethlisberg et Dickson : être patient, bienveillant, intelligemment critique, non autoritaire (18). La grille d'entretien nous servait de guide, mais l'ordre des questions variait en fonction du discours du médecin et certaines n'étaient pas posées si le thème avait été abordé spontanément par le praticien. En fin d'entretien, nous demandions au médecin s'il avait des commentaires supplémentaires.

3.5. L'entretien test

Nous avons réalisé un entretien test afin de s'assurer de la pertinence de la grille d'entretien. Il a été intégré aux résultats.

3.6. La transcription des entretiens

Les enregistrements d'entretiens ont été intégralement transcrits verbatim (transcription littérale du discours, en respectant les erreurs de langage), afin de conserver le plus

fidèlement possible le discours des médecins. Nous nous sommes aidés d'un logiciel de reconnaissance vocale : « *Dragon NaturallySpeaking* ».

Pour respecter l'anonymat des médecins, les éléments permettant leur identification ont été retirés.

3.7. La tenue du journal de bord

Tout au long de l'étude, nous avons tenu un journal de bord. Celui recueillait des comptes rendus documentant nos cheminements, nos impressions, nos observations, nos questionnements. A la fin de chaque entretien, nous réalisons un *compte rendu de terrain* afin de noter nos impressions, à chaud, du déroulement de l'entretien (attitude du médecin, idées fortes, questions soulevées).

4. Le traitement des données

4.1. La méthode d'analyse

Nous avons réalisé une analyse par théorisation ancrée. Nous avons alterné collecte et analyse du matériau empirique. L'analyse du matériau au fur et à mesure nous a permis d'identifier les éléments à approfondir et d'orienter en conséquence la suite de la collecte.

L'analyse a regroupé trois type d'activités interdépendantes : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. La codification a été facilitée par l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative « NVivo QRS international ».

4.2. Le codage ouvert

Le codage ouvert concerne le premier contact avec le matériau. Il s'agit d'identifier ce qui caractérise le phénomène étudié et d'ouvrir un maximum de pistes de recherche.

Pour ce faire, nous avons extrait du texte des *étiquettes* qui sont des unités de sens qui caractérisent un vécu. Par exemple : « plus j'exerce l'Hypnose, plus je suis dans le silence ». Puis nous avons rassemblé une ou plusieurs étiquettes pour former une *propriété* qui est une

caractéristique du phénomène étudié et que l'on nomme si possible par un verbe. Par exemple : « respecter les silences ».

4.3. Le codage axial

Le codage axial consiste à articuler entre elles les propriétés découvertes lors du codage ouvert. Nous avons cherché à identifier les propriétés qui sont liées, qui varient ensemble, qui dépendent l'une de l'autre. Nous nous sommes aidés de schématisations.

En articulant plusieurs propriétés, nous avons obtenu une *catégorie*, c'est à dire un phénomène caractérisé par une ou plusieurs propriétés. Par exemple : « communiquer autrement : de façon hypnotique ».

Pour chaque catégorie, nous nous sommes posé les questions : Qui ? Quoi ? Où ? Comment ? Pourquoi ? Avec quels résultats ?(19)

4.4. Le codage sélectif

Lors du codage sélectif, nous avons mis en relation les catégories pour les intégrer dans un système global. Nous avons mis de côté certaines catégories marginales, peu documentées, qui ne s'intégraient pas aux autres. Les schématisations du codage axial ont été intégrées à une schématisation globale. Nous avons ainsi abouti à une *modélisation* du phénomène étudié.

5. Critères de validité

5.1. Le double codage

Afin de garantir une objectivité dans l'activité de codage, le premier entretien a été codé simultanément par une personne extérieure à l'étude et par nous même. Les résultats de codage ont ensuite été comparés afin de tenir compte des différents points de vue.

5.2. L'échantillonnage théorique

Nous avons mené les entretiens jusqu'à la saturation théorique des données, c'est à dire jusqu'à saturation des catégories centrales. Une catégorie est saturée quand on a observé

chacune de ses propriétés et qu'aucune nouvelle propriété n'est formulée durant les codages consécutifs. Un entretien supplémentaire a ensuite été réalisé afin de confirmer cette saturation théorique des données.

6. Critères éthiques

6.1. Le cadre légal

- Une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenue (Annexe 5 – L'autorisation de la CNIL).
- S'agissant d'une étude non interventionnelle ne traitant pas de données de santé, conformément à la Loi Jardé, il n'a pas été nécessaire de demander l'avis du Comité de Protection des Personnes.

6.2. Le respect de l'anonymat

Les médecins ont signé un formulaire de consentement pour l'enregistrement vocal, accompagné de notre engagement écrit garantissant leur anonymat (Annexe 6 - Formulaire de consentement).

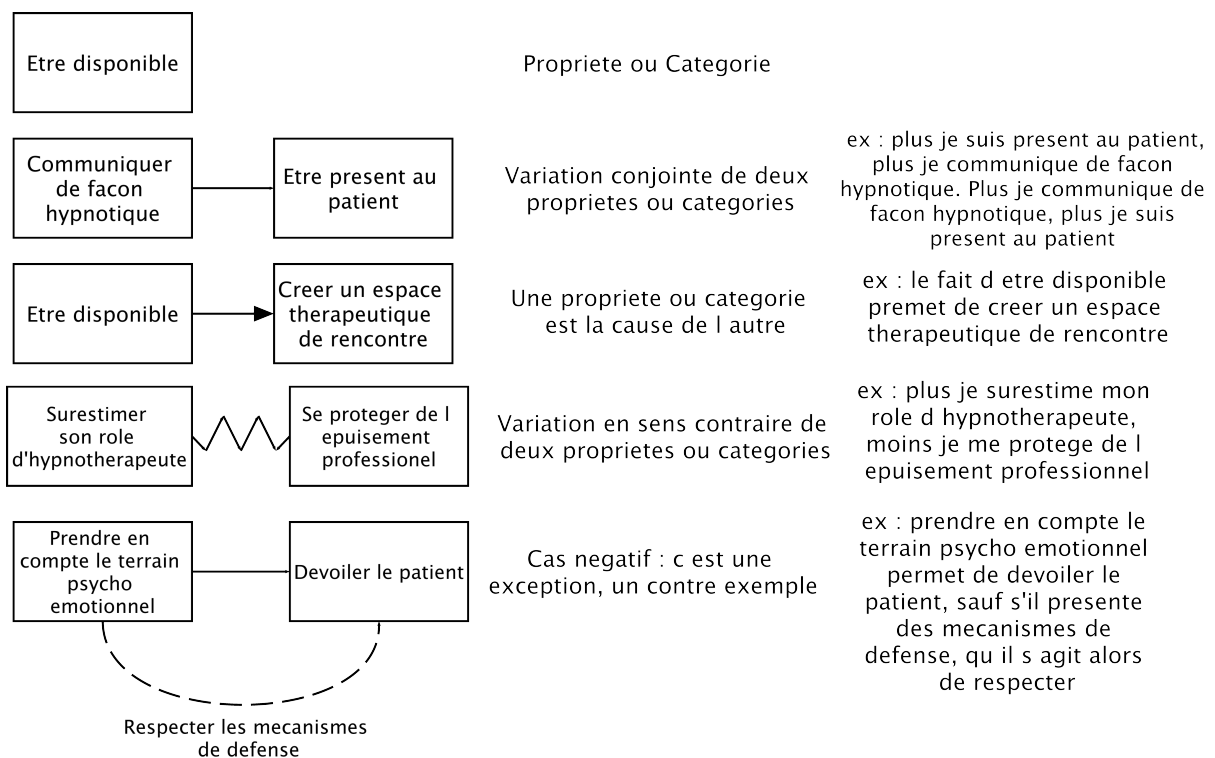
Lors de la retranscription des entretiens, toute donnée pouvant servir à l'authentification des médecins a été supprimée. Nous avons attribué à chacun une lettre suivant l'ordre de réalisation des entretiens. La copie intégrale de la retranscription des entretiens a été envoyée par mail au médecin sur demande de sa part.

III. Troisième partie : les résultats

Règles de présentation des résultats :

- Les citations des praticiens apparaissent « entre guillemets » et *en italique*
- Les données retirées pour préserver l'anonymat ou des précisions apportées de notre part, ainsi que le langage non verbal sont [entre crochets]
- Le raccourcissement des extraits de notre part est traduit par 3 points de suspensions entre crochet [...].
- Leurs phrases inachevées sont marquées par trois points de suspension ...

Légende des schématisations :



1. Le recueil des données

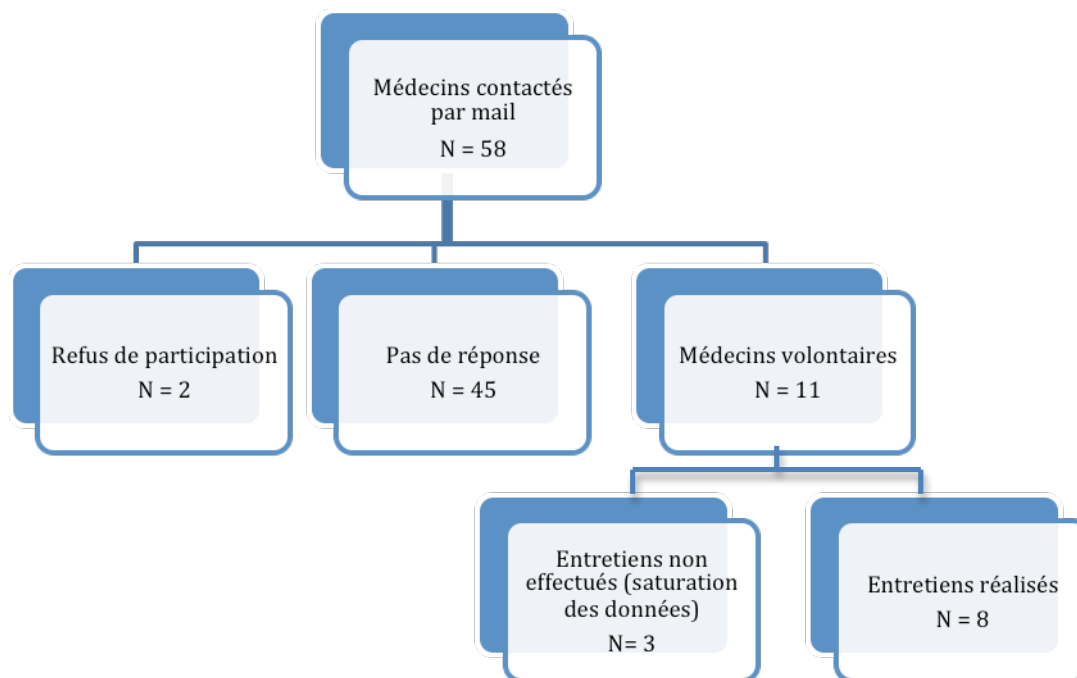


Figure 1 : Diagramme de flux

Parmi les deux refus de participation, l'un n'était pas intéressé car il ne pratiquait pas l'Hypnopraxie, l'autre parce qu'il n'avait pas été satisfait de la formation.

La saturation des données a été obtenue au bout de 7 entretiens, un 8^{ème} entretien a été réalisé afin de la confirmer. Les entretiens ont été réalisés sur 23 semaines (du 8 avril au 4 septembre 2017). L'entretien durait en moyenne 33 minutes.

2. Les caractéristiques des médecins

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

Médecin	Sexe	Age	Secteur d'exercice	Durée de la pratique de médecine générale (années)	Mode d'exercice	Année de formation en hypnopraxie	Autre formation d'Hypnose	Nombre de séances d'hypnose par mois	Autre formation	Durée de l'entretien (en minutes)
Dr A	F	54	Ouest	29	Installé, collaboration	2015	non	0	DU homéopathie, micronutrition, gynécologie	32
Dr B	F	30	Ouest	1	Remplacement	2013	non	0	DU micronutrition, formation médecine chinoise, acupuncture, MBSR*	30
Dr C	M	46	Ouest	16	Installé, seul	2005	HTSMA*, séminaire x1	20		31
Dr D	F	46	Nord	17	Installé, collaboration	2015	HTSMA*, séminaire x1	20	DU micronutrition, ostéopathie, médecine du sport	29
Dr E	F	58	Sud	29	PMI depuis 5ans, Remplacement avant	2008	séminaires x4	0	DU homéopathie, douleur, santé publique, SIDA, médecine tropicale	33
Dr F	F	43	Nord	17	Installé, collaboration	2015	non	1	DU médecine du sport, thérapie manuelle, dermatologie tropicale	31
Dr G	M	55	Ouest	25	Installé, collaboration	2002	DU hypnose	6	DU douleur, mésothérapie	40
Dr H	F	47	Nord	17	Installé, collaboration	2015	non	4	DU micronutrition, TCC	35

HTSMA : Hypnose Thérapies Brèves et mouvements alternatifs, MBSR* : Mindfulness-Based Stress Reduction*

Les médecins étaient des femmes à 75% et avaient en moyenne 47 ans. La moitié avait suivi une autre formation d'Hypnose (Diplôme Universitaire d'Hypnose ou séminaires d'Hypnose sur les thèmes de l'addiction, des psycho-traumatismes ou de la pédiatrie). 3 médecins sur les 8 ne réalisaient jamais de séances formelles d'Hypnose.

3. Transformer notre pratique quotidienne

3.1. Communiquer autrement : de façon hypnotique

« Et c'est là où j'ai commencé à avoir une autre forme de communication avec le patient » Dr F.

Les praticiens sont vigilants à plusieurs niveaux :

3.1.1. Etre attentif à son propre discours :

Dr E parle du « poids des mots », Dr G de « la iatrogénie verbale » :

« Je récupère des patients qui sortent de l'hôpital ils sont complètement tétanisés et paniqués alors qu'ils n'ont rien quoi. Et bien parce que le médecin [...] n'a pas été à l'écoute de l'angoisse de la personne qui est en face de lui, et n'a pas su, en tout cas, la gérer, et au contraire il l'a encore plus aggravé. Et les « ne vous inquiétez pas, ça ne va pas faire mal », pourquoi on dit ça si ça ne va pas faire mal ? » Dr C.

Ils utilisent les subtilités de langage de l'Hypnose :

« Pouvoir mieux utiliser [...] la confusion, pouvoir mieux utiliser les silences, mieux utiliser l'humour. Il y a tout un tas de petites techniques. [...] Le simple fait de d'éviter au maximum d'employer la négation. De ne faire que des phrases qui sont au style affirmatif [...], l'orientation vers le futur, la prédiction réalisant de la guérison... » Dr C.

Il s'agit « D'être acteur de son discours » Dr C.

Dr H souligne qu' « on peut utiliser aussi le langage du patient. [...] Puisqu'en fait on se calque un peu sur sa façon de penser finalement, en utilisant ses verbes, le patient se reconnaît et donc on avance, on est dans une vraie complicité verbale. »

3.1.2. Etre attentif à son attitude thérapeutique :

Le Dr G s' « intéresse beaucoup [...] à la posture, à la communication non verbale ».

« La personne qui vient avec une problématique [...] va investir sur une personne qui est, on va dire le thérapeute, le soignant, voilà. Et donc, d'être dans sa position de soignant, d'être capable d'accueillir, d'être dans une position d'écoute de ça, c'est déjà un phénomène hypnotique » Dr C.

« Je le prépare à tous les gestes techniques, comme je l'ai un peu toujours fait mais là avec beaucoup plus d'attention dans ce que je vais dire et donc comment je vais être quoi » Dr B.

3.1.3. Etre attentif au discours du patient :

« Ce qui m'a beaucoup intéressé avec Guy [Dr chedeau] c'est qu'il nous a appris à écouter les patients et à repérer les mots essentiels dans la conversation » Dr E.

« Je l'utilise avec des patients anxieux. Des patients qui ont des symptômes liés à l'anxiété. J'essaye d'écouter un peu plus leur discours, en fait leurs phrases, leurs verbes, leurs structures, pour essayer de capter en fait, les choses qui pourraient être la clé de leur état. Et surtout, les phrases aspécifiques, les « ça » » Dr H.

3.1.4. Respecter le silence et être dans la pure écoute, sans intervention

« Plus j'exerce l'hypnose, plus je suis dans le silence » Dr C.

« Je suis quand même de plus en plus à l'aise avec le silence. Et, il y a des fois je me rends compte que je me sens obligé de dire quelque chose, alors que non, le patient et il attend pas forcément quelque chose » Dr B.

« C'est aussi l'ouverture au silence. Par ce que la consultation c'est pas forcément vouloir remplir, c'est pas vouloir passer tout un tas d'infos, de messages, d'alourdir, de... tout ça est très confusionnant pour les gens c'est pas ça qu'ils sont venus chercher » Dr G.

« Et puis il faut savoir, ce que je ne faisais pas tellement avant, c'est savoir ne rien dire quoi ! Savoir ne rien faire ! Et puis écouter ! Juste » Dr F.

3.2. Etre présent au patient

3.2.1. Apprendre à faire l'Épochè

Faire l'épochè signifie suspendre le jugement :

« Pas de préjugés, pas de croyances » selon Dr E, « Tu ramènes le neutre en toi » selon Dr D.

Pour être au présent :

« Aujourd'hui, on va voir qu'est-ce qu'il se passe » Dr E.

Et faire comme si c'était la première fois :

« Il m'a appris aussi [Dr chedeau], quelque chose qui m'avait frappé : c'est regarder le monde et les gens d'un œil neuf. Comme si c'était la première fois. [...] Et pour les patients

c'est très important ! Parce que quand tu as un patient qui vient pour la dixième fois, pour la même chose, et que tu en as ras-le-bol ! Et c'est là que tu passes à côté de quelque chose si tu ne le regardes pas comme si c'était la première fois » Dr E.

Pour certains, mettre de côté les a priori n'est pas facile. La première étape consiste alors à en prendre conscience :

« Parce que moi, personnellement, je suis toujours dans le jugement. Enfin c'est le truc que... j'ai pas trop réussi... Enfin, ça va mieux dans le sens où j'en prends tout de suite conscience quand je juge les gens [...] en fait j'ai toujours des a priori, ils sont carrément spontanés, ils sont comme ça, ils sont cash ! Donc ça c'est pas maîtrisable. Mais j'en prends conscience et j'essaye du coup de laisser place à une réévaluation de la situation, disons » Dr B.

3.2.2. Etre dans l'empathie et la bienveillance

Comprendre la peur et la souffrance du patient :

« Quand bien même il reçoit une douleur qui est exagérée par rapport à ce qui est là et ben c'est son droit et c'est à nous de le prendre en compte et de le prendre en charge. Et que souvent la peur va susciter chez la personne une douleur plus importante et que ça n'est pas de dire « j'ai mal », c'est dire « j'ai peur, ça m'angoisse le fait que je suis là » Dr C.

Pour être dans l'empathie, c'est à dire d' « essayer à chaque fois de se mettre à la place de l'autre » selon Dr D, d' « arriver à être dans cette posture où vous êtes en phase avec l'autre » selon Dr C.

Et non pas dans la compassion :

« Pas en compassion, l'empathie, vraiment, c'est la faculté de ressentir ce que l'autre peut ressentir. Ca n'est pas ressentir ce que l'autre ressent, surtout pas, il ne faut pas, sinon vous allez mourir très rapidement » Dr C.

Etre dans « une position de thérapeute, une écoute bienveillante, et « continue comme ça ». On est déjà dans de l'hypnose. On est surtout dans de l'hypnose » Dr C.

3.2.3. Etre allocentré

Dr G nous explique :

« En hypnose il y a toujours un petit peu ce côté où on lance un petit peu, et on attend, on voit ce qui se passe, on regarde, on observe... la micro dynamique de transe, c'est-à-dire de voir un petit peu qu'est-ce qui est en train de se jouer, qu'est-ce qui est en train de se passer, qu'est-ce que la personne est en train de vivre ? [...] « J'ai parlé de cet examen, je perçois chez vous peut-être quelque chose... qu'est-ce que vous en pensez par rapport à ça ? » Ça c'est du langage hypnotique. On laisse ouvert. Et on apaise. »

3.2.4. Pour se rapprocher du monde du patient

Selon Dr G l'Hypnose permet d'être « *dans la bulle de l'autre, dans son monde. Un peu dans son monde parce que ça serait très prétentieux de dire qu'on va dans le monde de l'autre. C'est... on essaye d'en approcher un petit peu et d'essayer d'être un petit peu avec.[...] D'être avec l'autre et... et je pense que on a tellement de risques par notre activité, paradoxalement, de s'éloigner de l'autre, que l'hypnose, ou la communication hypnotique, nous permet toujours de... d'être un rappel à l'ordre.* »

3.2.5. Etre disponible

Il est nécessaire de prendre le temps :

« *Obligatoirement ça prend plus de temps parce que de parler avec un patient ça prend plus de temps, plus que de faire une ordonnance, que de travailler de façon traditionnelle en médecine générale* » Dr E.

Mais cela ne veut pas forcément dire perdre du temps :

« *Pour faire une bonne médecine il faut vraiment du temps à consacrer, et je pense que ce temps consacré une fois va résoudre pleins d'autres problématiques plutôt que de revoir les personnes plusieurs fois [...] Comme je peux me permettre d'écouter, d'avoir le temps d'écouter, je suis moins speed, plus calme, et la personne se livre plus facilement* » Dr D.

« *Il ne faut pas forcément plus de temps en fait. Des fois, même, on en gagne. Parce qu'en fait, on fait moins d'examens. On est moins perdu dans le discours du patient. Combien y'a de patients qui nous parlent, qui nous parlent, qui nous parlent, pour nous expliquer des choses qui n'ont aucun intérêt, et on est perdu dans ce discours. Et donc, on a eu cette technique d'aller chercher les structures et de couper la parole, peut-être, à la personne pour lui dire : « hey, qu'est-ce que ça veut dire ce que vous venez de me dire là ? » Et donc on ne la laisse plus nous perdre dans ce dédale de mots* » Dr H.

Et de savoir saisir l'instant thérapeutique :

« *Je me suis rendue compte que ce que disait un patient à un temps "t" était très important. Peut-être que une heure après ou deux jours après, il ne va pas dire la même chose. Mais à ce moment-là, il y a des mots qui sortent et il faut les saisir. [...] C'est d'ailleurs souvent en fin de consultation que le patient va dire : « ah ben docteur j'ai oublié de vous dire que... ». Bim ! Et là c'est du lourd qui tombe. [...] Je sens que si le patient m'a dit ce mot là maintenant, c'est que c'est maintenant qu'il faut s'en saisir. C'est pas « ben vous reviendrez dans trois jours, je vous donne rendez-vous » » Dr E.*

3.2.6. Afin de créer un espace thérapeutique de rencontre

« *Créer cet espace thérapeutique... Regardez, l'ordinateur il est pas devant moi mais sur le côté, pour garder ce lien et cet espace libre de rencontre qui est essentiel pour moi dans le*

soin. Et l'hypnose n'a fait que valider ça. Parce que tout ce joue là. [...] Créer ce lien thérapeutique, cette espace thérapeutique de rencontre où se joue quelque chose d'essentiel qui est la confiance » Dr C.

3.2.7. Allier présence et communication

« Pour moi le présent se fait sans les mots, et pourtant les mots sont très importants. Mais ils sont très importants mais justement parce qu'ils sont posés en même temps que la présence. La présence à l'autre. Alors ce que je dis là ce sont des mots mais c'est en le vivant, c'est en étant avec l'autre que viennent les bons mots. Les mots sans être avec l'autre, sont souvent décalés. Ils vont être souvent à distance de la représentation de l'autre, ils vont être à distance de ce que vit l'autre, il vont être à distance de son intérieur, de son monde. [...] Et c'est la présence à l'autre, cette notion de présence et d'instant, qui à mon avis, est essentielle dans la communication » Dr G.

3.2.8 Schématisation : être présent au patient

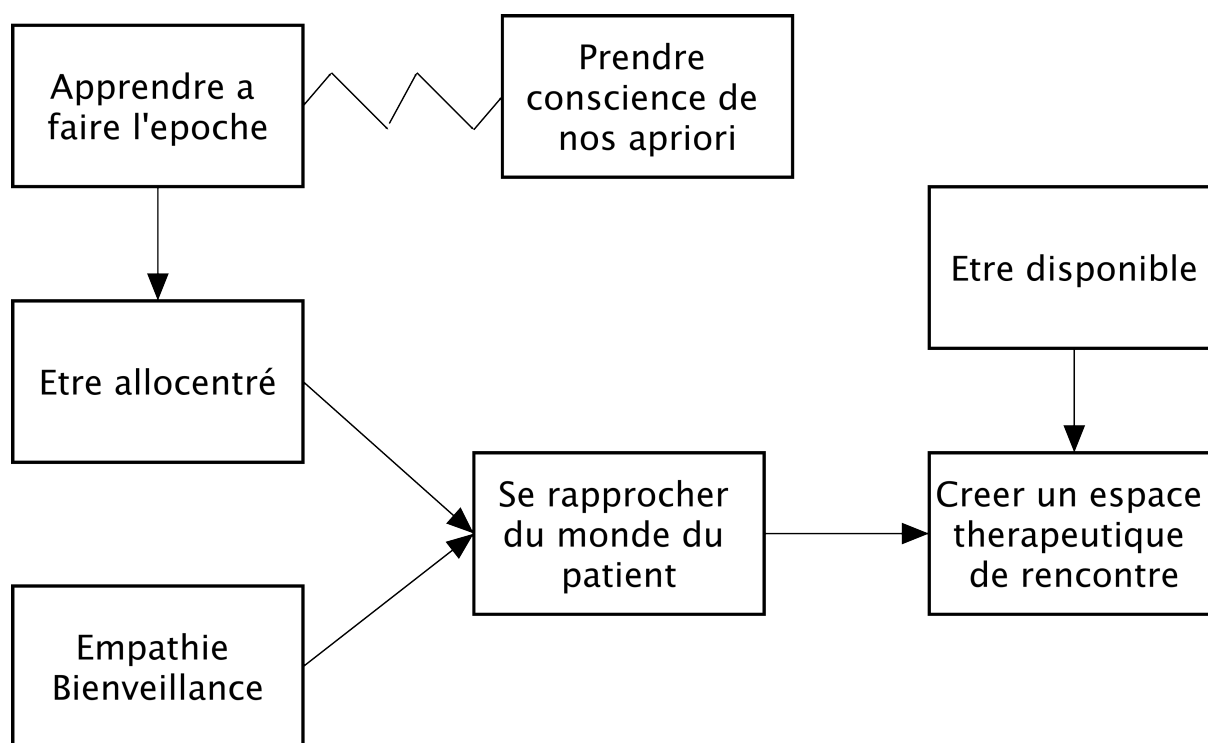


Figure 2 : Schématisation Être présent au patient

3.3. Prendre en compte le terrain psycho-émotionnel du patient

« Je me suis rendu compte en exerçant la médecine que il y avait tous un tas de pathologie qui n'avait pas de substrat organique, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de maladie derrière.

C'était pas une angine, il n'y avait pas une infection, une fracture, il n'y avait pas un disque écrasé, un cartilage abîmé, ou je ne sais quelle autre pathologie organique. C'est-à-dire que l'organisme était intact. Mais la personne avait quand même des ressentis, une souffrance et des ressentis douloureux. Et je me suis interrogé à ce qu'on va appeler le psychosomatisme, même si je n'aime pas trop cette formulation » Dr C.

Dr B va plus loin :

« Là où avant pour moi, certaines pathologies pouvait être purement organiques, maintenant je me rends compte qu'en faite, tout ce qui est, pas que le fonctionnel, même ce qui est organique et cetera, peut avoir une cause psychologique quoi, émotionnelle si on préfère. Ouais, émotionnelle. »

Il s'agit alors de « traiter le terrain », « d'aller à la source du problème » selon Dr B.

3.3.1. Oser déshabiller l'émotionnel

« L'Hypnopraxie c'est quelque chose de particulier où on fait intervenir les émotions, où on essaye d'aller au fond de la personne » Dr E.

Dr H raconte qu'avec la formation en Hypnopraxie elle a appris « à oser poser des questions [...]un peu essentielles, un peu personnelles ! Tu vois, on va dans l'intimité de la personne quand même. On a appris une certaine aisance à le faire. Parce qu'on s'est déjà entraîné entre nous, [...]on est plus à l'aise, on est moins gêné. Ça nous a enlevé cette gêne[...]c'était un peu tabou, tu vois d'aller dans l'intimité de la personne. [...]C'est comme la première fois que tu dis à quelqu'un : « déshabillez-vous je vais vous examiner. » Tu es obligé de passer cette barrière du tabou. Ben là, c'est pareil, on le déshabille mais psychologiquement, intimement, dans sa vie émotionnelle. Donc c'est ça, c'est qu'elle nous a appris finalement à déshabiller l'émotionnel. »

3.3.2. Rechercher activement la part émotionnelle

« Parce qu'en fait, au départ, on s'attache aux symptômes en tant que médecin. Une personne vient pour un symptôme, on est technicien. On va lui donner un traitement. Mais on va au-delà maintenant de la technique. C'est que le symptôme n'est pas là par hasard... on essaye quand même d'aller un petit peu plus loin que ce que la médecine nous a appris » Dr H.

« Si t'en es pas sûr, enfin, si tu n'en es pas suffisamment convaincu pour aller le chercher, tu vas pas le trouver. Parce que des fois, la manière dont le patient te le présente, ça te donne aucune clef pour aller vers quelque chose d'émotionnel. Et puis si tu veux vraiment savoir et ben, tu vas trouver. [...]Je fais l'effort d'aller toujours vers ça, et on tombe toujours sur des trucs... » Dr B.

Dr D donne un exemple :

« C'est « ah mais vous faites des otites à répétitions et vous vous êtes demandé pourquoi ? ». Tu vas gratter toujours, maintenant je suis obligé de gratter, toujours : « qu'est-ce qu'il y a qui fait que vous voudriez pas entendre ? » ».

3.3.3. Approuver la sensibilité du patient

« C'est vrai que tout dépend de la personne, si elle est plus ou moins dissociée par rapport à son corps, à ce qu'elle sent, si elle a une sensibilité très accrue, je vais pouvoir parfois aller un petit peu plus sur ce mode là, sur le mode de la sensibilité, parce que y'a des gens qui sont particulièrement sensibles et ils ne savent pas. Et ils le découvrent. Simplement de dire : « c'est bien d'être comme ça », il y en a, ça leur fait du bien d'entendre ça ! Simplement un tout petit mot quoi ! » Dr F.

3.3.4. Prendre en compte le patient dans sa globalité

Dr H raconte :

« Je ne me jette plus sur le symptôme comme avant. J'essaye de comprendre un peu plus le système du patient : comment il s'organise dans sa vie, comment il est dans sa vie... J'ai un patient qui est venu, qui est assez jeune, il vient pour fatigue. Vraiment un symptôme bateau. Alors là-dessus, fatigue, fatigue... il n'y a aucune raison, il mange bien, il dort bien, il est jeune, il a une bonne tension, je lui fais faire un bilan sanguin : il n'y a aucun problème. Donc forcément on se dit ben il n'y a pas grand chose, prenez des vitamines... Voilà, donc je lui aurais fait un cocktail vitaminé et au revoir ! Et en fait je lui pose des questions plus essentielles, je lui dis : « où tu habites ? », il habite chez ses parents, « qu'est-ce que tu fais de tes journées ? », ben il va à la salle de sport... Il a quand même 27 ans, et il n'a aucun projet, aucun projet de vie, aucun projet professionnel, il habite chez ses parents, pas de petite amie... Donc en fait, on va un petit peu plus loin, on essaye d'avoir une vision où on voit le patient dans son système. Donc on lui dit : « c'est quoi tes rêves ? C'est quoi ton projet de vie ? Qu'est-ce qui fait que tu te lèves le matin ? » Il ne sait pas me dire... Et là c'est un vide. Et on se rend compte qu'il y a un vide chez lui. Et que cette fatigue, ce symptôme, ça peut être la révélation que quelque chose ne va pas chez lui. Qu'il est en peut-être qu'il se bouge, qui réfléchisse à sa vie, qu'il aille... qu'il fasse quelque chose de sa vie. Donc voilà, j'essaye d'utiliser ce que j'ai appris dans ses consultations où le symptôme paraît complètement banal, où l'on ne trouve rien cliniquement, ben là il faut chercher, il faut aller au-delà ! »

3.3.5. Susciter la réflexion et travailler un sentiment

« J'essaye de lancer la petite graine qui va leur permettre de faire des nouvelles associations. [...] Mais ça marche beaucoup, je les fait beaucoup rebondir sur des choses, ils se lancent eux-mêmes à faire des nouvelles associations, à me raconter des choses différemment » Dr B.

« Les patients ressortent avec la reconnaissance d'affect qui va créer un mouvement chez eux. Parce que souvent tu sais, il penche la tête, il te regarde et il fait [mimique interrogative]... Ils repartent, ils ont un petit sourire en coin, ou ils ont le regard que tu vois qu'il est en train de travailler ... » Dr D.

« Par exemple, dernièrement, j'ai vu une dame qui avait eu une IVG à 25 ans et qui depuis été frigide. Donc je ne lui ai pas fait une séance formelle, parce que les gens n'ont pas forcément envie d'avoir une séance formelle. Mais j'ai plus fait de l'hypnose

conversationnelle pour qu'elle prenne conscience de certaines émotions. [...] Qu'elle revienne un petit peu en arrière, pourquoi elle avait fait ses choix ... » Dr E.

3.4. Dévoiler le patient

3.4.1. Susciter le dévoilement du patient

Le fait de communiquer autrement, d'être plus présent au patient, et de prendre en compte de manière active son terrain psycho-émotionnel, incite le patient à se dévoiler :

« Il se livre plus quand il est en bonne condition » Dr D.

« Si tu veux, j'ai posé une question et elle m'a raconté sa vie. Enfin, pas tout à fait comme ça...Mais... il y a une relation de confiance qui s'est établie » Dr E.

« En remplacement je me disais « mais pourquoi des fois je dis un mot à un patient et puis il me raconte sa vie ? » Je ne comprenais pas. Et en fait, si tu prends le bon mot au bon moment, le patient il va voir qu'il a une porte ouverte, il va voir que tu es là pour recevoir tout ce qu'il a à te dire, et il va te raconter » Dr E.

3.4.2. Dévoiler le problème psycho-émotionnel sous jacent au symptôme

Les médecins nous donne des exemples de symptômes cachant un problème sous-jacent qu'ils ont pu mettre en évidence :

« La dernière fois, c'était une dame qui avait des céphalées depuis son adolescence, une dame d'une soixantaine d'années qui est, en fait, consomme des antalgiques de palier deux depuis 10 ans, mais à des doses maximales depuis des années ! Et tout a été exploré quoi, enfin tout tout tout, vraiment, jusqu'à la neuro-endocrino... Et finalement on dit que c'est une céphalée par abus d'antalgiques. Et moi, je lui dis qu'en fait ses céphalées elles sont émotionnelles. Paf ! [...] Et elle m'a dit que c'était la première fois qu'on disait ça et qu'elle était tout à fait d'accord avec ça. Et là, elle est partie sur un espèce de secret de famille qu'elle m'a jamais vraiment décrit mais qu'en effet, il y avait un espèce de secret de famille qu'elle portait, et que là, il fallait que ça s'exprime d'une manière ou d'une autre » Dr B.

Toujours Dr B en parlant des infections urinaires à répétition : *« je suis très sensible à ça chez les femmes, je vais toujours là-dessus, alors là c'est en plein dedans mais alors d'une force ! C'est toujours ça, toujours ça, toujours juste, c'est toujours la féminité, la sexualité, des sentiments de frustration, enfin bon. Je me trompe jamais. »*

« J'ai une patiente qui a fait une Sleeve gastrectomie, elle a perdu beaucoup de poids, ça fait trois ans, et elle a des vertiges et elle tombe et on ne sait pas pourquoi. Il n'y a aucune raison.[...] Et donc en discutant un petit peu avec elle, j'ai compris que la perte de poids, ça entraînait aussi la perte de centre de gravité, ça changeait le corps complètement, et qu'il y avait un problème d'ancrage. Et que ce trouble de l'équilibre, ça venait peut-être d'un

mauvais ancrage et d'une mauvaise transformation. Son esprit n'a peut-être pas suivi la transformation de son corps. Et elle a du mal à trouver ses repères physiques[...] Donc on va au-delà du symptôme, donc c'est pour ça que je me trouve plus en lien, parce que je suis moins démunie » Dr H.

3.4.3. Etre surpris

Les médecins sont surpris de ce qu'ils découvrent.

« Et je voyais qu'en fait, les gens avaient une dimension émotionnelle, quand tu traitais différemment qu'avec des piqûres, injections, médicaments... il y avait quelque chose qui sortait de leur histoire. Et après, tu pouvais le relier au début des symptômes. Et même, des fois, je ne m'y attendais pas du tout ! Soit c'était prolix, soit c'était explosif ! Et ils te révèlent qu'ils ont été battus dans l'enfance » Dr F.

« Des fois ça peut être mais d'une évidence ! Genre le truc le plus évident que j'ai eu et où le patient il était toujours à dix milles lieux de faire des liens, c'était un jeune, c'était horrible, un jeune de 45 ans qui vient pour une espèce de RGO avec une dysphagie depuis un mois. Bon, j'avais regardé toutes les mesures hygiéno-diététiques [...], il était déjà sous IPP. Et donc il vient pour ça, tout ça, et donc, je me suis dit aller, je vais chercher autre chose. Donc je commence à lui poser plein de questions. Non ça va très bien, pas du tout stressé, comme d'hab' tu sais : « non non, tout va très bien ». Et en fait, il finit par me raconter qu'il héberge actuellement depuis quelques semaines, son petit frère âgé de 42 ans pour un cancer de la gorge en phase terminale, qui ne peut plus manger ! Tu vois. Je veux dire, il te raconte ça le type et lui il vient pour une dysphagie ! Et tout va bien ! Tout va bien dans sa vie quoi. Non mais c'est dingue quoi ! » Dr B.

Dr A parle de ce qu'elle relève en étant attentive au discours du patient : *« C'était hallucinant. [...] Ses mots c'était impressionnant. [...] Les termes étaient impressionnants. [...] Tu voyais tellement que c'était évident qu'il fallait de l'aide alors que sinon, tu le sentais pas cette nécessité d'aide. »*

3.4.4. Objectiver la vraie demande du patient

« Le patient vient avec une demande, qui est parfois paradoxale. Il faut voir qu'est-ce qui se cache derrière la demande. On ne va pas juste regarder la partie immergée de l'iceberg, on va un peu faire le tour, prendre son temps, gratter, regarder dessous... » Dr H.

Selon Dr B *« c'est ce pourquoi ils viennent même si ils ne le savent pas. On tombe sur le vrai problème en cause. »*

3.4.5. Redécouvrir le patient

« Et c'est vrai que c'est intéressant pour les vaccins avec les enfants tu les découvres autrement parce qu'ils ont tous des réactions différentes, et même pour les adultes ça peut être rigolo plutôt que quand tu fais un acte comme ça ... » Dr A, en parlant de la distraction pendant la vaccination.

3.4.6. Tout en sachant reconnaître et respecter les mécanismes de défense du patient

« Après, ça convient à des patients ou pas. C'est sûr que des fois : « ah, mais pourquoi elle me pose ces questions ? Mais j'étais pas venu pour ça ! » » Dr D.

« Ca prend pas toujours hein ! [...] Il y en a, ils n'entendent pas. [...] Et des fois ça va du truc évident où, pour le patient, ça ne l'est pas du tout. À des fois des choses beaucoup plus compliquées où les patients vont adhérer assez facilement. Je trouve que ça dépend plus des mécanismes de défense de chacun que du niveau d'éducation » Dr B.

« Parfois c'est très fermé » Dr F.

3.5. Susciter la surprise et l'adhésion du patient

« Les patients [...] savent déjà, quelque part, comment on fonctionne, ils savent qu'on va beaucoup parler, qu'on va leur prescrire des choses, qu'on va éventuellement leur faire peur... Ils sont déjà dans cet état d'esprit et en fait, l'hypnose dans la relation, ou la communication hypnotique, leur apporte une surprise. Et c'est en ça que l'hypnose est assez géniale parce qu'elle modifie un peu, justement, des rapports. [...] Il y en avait même un, [...] qui presque n'arrêtait pas de rire à la fin, tellement il n'en revenait pas de ce qui s'était passé, parce qu'il trouvait que j'avais changé, comme si j'avais changé, alors que j'étais effectivement sur un autre mode de communication » Dr G.

« Et on se rend compte que finalement, avec une bonne communication, et notamment une communication, je trouve, utilisant les ressorts de l'hypnose, on arrive beaucoup mieux... alors ça c'est pas très bien de dire ça, j'allais dire « on arrive mieux à ses fins ». C'est pas mes fins qui comptent ! C'est la santé » Dr G.

3.6. Schématisation : Transformer notre pratique quotidienne

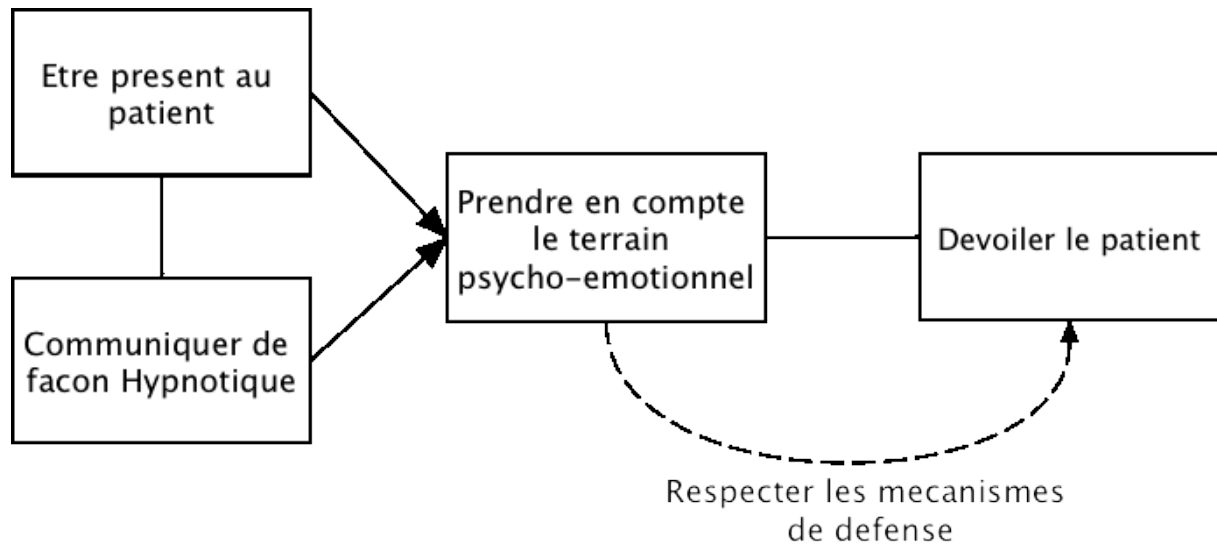


Figure 3 : Schématisation Transformer notre pratique quotidienne

4. Se transformer

Pour Dr C : « *il y a eu un avant et un après* ».

Les praticiens évoluent personnellement et relativisent leur devoir de soignant.

4.1. Evoluer personnellement

Selon Dr B : « *l'impact il est énorme de cette formation. Professionnellement ... Comme personnellement. C'est sûr* ».

4.1.1. Avoir besoin personnellement de l'Hypnose

« *De toute manière l'hypnose je ne l'ai pas fait pour mes patients, je l'ai faite pour moi. (Rires)* ». Dr A

« *C'est un cheminement personnel, et professionnel. Moi j'y suis venu à l'Hypnopraxie, très sincèrement, ça n'est pas pour le développer au milieu professionnel, je l'ai fait initialement pour moi* » Dr F.

Certains médecins rapportent avoir fait un travail personnel pendant la formation :

« Déjà les cinq formations qu'on a eues, où on s'est entraîné sur nous, on a travaillé sur nous. On a fait une thérapie. Donc déjà, ça nous a ... parfois secoué, et ça nous a permis de nous connaître un peu mieux. [...] Ça nous a quand même assez secoué pour que, je pense, on réfléchisse à l'essence de notre vie elle-même » Dr H.

« Moi j'ai adoré les séances que j'ai faites avec les nanas [pendant la formation], ça m'a fait beaucoup de bien » Dr A.

Avec parfois émergence d'émotions personnelles fortes :

« J'étais quand même halluciné de voir dans quel état on se retrouve. Avec [nom propre] qui disait : « mais c'est pas possible de pleurer autant ! » » Dr A.

4.1.2. Résoudre des problèmes personnels

Dr C affirme que l'Hypnose *« a un apport bénéfique sur sa vie personnelle. »*

La formation a permis la résolution de problèmes personnels multiples et variés :

Pour Dr B il s'agit de problèmes de santé *« J'ai résolu des problèmes personnel comme ça, qui ont changé ma vie on peut dire. [...] Ça a résolu des douleurs, des problèmes d'infections [urinaires] récurrentes, des douleurs chroniques. Après c'était pas la formation en soi, c'est tout ce qui acheminé à partir de ça, parce qu'il y a des choses qui sont venues très tardivement. »*

Cela lui a également permis : *« d'être vachement plus en pleine conscience ».*

Elle a permis à Dr A : *« des prises de décisions ».*

Pour Dr F : *« L'évolution personnelle, je pense que c'était de plus prendre de temps pour moi, pour faire ce que j'aime. Ça a été d'être plus à l'écoute, d'abord, de mon bien-être à moi. [...] Et cette formation, oui, elle m'a permis de m'ouvrir déjà un petit peu plus à moi-même. »*

Dr D a appris à *« essayer de se recentrer, de ne pas s'éparpiller. »*

Pour Dr E, il s'agit d' *« avoir moins peur de mes émotions. [...] A oser le partager, plutôt que d'être... trop pudique. [...] Ça m'a mis en confiance. »*

4.1.3. Evoluer dans son mode relationnel

Les médecins apprennent à mieux communiquer également dans leur vie personnelle :

« Je m'exprime autrement. [...] l'hypnose m'a fait prendre conscience de l'importance de la communication » Dr E.

« Et peut être que le fait de prendre soin de moi, effectivement, va me permettre, je pense, de mieux communiquer avec l'autre » Dr F.

Il s'agit également de prendre du recul, de se remettre en question :

« Pouvoir prendre du recul, être plus serein, relativiser. Et de voir les choses autrement. Et alors, cette prise de conscience a induit des changements au niveau relationnel dans ma famille. » Dr E.

Et d'être plus acteur de sa vie :

« Ca a changé plein de choses parce que je crois que je me responsabilise beaucoup plus dans tout, et dans mes relations, je me sens plus en devoir de changer ma manière de voir les choses et de ressentir les choses, plus que de demander aux autres de changer. [...] Dans la mesure où tu te sens vraiment responsable de ce que tu vis ben il importe d'agir dans ta vie » Dr B.

Ce qui permet l'acquisition de nouvelles compétences relationnelles :

Comme, pour Dr E qui a appris *« la gestion des conflits au niveau d'une équipe médicale ou même au niveau de la famille »*.

Ou encore de redécouvrir ses proches en appliquant le principe de l'épochè :

« Guy [Dr chedeau] nous avait dit un jour : « si vous regardez votre mari ou votre femme comme si c'était la première fois vous serez avec lui jusqu'au bout du temps » » Dr E.

4.1.4. Etre ébranlé par la formation

La formation peut aussi être source de déstabilisation personnelle :

« Ben oui, la déstabilisation de la formation, ça peut être assez fort. Il y en a qui ont arrêté d'ailleurs, pendant la formation, tellement c'était trop » Dr H.

4.1.5. Différencier son histoire personnelle de celle du patient

Dr F explique :

« J'avais pas déblayé ce qui était à moi de ce qui était au patient. [...] Je me posais la question pourquoi j'avais les larmes aux yeux assez souvent aux histoires des gens ... Et en fait c'était lié à mon histoire à moi. [...] Et aujourd'hui, [...] j'ai de l'empathie, mais je ne l'ai pas de la même manière, parce que c'est son histoire. Ça n'est pas la mienne. J'arrive à bien séparer les choses parce que j'ai pu faire le point sur ce que j'ai vécu, mon histoire, ce que je ressens, ce que je suis devenu, ce que j'ai transformé, ce qui ne va pas. »

Cela permet d'éviter la compassion car *« c'est leur histoire et c'est à eux de faire leur chemin »* selon Dr D.

4.1.6. Gérer ses émotions et s'apaiser

« J'ai l'impression d'avoir pris conscience de plein de fonctionnements, plein de choses, plein de réactions que j'avais. Et maintenant, j'en prends conscience presque en temps réel, [...] ça m'aide à mieux gérer mes émotions... à mieux agir en fonction des émotions » Dr B.

« Je me sentais reposée. Depuis que j'avais vu le mode de communication avec Dr Cheydeau sur nos émotions, sur nos relations avec nos émotions, la façon dont ont réagi en face de quelqu'un, parfois plus avec un certain type de personnes et d'autres moins. Ben, j'arrivais à essayer d'être un peu plus calme à l'intérieur et donc à poser mes émotions plus justement en face d'une personne... [...] Ca m'a permis, effectivement, de me poser au niveau de mes émotions » Dr H.

« On se connaît mieux, et on peut mieux parler de ses sentiments, on peut mieux les apaiser. [...] Ca m'a apaisé sur ce que je ressentais en fait. Personnellement, ça m'a apaisé. Ça m'a peut-être même renforcé, peut-être donné une force intérieure plus forte. Parce que quand tu apaise tes sentiments, tu es moins déstabilisée, donc tu es plus forte ... [...] Donc on est plus stable » Dr H.

Cela peut permettre de progresser dans une relation conflictuelle :

Dr F prend l'exemple d'une dame pour laquelle « il est certain qu'elle avait un suivi psychiatrique à faire, mais j'arrivais pas à l'y emmener. C'était impossible. Je revenais tout le temps sur les mêmes problématiques, les mêmes soucis. Et jusqu'à un moment où même, la relation était dans l'irritation. [...] Aujourd'hui, avec la méthode qu'il [Dr Chedeau] m'a donné, [...] en conversationnel, j'arriverai peut-être effectivement à avoir un échange intéressant avec elle. Peut-être moins dans le stress et l'irritation. [...] J'appréhenderais moins qu'avant quand je la voyais dans la salle d'attente quoi. [...] il y a des phrases et des mots clés qui vont m'aider d'avantage pour poser le calme, en tout cas en moi, parce que l'autre, il est déjà monté dans la colère, dans la peur, dans l'anxiété, dans tout ce qu'on peut imaginer. »

4.1.7. Se soigner pour mieux pouvoir soigner

« Je pense que c'est important quand on commence à s'occuper des gens en thérapie, d'aller soi-même en thérapie.[...] Moi, j'étais en thérapie avant de commencer et justement, j'ai été hypnotisé en thérapie. Je pense que c'est important d'aller voir régulièrement quelqu'un pour, dans notre métier en tout cas, évacuer un certain nombre de choses et rester justement... stable, pour encore cette histoire de cadre, et garder le contrôle des choses. Si vous n'êtes pas en accord avec un certain nombre de choses pour vous, vous allez vous retrouver dans les traumas des gens qui viennent vous voir, vous n'êtes plus la bonne personne pour les soigner» Dr C.

« Effectivement, il faut prendre soin d'abord de soi avant de penser qu'on va aller aider quelqu'un d'autre ! (Rires) » Dr F.

Il s'agit également d'accepter et de gérer le contre-transfert « *parce que le patient te renvoie des choses qui ont une résonance en toi* » et « *qu'il faut être conscient qu'on n'est pas infallible, qu'on a des émotions, mais il faut gérer ses propres émotions pour pouvoir accepter le contre-transfert et qu'il n'y ai pas d'incidence après sur la relation* » Dr E.

4.1.8. Schématisation : Evoluer personnellement

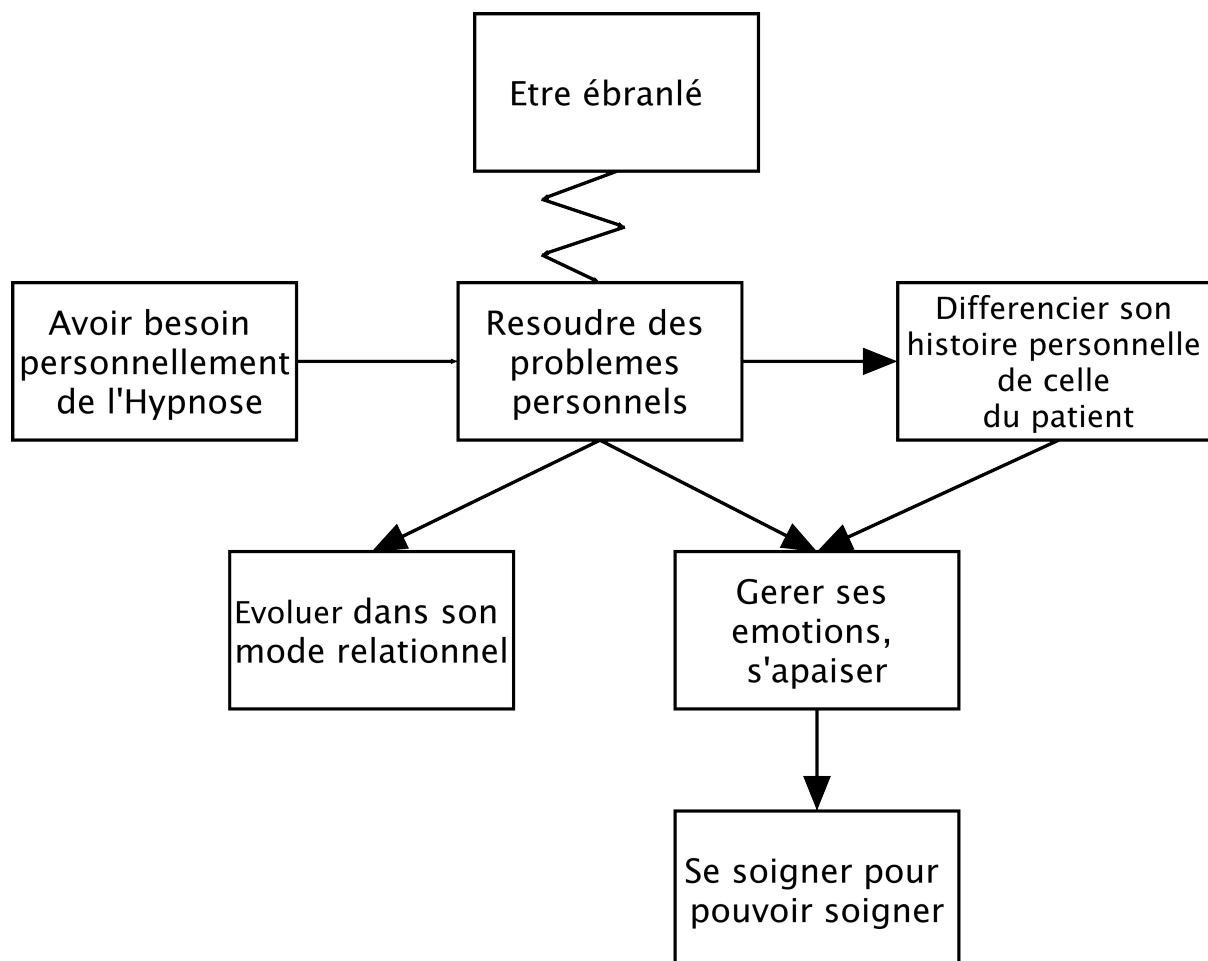


Figure 4 : Schématisation Evoluer personnellement

4.2. Relativiser son devoir de soignant

4.2.1. Reconnaître ses fragilités et ses limites en tant que médecin

Selon Dr E : « *On est des thérapeutes mais on est quand même des êtres humains, et selon notre état psychologique, on est plus ou moins fragile. [...] L'Hypnopraxie ça te fait prendre conscience de tes limites et c'est important.* »

Dr F a appris à « *éviter d'aller dans des limites où [elle] ne pouvait pas aller où ça [la] fatiguait trop mentalement et physiquement* ».

4.2.2. Descendre de son piédestal de médecin

« C'est vrai qu'à la façon dont le disait Thierry Melchior, [...] ce belge qui est philosophe et Hypnothérapeute, [...] on est des « Bricothérapeutes ». Alors il le disait entre nous parce que ça ne fait pas très beau de dire ça, parce que ça veut dire qu'on bricole. Mais ça veut dire à quel point, justement, on descend un peu de notre échelle dans laquelle on a voulu nous mettre, déjà l'échelle sociale, le médecin, le soignant c'est quelque chose. Alors on peut comprendre, parce que c'est important d'être soignant, c'est une responsabilité, c'est un honneur de soigner les gens. Mais on a confondu un peu peut-être ça et puis, résultat, les difficultés dans lesquelles ça allait nous mettre. Et c'est en ça que c'est anti burnout l'hypnose, c'est que waouh ! ça faire descendre un petit peu sur terre. Dans la présence à l'autre, on est avec l'autre » Dr G.

« Et après avec l'hypnose je trouve que, quand tu as un peu cette prétention de diriger l'autre et d'être très central dans la progression de l'autre, tu te rends compte qu'en fait tu ne l'es pas » Dr B.

Pour Dr G l'Hypnose change le positionnement du praticien :

« Il ne met plus en position de sachant, il ne met plus en position de domination, de celui qui a la bonne parole, et puis l'autre n'a plus qu'à attendre ou à exécuter ce qu'on va donner, ce qu'on va prescrire... Quand on voit le mot ordonnance, dans le mot ordonnance il y a ordonner, on ordonne ! »

4.2.3. Relativiser son devoir de soignant

« Parce que je ne suis plus dans le devoir faire, le faire absolument, mais plus, peut-être, dans « je vais me poser, je vais entendre, je vais écouter et puis je vais voir à ce moment-là quoi. »[...] Et c'est vrai que de ne rien faire, de ne rien dire, des fois, c'est ce qu'ils attendent. Et ça c'est quelque chose de nouveau pour moi. Parce que j'étais toujours en train de faire, en train de dire, en train de : « Comment faire ? Comment comprendre ? » Dr F

« Il n'y a pas de notion d'efficacité ... ouais, plus d'efficience j'ai envie de dire. Il n'y a pas forcément un truc à apporter. Des fois, juste l'écoute. Du coup, quand tu lâches un peu ce truc, de il faut que je réponde un truc pertinent, il faut que je rebondisse là-dessus. Quand tu lâches et que tu es plus dans la pure écoute [...] et ben c'est plus facile quoi » Dr B.

4.2.4. Accepter l'incertitude et les échecs

« [L'Hypnose] c'est quelque chose qui me met sur un autre registre que celui avec lequel on a été formé, qui est celui de quelque chose de très rationnel, du monde des certitudes... L'hypnose permet de mieux vivre avec l'incertitude. De mieux vivre à la consultation avec l'incertitude. Je trouve que ça permet d'accepter, en fait, que les choses soient ainsi » Dr G.

L'apprentissage de l'Hypnose permet également d'apprendre à ne pas vivre un échec thérapeutique comme un échec personnel :

« On est plus du tout dans la même dimension que la dimension du médecin qui doit absolument, avec les moyens qu'on lui donne, de prescrire, d'avoir des résultats, de revoir le patient : « Alors, comment ça va ? », « Ben, j'ai toujours aussi mal », « Aïe aïe aïe, je suis mauvais, je l'ai mal soigné. » Tout ce qui peut faire que dans la tête du médecin, cette espèce de pouvoir, voir même de suffisance qu'il peut avoir à être le sachant, fait que, si jamais il y a des déceptions, qui sont à la hauteur des objectifs qu'il s'est fixé, ça crée de l'épuisement, ça crée de l'épuisement émotionnel, on finit par être un peu désabusé, on fini par être déçu » Dr G.

Dr F relativise aussi :

« C'est vrai que je suis un peu plus sereine. Si ça marche pas, ça marche pas. Mais c'est parce que il faut aller doucement, j'allais dire tempérer un peu l'élan. »

4.2.5. Rendre les patients acteurs de leur prise en charge

Il s'agit de rendre le patient actif :

Car selon Dr B « c'est pas toi qui fait le travail, c'est le patient qui fait le travail. »

Dr C responsabilise ses patients : « C'est vous qui êtes acteur de votre santé. Moi je ne fais que vous donner les moyens de pouvoir vous soigner le mieux possible et d'être dans la meilleure santé possible. Et d'avoir un vieillissement et une vie la plus confortable possible et d'avoir le moins besoin de mes services possible. »

Ainsi que Dr D : « moi je vous mets sur la voie mais le travail de toute façon c'est vous qui allez le faire ».

Et de l'accompagner dans son travail :

« Il faut que vous vous fassiez quelque chose pour vous ! Et alors là peut-être je viendrai un petit peu accompagner ça. » Dr F

« Simplement le fait de le valider, on dit « oui c'est bien ce que vous me dites, je suis content ». Dans une position de thérapeute, une écoute bienveillante, et « continue comme ça » » Dr C.

Grâce à cela :

« L'Hypnose vient redonner toute sa place au patient » Dr G.

4.2.6. Ne pas s'attaquer au symptôme du patient

Il s'agit de « comprendre que le symptôme peut être une schématisation de quelque chose mais aussi qu'il ne faut pas forcément vouloir à tout prix l'enlever. Qu'il va falloir arriver à le transformer. Donc on ne se jette plus sur le symptôme comme avant. [...] Je trouve que moi

ça m'a apaisé, ça m'a rendu un peu plus sereine, en me disant : bon ben, le symptôme appartient à la patiente, il ne faut pas forcément se précipiter dessus, il ne faut pas forcément le supprimer mais plutôt le faire évoluer avec la personne. Donc on change radicalement notre façon de faire. On est plus aussi invasif finalement. On peut-être même violent en tant que médecin ! À vouloir à tout prix s'attaquer, parce que là on s'attaque à un symptôme! » selon Dr H.

4.2.7. Schématisation : Relativiser son rôle de soignant

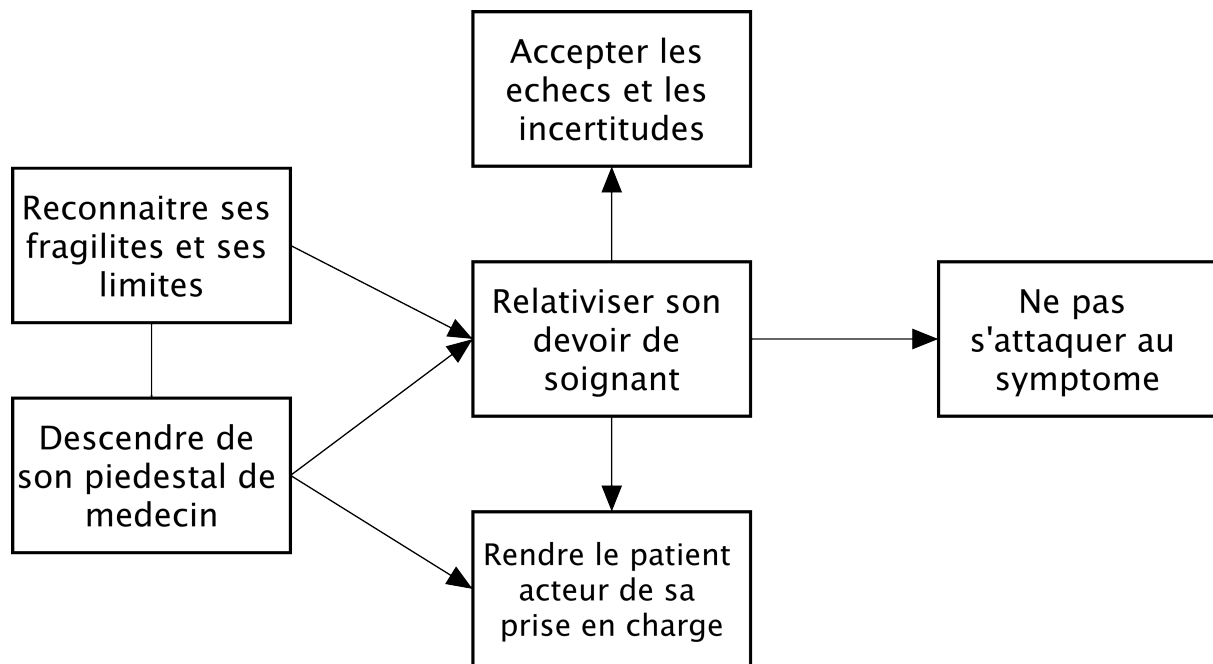


Figure 5 : Schématisation Relativiser son rôle de soignant

5. Une nouvelle philosophie d'exercice

« Donc vraiment, au quotidien, c'est une autre façon de voir la vie, c'est une autre philosophie » Dr E.

5.1. Se remettre en question professionnellement

« [L'Hypnose] nous fait nous poser des questions. Pas simplement sur ma façon de communiquer, mais sur mon positionnement de médecin, de soignant, par rapport au soigné. Ça c'est vraiment chouette » Dr G.

C'est ainsi que Dr H se questionne : « Pourquoi on fait médecine ? Pourquoi on est thérapeute ? Comment on veut orienter notre pratique ? Je pense que si on fait de l'Hypnopraxie, c'est qu'on veut orienter notre pratique différemment. Donc déjà, on est un peu ouvert à ce remaniement. »

« Ça m'a donné probablement un autre regard sur la profession. Ça m'a apporté pas mal, beaucoup, sur le plan de la réflexion philosophique de mon métier. Donc ça va largement au-delà même de la consultation » Dr G.

5.2. L'Hypnose comme transformation et non comme savoir

« Et l'hypnose n'est pas un plus, elle est avec. C'est pas un gadget. C'est pas une option. C'est... quelque chose qui se greffe dans la personne finalement. Parce que c'est en ça que c'est pas une connaissance. Puis-ce que ça change. Quand on va à une formation sur le diabète, est-ce que je suis changé dans ma façon d'être ? Oui je vais peut-être changer dans ma façon de faire certaines choses, liées à une consultation sur le diabète, certes. Mais là on reste dans la connaissance. Mais cette connaissance, je vais l'appliquer à Pierre, Paul, Jacques, Germaine, Gertrude et Marie-Thérèse ! Alors que l'hypnose c'est à chaque fois différent. [...] C'est toujours finalement imbibé, c'est toujours là en fait ! Donc c'est en ça que c'est une posture. [...] Donc on est pas non plus dans un savoir, on est dans tout autre chose. [...] Ca sera en soi quelque chose de beaucoup plus naturel, toujours prêt, toujours là, comme une autre façon d'être » Dr G.

5.3. Un outil complémentaire

Pour d'autres, l'Hypnose reste un outil complémentaire.

Selon Dr B : « Il faut se rappeler que [l'hypnose] c'est un outil et voilà. Ça fait pas forcément tout. »

Pour Dr H : « c'est un super outil parce que c'est atypique. »

5.4. Intégrer l'Hypnose à soi et au quotidien

Les praticiens utilisent l'Hypnose dans leur vie quotidienne personnelle comme professionnelle.

« C'est quand même, l'hypnose, quelque chose de très très vaste et de très très très très large. Donc en fait, quand est-ce qu'on fait de l'hypnose ou pas de l'hypnose? On peut faire de l'hypnose sans même se rendre compte qu'on fait de l'hypnose. [...] C'est voilà, au quotidien, bien entendu... Et même en dehors de mes consultations, quand je vais au supermarché et que je vais rencontrer des gens, etcetera, ou quand je sors, ou avec mes enfants, ou mon épouse, certainement que je fais de l'hypnose ! [...] Ca fait maintenant plus de 10 ans que je suis en formation en hypnose et il y a un certain nombre de choses que j'ai complètement intégrées dans ma pratique et que j'utilise sans même le savoir que je l'utilise » Dr C.

Et cela de façon spontanée et involontaire :

« Ça n'est pas un effort, je ne me force pas. C'est spontané. [...] Je l'incorpore spontanément. Mais même si tu veux, ça en est devenu qu'il faut que je fasse attention. Même quand je discute avec quelqu'un, une amie, j'ai tendance à repérer les mots ! [...] Même les enfants, tu repères les mots ! Tu vois, le repérage au quotidien, après ça fait partie de toi » Dr E.

« Je l'utilise sans volontairement vouloir l'utiliser, en dehors de séances formelles donc. [...] Dans le quotidien, je dirais qu'il y a de la touche d'hypnose un petit peu tout le temps » Dr G.

Même si Dr E émet des réserves :

« L'Hypnopraxie pour ma pratique quotidienne c'est pas assez pragmatique. [...] C'est plus de la psychothérapie que de l'Hypnose au quotidien. [...] il me manquait un côté pratique qui n'était pas là. »

5.5. Ne pas nommer l'Hypnose

« Je ne leur parle pas souvent, voir pratiquement jamais de l'hypnose en soi » Dr B.

« Je nomme très peu souvent. [...] Le mot hypnose ne me pose pas de problème [mais] ça ne veut pas dire qu'il n'en est pas un. Il en est un dans le sens où... pour moi, il freine peut-être l'expansion d'une communication à la façon hypnose, mais pas que. Mais j'ai pas envie d'enfermer les choses dans « Hypnose ». J'ai pas envie d'enfermer les choses dans « Hypnopraxie ». Je n'ai pas envie d'enfermer les choses dans « la transe, l'induction... », tous ces mots. [...] Donc c'est pour ça que moi je plaide un peu une Hypnose... bon on parle souvent d'hypnose sans hypnose... mais presque d'une déconstruction de l'hypnose par ce que c'est en ça qu'elle peut imbiber tout le monde, dans la communication, dans la santé. Parce que dès qu'on nomme, on enferme » Dr G.

5.6. Une nouvelle philosophie d'exercice

« Je dirais qu'après, même au-delà de relations où l'on est pas dans de la communication hypnotique, on a quand même toujours ça un peu en soi. C'est en ça que c'est une philosophie, une nouvelle philosophie d'exercice. Et la philosophie, c'est l'amour de la sagesse. Et ben ça rend un peu le médecin sage. À mon sens » Dr G.

5.7. Schématisation : Une nouvelle philosophie d'exercice

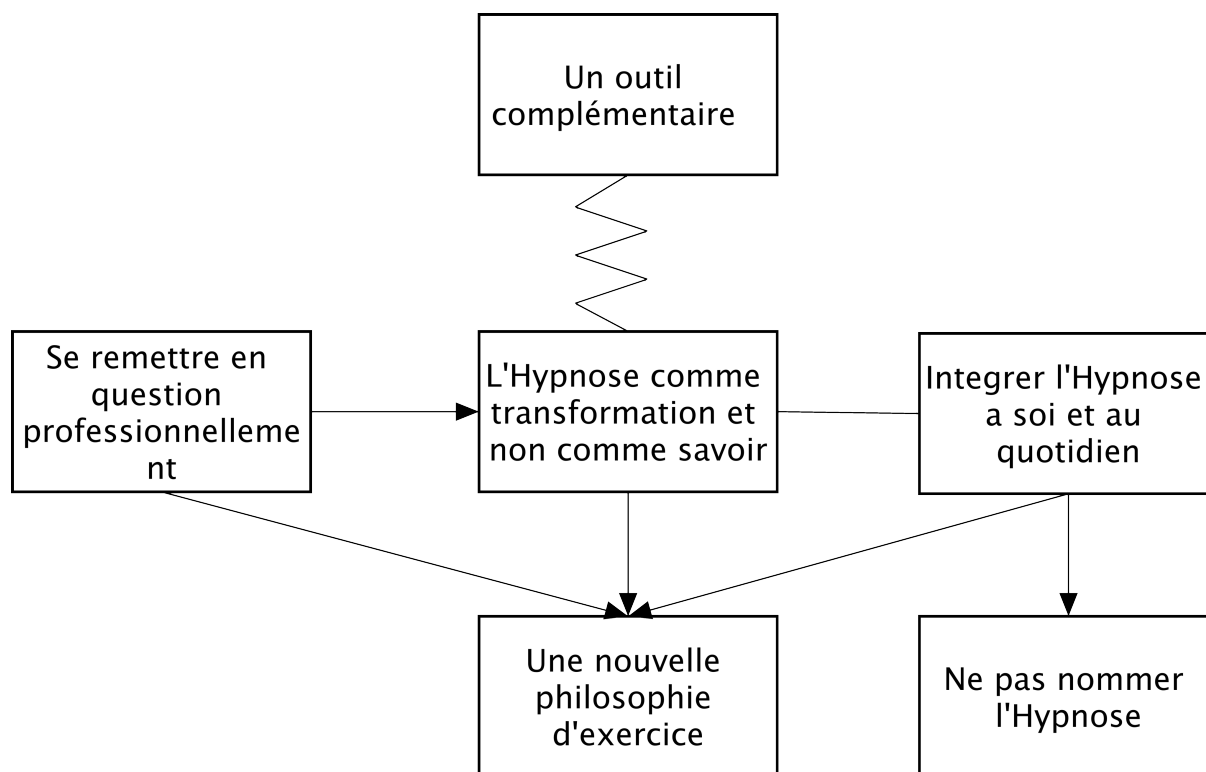


Figure 6 : Schématisation Une nouvelle philosophie d'exercice

6. S'épanouir professionnellement

« C'est plutôt dans le sens de l'épanouissement, tu es content de faire ce que tu fais... » Dr D.

6.1. Ressentir la satisfaction des patients

La transformation de la pratique quotidienne des médecins satisfait les patients :

« Les gens te disent, que tu as une approche différente : « on peut vous parler ! [Rires]. Les autres, ils ne m'écoutent pas ! ». C'est ça, assez souvent, que tu entends » Dr D.

« Quand je remplace une semaine, les patients ils reviennent. Et il y en a beaucoup qui m'ont dit qu'ils voulaient que je sois leur médecin traitant, ou est-ce qu'ils pouvaient me retrouver, et cetera ... » Dr B.

« Elle a ressenti un soulagement, comme si elle avait déposé sa valise. Elle a dit : « là j'ai déposé mon sac, je suis bien. » Voilà, c'est très satisfaisant pour le praticien d'ailleurs d'entendre ça » Dr E.

« J'ai un patient, la semaine dernière, qui m'a dit des trucs, mais incroyable [après une séance d'Hypnopraxie] ! Il m'a dit : « ohlala, j'ai senti une énergie en moi qui a diffusé... vous avez un fluide, vous avez un fluide ! » Parce qu'ils aiment bien les rebouteux ici donc ils parlent beaucoup de fluide. Il m'a dit : « oui j'ai senti votre énergie, ça m'a fait du bien. Vous savez docteur, vous avez guéri mon enfant intérieur. » C'était beau quand même. Pourtant, ce n'est pas un psychiatre, c'est quelqu'un... je veux dire, un créole, qui n'a pas beaucoup d'éducation, mais qui me sorte ça, ça m'a ... touché. Parce que c'était sincère, c'était vrai, il avait ressenti ça. [...] Il était tellement content... alors moi j'étais toute contente aussi ... [Rires] » Dr H.

6.2. Se sentir utile et valorisé

Pour Dr B la pratique de l'Hypnopraxie en conversationnel lui apporte : « *Énormément de satisfaction parce que, en fait, je trouve qu'on tombe juste les trois quarts du temps, les motifs sont effectivement psychosomatiques et que on les aide vraiment beaucoup beaucoup. [...]* Parce que j'ai l'impression que souvent c'est des problèmes qui sont chroniques et très anciens et que enfin tu mets avec eux le doigt sur des choses très profondes et très pleines de sens pour les patients. [...] On apporte vraiment une aide ... sensible... [...] Bon ça, ça au début, j'avoue que ça flattait mon ego. »

« C'est plus gratifiant ! Tu as l'impression d'être plus utile pour les gens » Dr D.

« C'est satisfaisant parce qu'on a l'impression d'avoir fait quelque chose de bénéfique. On voit le résultat de ce qu'on peut faire. Alors que quelquefois, quand tu donnes un traitement à quelqu'un, tu n'as pas forcément de retour. Là j'ai eu un retour immédiat. [...] C'est gratifiant. Ça te redonne de l'énergie. » Dr E

6.3. Prendre du plaisir à pratiquer l'Hypnose

« Je m'étais amusée avec un gamin que je devais vacciner, [...] je lui avais fait raconter quelle était la chose qu'il préférerait faire. [...] C'était du foot tiens. Donc moi je connais rien au foot mais je m'étais amusée à délirer sur le plus beau match de foot du monde. Et n'empêche que c'est marrant ! » Dr A.

Dr B s'amuse à rechercher la part émotionnelle des maladies :

« Et je prends ça comme une énigme un peu, j'aime bien en fait. Tu sais il y a des fois j'aime bien aller grattouiller ... ah tac ! [rires] »

« En tout cas, moi je m'y retrouve avec ses approches différentes [en parlant de l'Hypnopraxie et de l'ostéopathie]. C'est beaucoup plus plaisant, tu fais ce que tu aimes » Dr D.

« Voilà on était tous heureux, en fait, à la fin de la séance on était dans l'apaisement, dans la tranquillité, on était dans le bonheur » Dr H.

6.4. Se détendre en pratiquant l'Hypnose

Le fait de relativiser son devoir de soignant et de rendre le patient plus acteur dans sa prise en charge est détendant pour le praticien :

« Quand on dit que l'hypnose, finalement, à la façon dont le dit Erickson, mobilise le réservoir de ressource du patient... justement ! C'est complètement détendant pour le soignant ! [...] C'est très agréable parce qu'il n'y a plus d'objectifs à avoir, il n'y a plus quelque chose à attendre, il y a simplement à vivre la relation » Dr G.

Par ailleurs, les praticiens qui pratiquent des séances d'hypnose formelle apprécient ces moments :

« C'est plutôt détendant de pratiquer l'hypnose, parce qu'on est soi-même, quand on met les personnes en transe hypnotique, on se trouve soi-même en transe hypnotique. C'est indéniable. Même si on n'est pas au même niveau. [...] On en sort plutôt détendu. C'est un moment qu'il n'est pas fatiguant d'un point de vue professionnel et intellectuel » Dr C.

« A chaque fois que j'ai une séance d'hypnose, je suis contente parce que ça m'apaise. Je me retrouve moi-même en transe ! Donc c'est un moment de recueillement, un moment de tranquillité, d'ouverture » Dr H.

6.5. Redonner du sens à la profession

« Ca remet du sens à ce qu'on fait, on est enfin dans du concret » Dr B.

« C'est très transformant et ça donne tellement de sens par rapport à un monde où on veut beaucoup trop être dans la maîtrise. L'hypnose autorise de ne pas maîtriser. [...] Et puis ça vient tellement donner du sens à ce que nous sommes » Dr G.

Pour Dr F l'Hypnopraxie l'a aidé « peut-être [à] trouver [son] bon sens, [sa] vraie valeur. »

6.6. Valider et renforcer des acquis

Les praticiens ont une certaine prédisposition à se former en Hypnose :

« Je ne pense pas être venu à l'hypnose par hasard. Dans le trajet, c'est mon attirance pour tout ce qui est globalité, prise en charge notamment de la douleur » Dr G.

L'Hypnose vient parfois valider leurs pratiques :

« Quand j'ai commencé l'hypnose avec Guy [Dr Chedeau], je me suis dit « bah c'est ce que je fais depuis des années seulement je ne le savais pas ». [...] Ca a toujours fait partie de ma pratique, de moi. Donc le changement il a été parce que je me suis rendu compte que j'étais,

pour moi, dans la bonne voie. Ça m'a permis de mettre des mots sur mes pratiques, ça m'a permis de confirmer mes pratiques, de les affiner, de voir d'autre chose. Mais si tu veux, j'ai pas découvert l'hypnose comme ça [claquement de doigt], en disant : tiens je vais faire de l'hypnose. Ça fait très très longtemps finalement que je suis là dedans » Dr E.

« Ce qui pouvait être fait sans le savoir, et complètement inconsciemment, a été conscientisé avec un entraînement à le faire » Dr C.

6.7. Potentialiser les apprentissages et s'ouvrir à d'autres thérapies

Il s'agit d'articuler la médecine classique et l'Hypnose, de « faire cohabiter ses deux mondes » selon Dr G. Pour Dr H :

« Ça complète cette formation scientifique et cartésienne qu'on a eu ... sur l'âme »

L'Hypnose ou l'Hypnopraxie devient également complémentaire d'autres thérapies, comme la médecine chinoise pour Dr B, la thérapie manuelle pour Dr F, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) pour Dr G ou encore l'ostéopathie pour Dr D :

« Je trouve que les deux outils [l'Hypnopraxie et l'ostéopathie] sont très intéressants et complémentaires, [...] ils s'auto amplifient [...] Et quand tu connais les deux, ça devient indissociable » Dr D.

« Même si il y a des croisements avec d'autres thérapies, d'autres façons de communiquer, comme dans l'ETP par exemple, [...] l'hypnose, pour moi, va bien au-delà de tout ce qu'on apprend, et donc, vient compléter complètement tout ce qui s'apprend aussi en communication » Dr G.

L'Hypnopraxie peut être un point de départ pour s'ouvrir à d'autres thérapies alternatives :

« Je pense que l'hypnose m'a ouvert des champs de possibilités énormes. C'est-à-dire que je me suis aperçu, grâce à l'Hypnopraxie, que l'hypnose c'était quelque chose de très ouvert et ça m'a fait prendre conscience de l'importance de la communication » Dr E.

« J'ai lu les livres, j'ai vu d'autres façons de pratiquer l'hypnose » Dr C.

« Tout est venu en même temps tu vois. L'hypnose m'a amené à la méditation... » Dr A.

Selon Dr E, l'Hypnopraxie est « la base » de l'apprentissage en Hypnose :

« La formation de Guy [Dr Chedeau] elle est très très complète et elle va au fond des choses. C'est bien de commencer par ça pour aller après à des formations plus pratiques. »

6.8. Schématisation : S'épanouir professionnellement

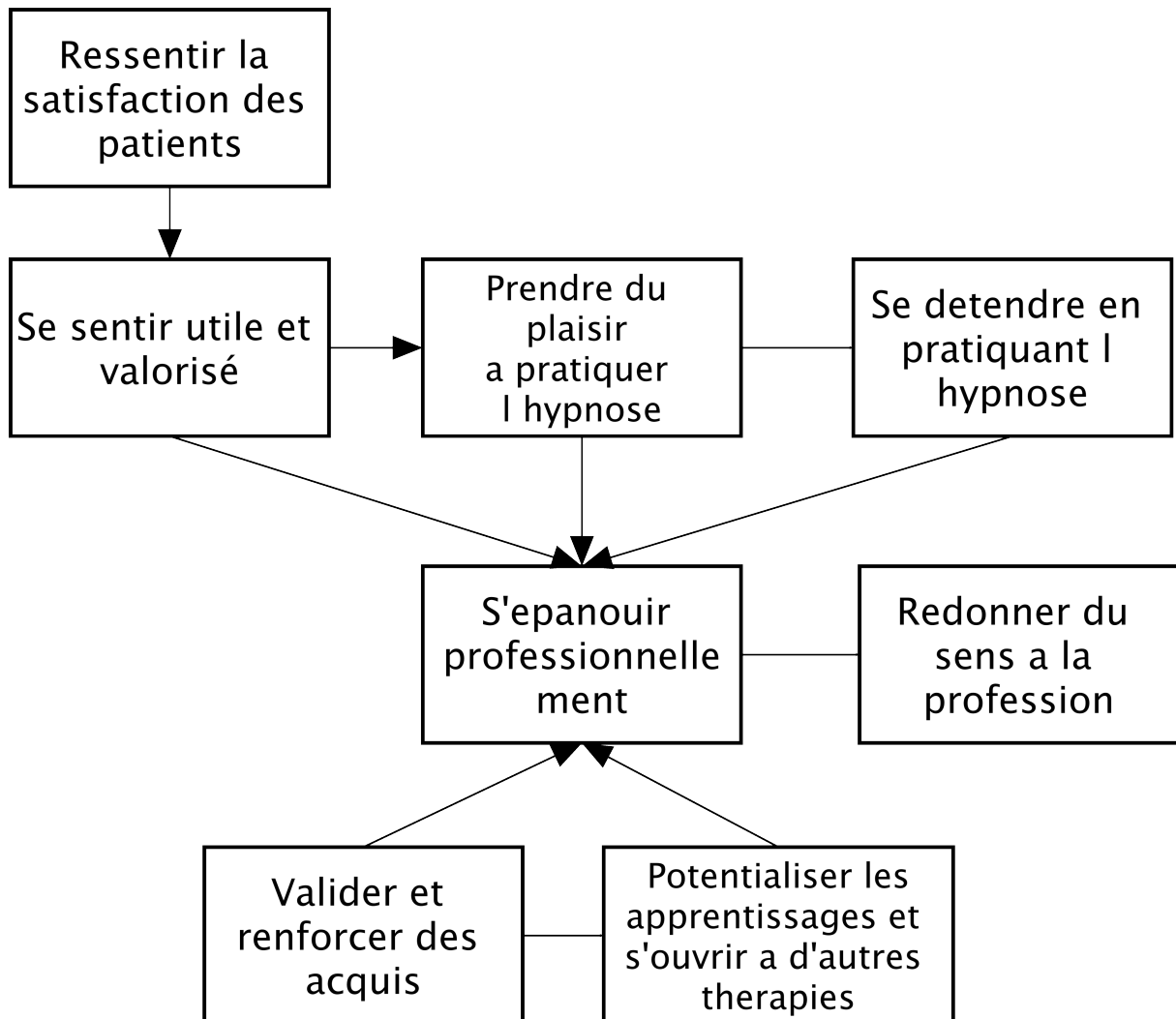


Figure 7 : Schématisation S'épanouir professionnellement

7. Ré-humaniser la relation médecin patient

7.1. Créer une relation juste

Le fait d'évoluer personnellement, en différenciant son histoire personnelle de celle du patient et en gérant ses émotions, permet selon Dr F d' « aller au plus juste du contact » :

« Je fais ce travail surtout pour prendre soin de moi. Pour pouvoir bien me poser et pouvoir mettre de la justesse dans mes relations médecin-malade » Dr F.

De même, le fait de relativiser son rôle de soignant et de reconnaître ses fragilités permet une relation plus juste, à la fois pour le praticien et pour le patient :

« Elle est plus juste. Autant par rapport à ce que moi j'exigeais, je prenais sur moi, en me disant : « je dois le soigner, je dois l'améliorer ». Autant par rapport à lui-même où je pense [...] qu'on allait vers quelque chose d'un petit peu plus ciblé. »

Il s'agit aussi de gagner en simplicité et spontanéité relationnelle :

« J'ai effectivement eu, comment dire, des relations plus simplifiées » Dr F.

Dr H parle d'une relation « vraie ».

7.2. Echanger avec le patient

« C'est un échange, d'un côté tu donnes et de l'autre tu reçois » Dr E.

7.2.1. Evoluer conjointement au patient

« Psychologiquement je pense que ça fait travailler. Ça fait réfléchir au fond des choses. Tu vas au fond des choses pour les patients mais tu es obligé d'aller au fond des choses chez toi aussi » Dr E.

« Tu fais avancer les gens et tu avances toi-même. Tu avances dans ta carrière, dans ta manière de faire, et dans leur devenir. Je pense que le devenir de chacun il est modifié, et du thérapeute et du patient. C'est donnant-donnant je pense » Dr D.

7.2.2. S'enrichir au contact des patients

« Guy [Dr chedeau] nous avait dit aussi que on s'enrichissait de tout ce que les patients pouvaient nous donner » Dr E.

7.2.3. Echanger de l'énergie

Dr E nous raconte qu'elle est parfois fatiguée après une séance d'hypnose mais :

« comme [le patient] nous renvoie tellement de choses positives, ça rebooste et on repart. [...] C'est exactement ça, c'est un échange. Et c'est vrai que si on n'a pas cette sensation de vide, ça veut dire qu'on n'a rien donné. Et si on reste fatigué c'est que le patient nous a rien donné non plus. [...] Je considère qu'à partir du moment où il y a un travail bien fait, [...] on le ressent, on sent que l'on a donné. Mais on est tellement récompensé que tout de suite y'a un équilibre qui se refait » Dr E.

7.3. Construire une relation de complicité plutôt que de confiance

Dr C parle de la présence au patient et de l'espace thérapeutique de rencontre qui emmène « la confiance », mais il précise :

« J'emploie le mot confiance mais ça n'est pas forcément le mot le plus adapté puisque la confiance c'est déjà une emprise, de demander à son patient d'avoir confiance. La complicité serait un mot plus juste. On œuvre dans le même sens tous les deux. C'est ça qui est important. »

De même, le fait de construire une relation juste, et d'échanger avec le patient, va dans le sens d'une relation de complicité.

7.4. Humaniser le soin

7.4.1. Prendre en compte l'affect :

La prise en charge du terrain psychologique, notamment, en osant déshabiller l'émotionnel, humanise le soin :

« Parce qu'en tant que médecin, on s'attache aux symptômes et on ne veut pas forcément savoir ce qu'il y a derrière, ça fait un peu peur. Parce qu'on n'a pas été formé, parce qu'on est pas psychiatre, et on se dit : « comment on va gérer ? ». [...] Et la personne pleure, c'est gênant, on ne sait pas quoi faire, ni quoi dire. Je trouve que Guy [Dr CHEDEAU] nous a permis de nous rapprocher de l'affect de la personne. Donc on est peut-être plus humain. [...] En fait, juste d'écouter la personne, sans avoir de craintes, en discutant vraiment librement de tout, de toutes ces émotions, de tous ces affects, ben ça la soulage beaucoup. [...] Il nous a permis de nous rapprocher de ces émotions sans les craindre. C'est ça qui m'a le plus touché en fait » Dr H.

7.4.2. Se rapprocher de l'âme humaine

On se rapproche ainsi de l'âme humaine :

« Parce que plus on est proche de l'âme, plus on est humain je crois. [...] [On peut] arriver à toucher l'essence des choses et l'essence des choses et des êtres c'est leur âme. Donc on arrive un peu plus à aller vers ça, en étant serein, en étant apaisés. Sans avoir cette crainte... d'aller trop loin. Par ce que, finalement, on va là où les gens nous permettent d'aller, là où ils veulent s'exprimer ! [...] Moi j'avais un peu cette idée : la personne pleure, c'est moi qui lui ai fait mal ! Alors que c'est son affect qui lui fait mal. Et que nous on est là pour l'accueillir. Donc c'est une petite inversion de jeu de rôle en fait... qui m'a permis de comprendre un peu plus ce lien avec le patient. Je suis plus en lien finalement avec lui » Dr H.

7.4.3. Adoucir le soin

Relativiser son devoir de soignant, en apprenant, notamment, à ne pas s'attaquer au symptôme, permet d'adoucir le soin :

« Avec l'Hypnopraxie, on accompagne le patient avec son symptôme. Et là je trouve que c'est beaucoup humaniser, finalement, le soin. [...] On sait ne pas sauter sur le symptôme tout de suite. On sait attendre que la personne soit prête. Ça c'est une philosophie quand même différente, on est moins agressif » Dr H.

Cela passe aussi à travers une meilleure communication et une plus grande présence au patient :

« On arrive peut-être mieux à présenter les choses finalement. Elles sont moins agressives, elles sont moins hard. C'est glauque souvent la médecine ! Je ne dirais pas que ça permet d'amener une petite fleur avec l'ordonnance mais presque, un peu. Ça permet une meilleure observance. Ça permet finalement d'être dans quelque chose de beaucoup plus... d'apaiser » Dr G.

7.5. Ré-humaniser la relation médecin-patient

7.6.1. Donner de l'importance aux émotions du patient comme du soignant :

« J'ai trouvé dans l'hypnose, [...] ce qui fait que l'on est humain, à savoir, notre sensibilité, justement, notre ... notre poésie je dirais. C'est pour ça que je parle de poésie soignante. [...] Notamment toute l'émotion, toutes les émotions qui sont partagées dans la relation, dans la communication en médecine. Si on n'en tient pas compte, si on ne sent sert pas, au bon sens du terme, et bien je pense que l'on passe à côté de quelque chose. [...] Et c'est souvent ça que l'on découvre dans l'hypnose, c'est qu'on se rend compte que : « tiens, comment je pouvais faire avant ? » Et avant on faisait une relation, je dirais un peu sèche, peut-être un peu désincarnée, un peu sur le mode de quelque chose de très mécaniste et pas quelque chose de l'ordre de la fibre humaine » Dr G.

7.6.2. Une relation plus humaine

Il découle de tout cela une relation plus humaine ...

« A partir du moment où on est moins technicien, on est plus proche de la personne et de son âme, de ses affects, on est plus thérapeute, on est plus en lien avec lui, on humanise la médecine de cette façon effectivement » Dr H.

Qui est nécessaire selon Dr D :

« Et peut-être ramener un peu plus de ça dans les services spécialisés à l'hôpital. [Où] le patient il est comme un numéro est pas un patient [...] Les services purs et durs de chir, s'il n'y a pas une petite infirmière qui traîne, qui a fait la formation d'Hypnopraxie, et qui amène

un peu plus d'humanité dans le service... Enfin c'est bizarre, parce que ça reste des métiers portés sur l'humain ! On est déshumanisés ! »

« Je dirais que, au quotidien, dans la relation, l'hypnose m'a permis d'apporter de la douceur dans la relation. De la douceur, plus de ... plus de poésie aussi. Je parle souvent, moi, de l'hypnose comme une poésie soignante » Dr G.

Selon Dr G, c'est : *« une nouvelle philosophie de la relation [...] qui est apaisante, apaisante pour le soignant et résultat apaisante pour le soigné. Donc résultat, elle fait émerger beaucoup plus de possibilités. »*

7.6. Une relation renforcée et plus thérapeutique

Dr H trouve sa relation au patient *« plus thérapeutique »* :

« Les médecins, la plupart du temps, ne vont que sur la partie émergée de l'iceberg. Ne vont pas au-delà, ils n'ont pas le temps, ils n'ont pas... ils n'ont pas la formation pour. Donc [avec l'Hypnopraxie], on est vraiment des thérapeutes en fait. Moi c'est comme ça que je le ressens. C'est pour ça que je dis que je suis plus en lien parce que je me sens plus thérapeute. [...] Je trouve que je fais mieux mon travail et que je soigne mieux dans ce genre de relation. »

La relation est renforcée :

« Comme on est plus dans l'humain justement, on a une relation plus forte » Dr H.

7.7 Schématisation : ré-humaniser la relation médecin patient

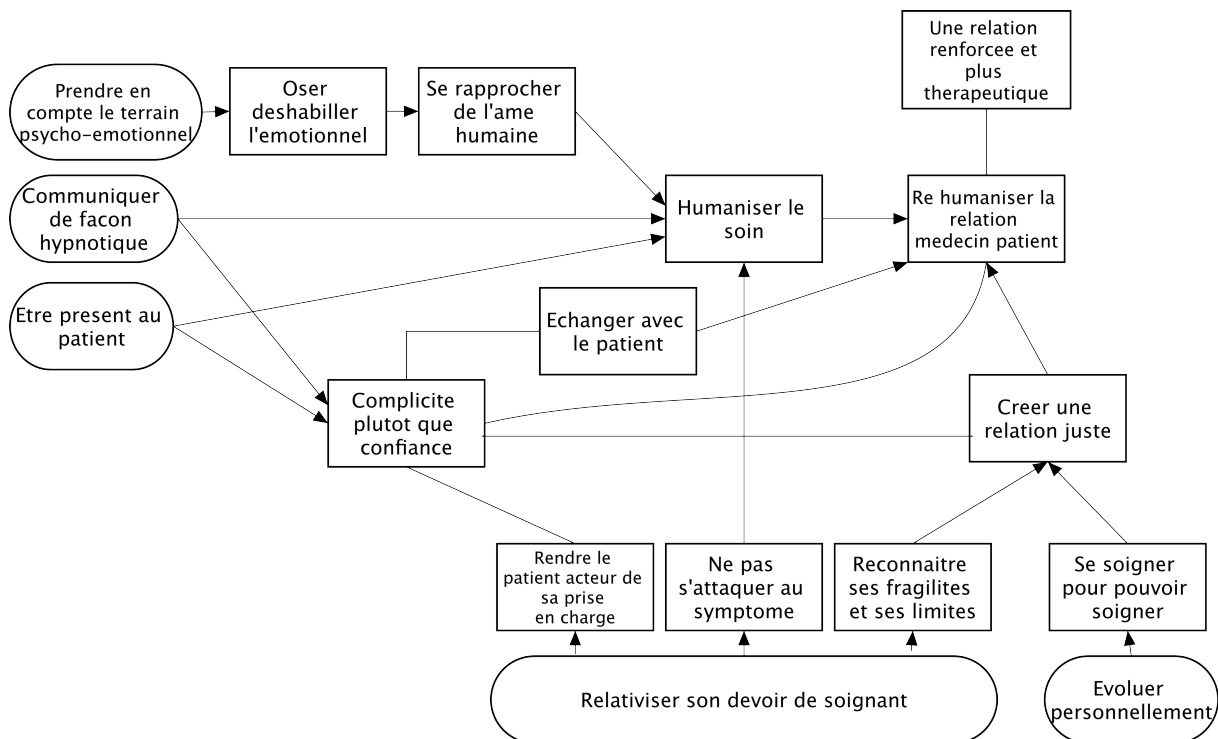


Figure 8 : schématisation Ré-humaniser la relation médecin-patient

8. Se protéger de l'épuisement professionnel

L'Hypnopraxie permet de protéger le soignant d'un épuisement professionnel (ou burn out) de plusieurs façons :

8.1. En transformant notre pratique quotidienne

La transformation de notre pratique quotidienne permet d'humaniser le soin et de redonner de l'énergie au soignant :

« Un moment on se met dans un monde... on construit un monde sensible avec la métaphore, avec les émotions qui se passent... Donc, en ça, je ne trouve pas que ce soit vidant d'énergie. En tout cas, souvent, parce que ça apporte c'est très énergisant ! » Dr G.

Cependant, au début, le fait de communiquer autrement et d'être présent au patient peut être fatiguant :

« Quand tu te mets vraiment dans cette démarche là il faut une concentration extrême » Dr A.

« Ça prend de l'énergie quoi, ça te demande d'être très très présent tout le temps. [...] Au début, ça pompe, vachement » Dr B.

Car il faut se déformer du mode de communication habituelle :

« Donc au début, à la limite, on fait un effort parce qu'il faut se déformer d'un schéma de fonctionnement en communication que l'on a même pas appris, avec lequel on s'est complètement fait tout seul » Dr G.

Les médecins peuvent se fatiguer en restant dans le savoir faire :

« C'est vrai que, quelque part, c'est consommateur d'énergie, je dirais au début peut-être. Quand on ne sait pas y faire... voir, à la limite, quand on veut trop savoir y faire » Dr G.

« Et puis il y en a qui sont déstabilisés par ce qu'ils n'ont pas de protocole. [...] Ils restent des médecins techniciens et ils sont perdus. Ils sont perdus parce que le patient vient avec un symptôme, une demande, et ils ne peuvent pas répondre à ce symptôme directement. [...] Ils n'ont pas intégré le fait qu'un symptôme, en fait, on ne le traite pas, on traite la personne en entier, dans son intégralité. Et eux s'attachent toujours au symptôme. Ils ont été formatés sur le symptôme. Et donc de faire de l'Hypnopraxie ils sont : « qu'est-ce que je vais dire... c'est quoi le protocole... oui mais là on m'a rien donné comme protocole, je ne sais pas faire ! » Donc ils ne se sentent pas capables. Ils ne se lâchent pas en fait. Ils n'ont pas se lâcher prise » Dr H.

Puis ils vont finalement gagner de l'énergie avec l'expérience :

« Plus tu es en fait, plus ça t'apporte autant d'énergie que ça t'en prend, quelque part. Ça t'apporte » Dr B.

« Ca peut demander un effort au début. [...] Et je pense que à force, au contraire, l'hypnose elle est tellement apaisante ... » Dr G.

8.2. En évoluant personnellement

Le fait de résoudre des problèmes personnels a un effet protecteur sur le risque d'épuisement professionnel :

« Je souffre moins au boulot. Parce que... parce que je souffre moins aussi moi » Dr A.

Il est également important de différencier son histoire personnelle de celle du patient pour ne pas entrer en résonance avec les problèmes des patients, comme l'expliquait Dr C et ainsi se protéger d'une souffrance au travail.

Grace à la formation en Hypnopraxie, les médecins se sentent apaisés, plus stables pour pratiquer leur exercice.

A l'inverse, certains peuvent être ébranlés par la formation. C'était le cas de Dr A, qui initialement, a été déstabilisée :

« Moi je dirais que cette formation d'hypnose m'a foutue en burnout. Ca m'a tellement chamboulé tout le machin que j'étais... Je dirais que j'avais du mal à bosser. Moi ça m'a provoqué un grand chamboulement. »

Mais qui a ensuite ressenti des bénéfices ; à la question : « un changement que tu penses nécessaire ? » elle répond :

« Ah ben oui ! C'était un truc qu'il fallait faire avant ! C'est quand on est jeune qu'il faut le faire, c'est pas à 50 ans qu'il faut le faire, c'est trop tard, c'est dommage... » Dr A.

Dr H explique :

« Je pense qu'il y a certaines personnes qui sont déstabilisées par la formation. Y'a des gens qui ont subi un séisme. C'est possible. Qui ont besoin de beaucoup de séances après la formation pour s'apaiser et se reconstruire vraiment. Il y en a qui, à mon avis, ont bougé trop de pierres en même temps et qui sont un peu déséquilibrés du coup. Donc ça, ça mérite d'être travaillé après la formation peut-être. »

8.3. En relativisant son devoir de soignant

Comme l'explique Dr G :

« Je pense que c'est en ça, à mon sens, que pour le soignant l'hypnose est plutôt anti burnout, c'est qu'on n'est pas dans une dimension d'objectifs, de résultats, et donc de frustration. On sait que le burnout il fait son lit aussi un peu là-dedans, dans le vouloir absolument... Cet espèce de sentiment de toute-puissance du médecin, qu'il faudrait que on est là absolument pour guérir et pas pour soigner » Dr G.

Il est aussi important de descendre de son piédestal de médecin et de reconnaître ses fragilités et ses limites :

« Je crois aussi, pour avoir côtoyé beaucoup de médecins, dans toutes les sphères, les médecins ont tendance un peu à se prendre pour des surhommes ou des sur-femmes, ont tendance à surestimer leurs capacités et ne pas considérer qu'ils peuvent être atteints par les pathologies banales des patients. Ça c'est une erreur. Je pense qu'il faut descendre de notre piédestal de médecin. Et penser qu'on peut être vulnérable. Donc pour ça il faut être formé au burnout » Dr E.

De même, être capable d'accepter les échecs et les incertitudes, de rendre le patient plus acteur de sa prise en charge, permet au praticien de se détendre et de se protéger d'un épuisement professionnel, comme le montre la réponse de Dr G à ma question « en quoi l'Hypnose pourrait-elle protéger le soignant d'un épuisement professionnel ? » :

« Pour une raison, déjà à mon avis toute simple, essentielle : il n'y a rien à attendre. On vit le moment présent, il se passe ce qu'il doit se passer et ce qui se passera. On laisse faire » Dr G.

Cependant, il faut faire attention à ne pas surestimer son rôle d'Hypnothérapeute car cela peut être un facteur de risque de burn out comme nous le dit Dr H :

« Ils pensent que tout va devoir venir d'eux et donc ils en mettent trop sur leur épaules et ils pensent que le médecin, le thérapeute il est là pour tout faire. Alors que finalement, au fil de toutes ces formations, je me suis aperçu que nous, on était qu'un catalyseur, et que c'est le patient qui travaillait. Donc on n'est pas non plus des gens tout-puissants, donc il faudra faire peut-être une fois, deux fois, 10 fois, 30 fois, une séance pour arriver à quelque chose. Mais c'est des gens peut-être trop perfectionnistes qui veulent tout faire tout de suite, comme il faut, bien. »

8.4. En ayant une nouvelle philosophie d'exercice

Le fait de se remettre en question professionnellement pendant la formation peut permettre de résoudre un questionnement professionnel, comme pour Dr F :

« Le fait de faire un petit peu cette pause avec moi-même, de faire de l'Hypnopraxis, de le faire en groupe, je me suis plus intéressé à mon histoire et j'ai un petit peu plus compris pourquoi je voguais d'une façon de travailler à l'autre ! »

Selon Dr G l'Hypnose serait :

« Un apprentissage... au service de soi-même et de l'autre. Voilà, au service de l'autre parce que forcément ça peut lui apporter des bienfaits. Bon ça j'en suis convaincu. Et au service de soi-même parce que effectivement, on l'a dit, c'est anti burnout, ça apporte beaucoup de satisfaction. »

8.5. En s'épanouissant professionnellement

L'Hypnopraxis protège le médecin de l'épuisement professionnel car il se sent utile et valorisé. Dr D donne l'exemple d'une patiente qu'elle avait soignée en Hypnopraxis et en ostéopathie :

« Je ne l'ai pas reconnue quand elle est revenue un mois après, [...] elle était métamorphosée ! La première fois, [...] c'était marqué sur le visage de la personne, elle avait vraiment tous les malheurs du monde sur elle. Et un mois après, je savais que c'était elle qui

allait revenir et, quand elle était dans ma salle d'attente, je n'ai pas reconnu la personne ! Une personne rayonnante, souriante ! Ça m'a étonné ! C'est la première fois que ça m'a scotché comme ça ! [...] Et on était toutes les deux contentes. Donc je pense que quand tu arrives à ce résultat, bah tu ne peux pas tomber en burnout ! C'est pas possible ! [Rires]»

De plus, le praticien prend du plaisir au travail avec l'hypnose :

« L'Hypnose permet, je dirais, permet d'aimer à nouveau ce qu'on fait. Ca redonne du baume, c'est très apaisant. Pour ça, pour moi, c'est en ça que c'est anti burnout » Dr G.

Il se détend :

« Je pense que la pratique de l'hypnose n'induit pas un burnout, au contraire, c'est plutôt détendant de pratiquer l'hypnose » Dr C.

Et il redonne du sens à sa profession :

« Mais cette connaissance et cette maîtrise [de la médecine classique], sans, pour moi, cet apport qu'a été l'hypnose...[...] je me serais peut-être un petit peu désintéressé de la médecine. En fait, l'hypnose est une science humaine qui permet de remettre en selle celui qui pourrait tomber, celui qui aurait pu tomber de sa selle » Dr G.

A l'inverse, certains médecins peuvent être déstabilisés, Dr H donne comme exemple :

« Ils ont l'habitude que les gens partent avec une ordonnance. Et c'est dur de lâcher ça pour certains. Voilà, c'est déstabilisant. Ça peut être déstabilisant. »

8.6. En ré-humanisant la relation médecin patient

Les médecins s'épanouissent dans cette relation plus humaine et peuvent évoluer conjointement au patient :

« C'est vrai qu'à partir du moment où on est un peu plus ouvert sur soi-même, et puis finalement sur les autres, on a moins de burn-out. On est déjà sur un travail sur nous-mêmes. Moi j'évolue avec mes patients en fait ! À chaque fois que je fais une séance d'Hypnopraxie, ben c'est comme si j'apprenais aussi un truc sur moi. J'évolue en même temps, c'est comme si je captais leurs émotions, [...] que je les travaillais en moi et puis je les ressors. Comme si j'étais un intermédiaire. [...] Donc toi-même tu progresses. Par l'empathie, par l'écoute de l'autre, tu apprends des choses sur toi et tu avances avec le patient » Dr H.

Même si, selon Dr E, quand elle travaille en même temps que le patient et qu'elle va au fond des choses pour lui comme pour elle : *« c'est fatiguant, tu te sens vidé quand même ».*

Mais comme nous l'avons vu, c'est un échange d'énergie :

« Ca t'apporte. Tu reçois autant que tu donnes quand tu es dans ce rapport là de bienveillance » Dr B.

8.7. Schématisation : Se protéger de l'épuisement professionnel

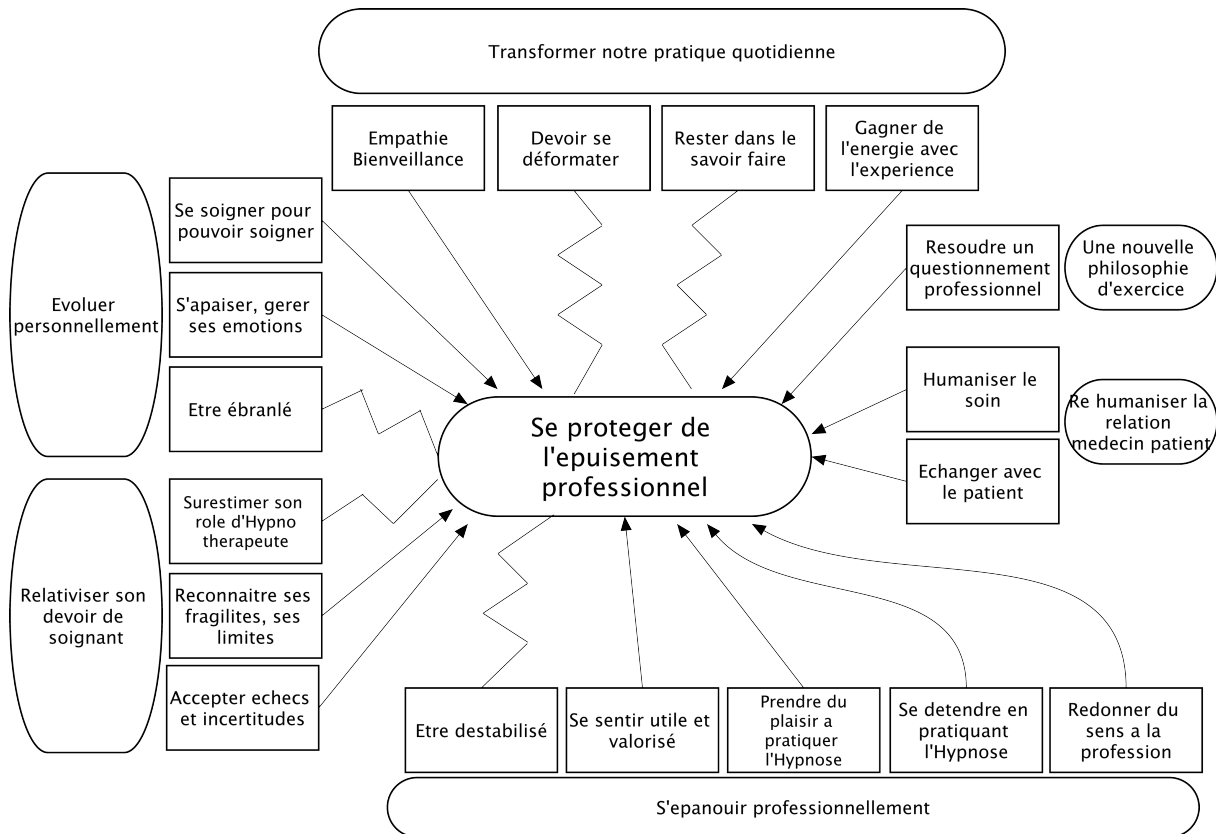


Figure 9 : Schématisation Se protéger de l'épuisement professionnel

9. La modélisation

En articulant les différentes schématisations, nous avons obtenu la modélisation suivante de l'évolution de la relation médecin-patient avec l'Hypnopraxie.

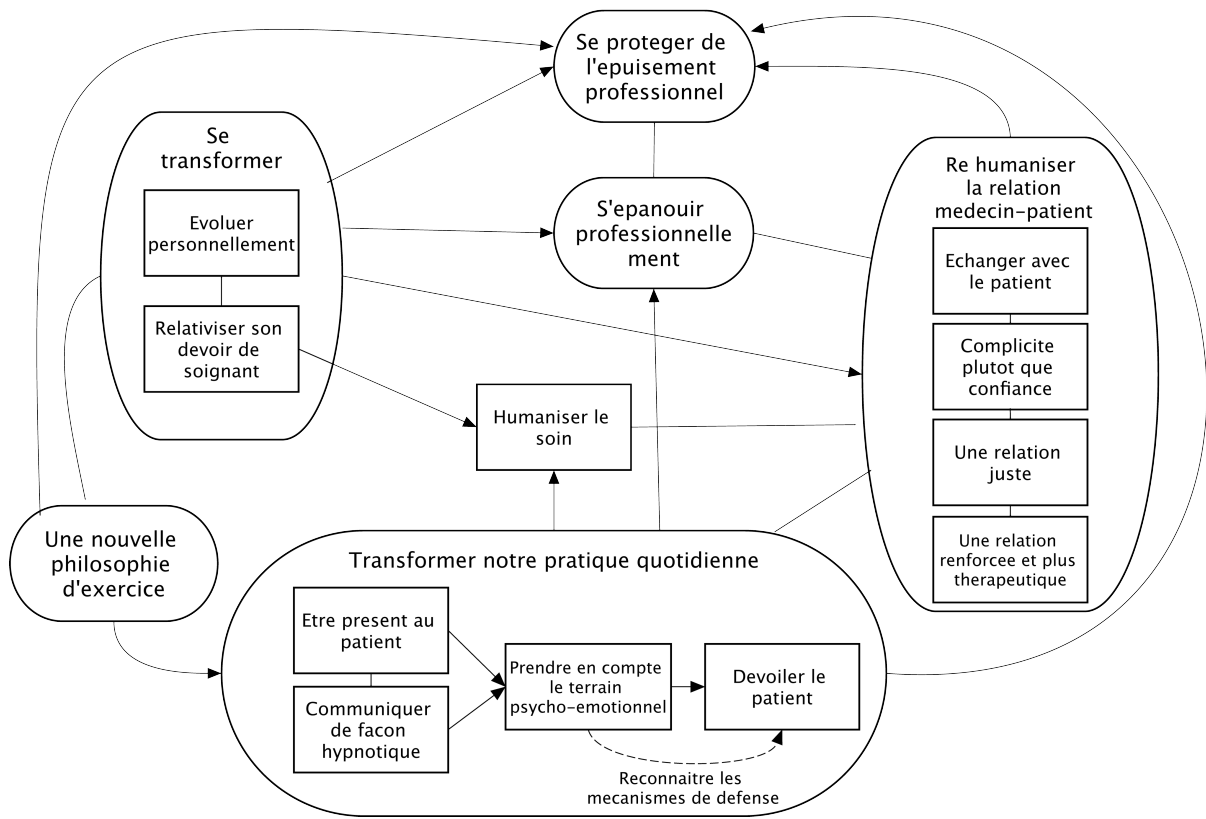


Figure 10 : Modélisation de l'évolution de la relation médecin-patient avec l'Hypnopraxie

IV. Quatrième partie : la discussion

1. Principaux résultats

Nous avons vu que, selon les médecins généralistes réunionnais, l'Hypnopraxie ré-humanisait la relation médecin patient.

Cela passait d'abord par une transformation du praticien lui même. D'une part, la formation lui a permis d'évoluer personnellement, en travaillant des problématiques personnelles, en apprenant à différencier son histoire de celle du patient et à gérer ses émotions : le médecin s'est soigné pour mieux pouvoir soigner. D'autre part, il a appris à relativiser son devoir de soignant : à descendre de son piédestal de médecin pour reconnaître ses fragilités et ses limites, et pour accepter les échecs et les incertitudes, afin de rendre le patient plus acteur de sa prise en charge.

Cette transformation personnelle a entraîné une nouvelle philosophie d'exercice. L'Hypnose est apparue plutôt comme une transformation que comme un savoir. Certains l'ont intégrée à leur quotidien, sans forcément la nommer. D'autres l'ont plutôt utilisé comme un outil complémentaire.

Cette transformation personnelle et cette nouvelle philosophie d'exercice sont apparues comme nécessaires à la transformation de la pratique quotidienne du médecin. Sans elles, l'Hypnopraxie n'aurait été qu'une technique dénuée de sens. Ainsi, le médecin a appris à communiquer de manière hypnotique dans son quotidien (et non seulement lors de séances formelles) tout en étant présent au patient. Il a pris en compte le terrain psycho-émotionnel des maladies pour dévoiler ses patients, tout en sachant respecter leurs mécanismes de défense.

Les médecins se sont épanouis dans leur nouveau mode d'exercice car ils se sont sentis utiles pour leurs patients et valorisés, ils ont pris du plaisir à utiliser l'hypnose et ont eu l'impression de redonner du sens à leur profession. L'Hypnopraxie a également pu être un point de départ pour aller vers d'autres thérapies alternatives.

C'est à travers tous ces changements, que la relation médecin-patient a évoluée et s'est renforcée. L'hypnose, utilisée comme une poésie soignante, a permis d'adoucir et d'humaniser le soin, en se rapprochant le plus possible du monde du patient, de ses émotions et de son âme. La relation s'est construite sur le mode de la complicité plutôt que de la confiance, elle s'est montrée plus juste et plus thérapeutique.

La remise en question personnelle et professionnelle a pu être déstabilisante, initialement, pour certains soignants. Mais, globalement, cette ouverture à l'Hypnopraxie a été un facteur protecteur de l'épuisement professionnel pour les médecins. Ils se sont reconnus dans cette nouvelle manière de soigner et dans cette relation plus sincère et plus humaine.

2. Discussion des résultats

2.1. Place de l'Hypnopraxie dans les changements observés

Nous avons conscience que l'Hypnopraxie n'est pas, à elle seule, responsable des changements observés dans la relation médecin-patient décrits ci-dessus.

Tout d'abord, car une grande partie des concepts qu'elle véhicule sont communs à d'autres approches thérapeutiques auxquels les médecins ont pu être sensibilisés. Les praticiens interrogés ont par exemple fait des rapprochements avec la médecine chinoise et son concept holistique, avec l'ostéopathie, la méditation, la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), certaines techniques de communication.

De même, il est difficile de faire la part des choses entre l'Hypnopraxie et l'Hypnose en général (notamment l'Hypnose Ericksonienne), tant leurs bases théoriques sont proches.

Enfin, parce que le fait d'entamer une formation comme celle de l'Hypnopraxie, est déjà, en soi, un marqueur de changement.

Mais faut-il chercher à nommer précisément la cause du changement ? Car, comme le dit Dr G, « dès qu'on nomme, on enferme. » C'est un processus global, dans lequel l'Hypnopraxie a montré qu'elle jouait un rôle fondamental. Elle peut être le point de départ pour certains, ou une voie d'évolution pour d'autres. Elle amorce, poursuit, guide le changement et ouvre d'autres possibilités d'évolution personnelle et professionnelle.

2.2. La qualité de la relation médecin-patient

2.2.1. L'approche Hypnopraxique répond aux attentes des patients concernant la relation médecin-patient

Une revue de la littérature concernant les attentes des patients dans la relation médecin-malade(20) a retenu les critères suivants comme importants pour la qualité de la relation :

- Etablir un accueil verbal, en prononçant le nom du patient et en se présentant s'il s'agit d'une première fois.
- Etablir un contact, regarder en face.
- Demander les motifs de consultation (questionnement ouvert).
- Connaître les idées, croyances, représentations que le malade se fait de ses problèmes et de sa maladie (en respectant ses valeurs).
- **Permettre d'exprimer soucis et émotions.**
- **Permettre d'exprimer les attentes (écoute active).**
- **Interroger sur les événements de vie.**
- Diriger la consultation en expliquant ce que l'on fait.
- Dire les conclusions de l'examen clinique avec un vocabulaire adapté à la compréhension du patient.
- Réaliser une compréhension commune et une clarification du problème avec le patient (utilisation de la reformulation).
- Parler du d'éventuels recours (coordination) ou prescriptions.
- Donner un avis sur le pronostic
- Informer sur le traitement.
- **Négocier plutôt qu'imposer.**
- **Exprimer de l'empathie.**
- **Utiliser l'humour.**
- **Conseiller, avec modération, en s'adaptant au patient** et en évitant le «y a qu'à».
- Rassurer mais pas de manière systématique et prématurée.
- **Soulager, moralement** et physiquement.
- Demander au patient s'il a d'autres questions afin d'éviter «les questions de dernières minutes».
- **Impliquer le patient**, et éventuellement la famille, dans la résolution du problème.
- Conclure la consultation.

Parmi ses critères, ceux apparaissant en gras montrent que les principes de l'Hypnopraxie sont proches des attentes des patients concernant leur relation avec le praticien, d'où une relation plus forte et plus thérapeutique.

De même, une étude réalisée par focus groupe, en 2013 en France, et s'intéressant aux attentes des patients dans la relation médecin malade, met en avant le fait que le patient est principalement demandeur d'écoute. Il souhaite pouvoir : « livrer sa plainte » « pouvoir dire

que j'ai mal », sans être interrompu [...] Les patients aiment être écoutés car « c'est important de pouvoir parler ». Ils demandent au médecin une capacité d'écoute « comme le faisait le curé ». Ils souhaitent de même que leur médecin soit disponible lorsqu'il les reçoit, « qu'il n'ait que moi à s'occuper et à l'esprit ». »(20) Ceci est en accord avec l'approche thérapeutique Hypnopraxique.

2.2.2. Evolution de la relation médecin patient avec l'Hypnose

En 1997, la première étude française portant sur l'hypnose en consultation de médecine générale avait déjà conclu à l'amélioration de la relation médecin-patient grâce à l'hypnose et à une « nette appréciation positive » à chaque consultation tant du côté du praticien (74%) que du patient (69%)(12). Elle portait sur 150 consultations ayant donné lieu à une intervention hypno-thérapeutique, faites par 4 médecins généralistes. Les données avaient été recueillies au moyen d'un questionnaire standardisé rempli par chaque médecin au moment de la consultation.

Dans une étude réalisée en 2013 à la Réunion, portant sur l'intérêt de la pratique de l'Hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais, M. Brel a montré, à travers un questionnaire patient et un questionnaire médecin, que l'Hypnose permettait une amélioration de la relation médecin patient elle même, avant même l'amélioration des symptômes.(13) Les principales raisons évoqués par les patients et les praticiens sont les même : une relation de confiance renforcée, une relation d'écoute, une meilleure communication. Les médecins évoquent également une meilleure alliance thérapeutique.

Dans sa thèse réalisée en 2015 en Bretagne, et portant sur l'apport de l'Hypnose dans la relation médecin patient, P. Bigotte a réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes formés à l'Hypnose Ericksonienne.(15) Il mettait en avant une « meilleure compréhension des interactions relationnelles entre médecins et patients », se basant sur une meilleure communication et une plus grande confiance du médecin dans les capacités de son patient à guérir, rendant celui-ci plus acteur de sa prise en charge.

2.2.3. L'approche relationnelle en Hypnopraxie, du point de vue des patients

En s'intéressant au point de vue des patients réunionnais et en étudiant leur cheminement thérapeutique à travers des séances d'Hypnopraxie(10), I. Seddiki a montré que l'évolution

des patients se fait dans le cadre de la rencontre thérapeutique. Les patients accordent leur confiance au thérapeute. Ce rapport de confiance va dans les deux sens, car le thérapeute doit avoir une certitude dans les possibilités d'évolution de ses patients. La relation thérapeutique apparaît alors comme une coopération. Ce mode relationnel singulier semble favoriser l'adhésion thérapeutique des patients.

On voit ainsi, que la façon dont les patients vivent leur relation au praticien concorde avec ce que les praticiens ressentent de leur relation au patient dans notre étude : une relation basée sur l'échange et la complicité.

Dans cette même étude, les patients ressentent, et décrivent avec leurs mots, l'attitude allocentrée du thérapeute, qui porte son attention et accueille ce que le patient peut exprimer de sa sensibilité. Il l'accompagne dans l'immédiateté et le respect de son intimité et de ses possibilités. Ce mode de présence du thérapeute favorise l'émergence des affects qui ont besoin de surgir. La qualité de l'accompagnement thérapeutique interagit et influence son cheminement. Comme en témoigne le patient 2 : « Quand je viens ici, je sais qu'il y a quelqu'un en l'occurrence vous qui peut m'écouter, qui est attentif à ce que je pourrais exprimer, et ça c'est fondamental. »

2.2.4. Similitudes avec d'autres courants

Les notions utilisées en Hypnopraxie sont partagées par d'autres courants. Par exemple, on trouve des similitudes avec les écrits de Carl Rogers, psychologue américain, qui a développé vers 1942 le terme de « Approche Centrée sur la Personne »(21), basée sur les attitudes suivantes :

- Une attitude d'intérêt ouvert : disponibilité optimale, absence de préjugés.
- Une attitude de non jugement : une intention authentique de comprendre autrui.
- Une attitude de non-directivité dans le déroulement : c'est l'autre qui a l'initiative complète dans sa présentation du problème.
- Un effort continu pour rester objectif.
- Une attitude de lucidité sur ces propres sentiments.

De même, Mickael Balint, médecin psychiatre hongrois, parle en 1973 de la notion de « remède médecin » (22): La personne du médecin dans sa singularité peut avoir un effet sur l'évolution de la pathologie de ses patients. Le médecin a un effet thérapeutique mais peut aussi avoir des effets secondaires indésirables, source de souffrance.

2.3. L'importance de la communication et de la présence dans la relation

2.3.1. Les mots peuvent-ils faire mal ?

Une étude intitulée « Can words hurt ? » montre l'importance des mots et de l'attitude du soignant dans la prise en charge du patient. Elle a cherché à analyser le lien entre les mots du soignant et la douleur et l'anxiété ressentie par le patient lors de gestes de radiologie interventionnelle.(23) Réalisée en 2005, cette étude prospective a inclus 159 patients randomisés en deux groupes : un avec des soignants cherchant à reconforter le patient (et en faisant attention de ne pas utiliser de suggestions chargées négativement) et un autre avec une attention neutre. Les interactions entre le soignant et le patient ont été évaluées par vidéo, et les patients ont exprimé leur douleur et leur anxiété à l'aide d'une échelle d'autoévaluation numérique de 0 à 10. Les conclusions de cette étude montrent que lorsque les patients ont été prévenus de la douleur (« je vais vous 'piquer' », « ça ne va pas faire 'mal' », « cela va 'brûler' un peu », « si vous avez 'mal', dites le moi », « je sais que c'est vraiment 'difficile à supporter' » etc.), il en résulte une douleur plus importante (3,9 /10 versus 2,8, $p < 0,05$) et une plus grande anxiété (4,4/10 versus 3,2, $p < 0,001$). De la même manière, compatir avec le patient après un acte douloureux n'a pas augmenté la douleur rapportée par le patient ensuite, mais a entraîné une plus grande anxiété ($p < 0,05$).

Ces résultats sont expliqués par l'Hypnose qui nous apprend que l'inconscient n'entend pas la négation. Ainsi, si le soignant dit « cela ne va pas faire mal », c'est le mot « mal », associé à la douleur, qui est capté par l'inconscient du patient et qui peut être générateur d'anxiété et de douleur, par sa seule évocation

. Cette étude confirme l'importance des mots et de la communication dans le ressenti du patient. Même si chacun des deux groupes soignants avait l'intention d'aider au mieux le patient, certains mots ont pu avoir un effet différent de celui souhaité. Se former en communication, notamment à travers l'Hypnopraxie, permettrait de mieux accompagner nos patients.

Par exemple, selon Antoine Bioy, il vaut mieux parler d' « inconfort » que de « douleur », de sensations « peu agréables » plutôt que « désagréables »(24).

2.3.2. Allier présence et communication

Certes, la communication est importante mais elle n'est rien sans la présence à l'autre. Celle-ci est définie par P. Erik Craig comme le fait d'être « pleinement dans l'instant présent avec et pour le patient, en laissant de côté d'éventuels objectifs pour soi-même ».(25)

Comme l'écrit Dr CHEYDEAU : « C'est l'attitude, le mode de présence du thérapeute, qui est agissant, probablement d'avantage que les mots ».(9) Cela rejoint ce que disait D.

Michaux : « L'agent actif dans l'Hypnose n'est pas l'ensemble des mots tels qu'ils sont prononcés, mais la qualité du rapport thérapeutique qui s'est construit » (26)

Car comme l'ont dit déjà en 1972 Sheperd, Brown et Greaves « Etre pleinement présent à une autre personne et pleinement humain avec elle est considéré comme thérapeutique en soi ».(27)

2.4. L'aspect psycho-émotionnel en médecine générale

Parfois, les symptômes des patients peuvent être classés dans des catégories de maladies bien identifiables et apprises par le médecin au cours de ses études, et ainsi recevoir le traitement approprié. D'autres fois, la demande du patient est du domaine du «symptôme offert au médecin» comme le dit M. Balint (22) et relève plus d'un mal-être dans un contexte psychosocial plus large. Le médecin peut alors se sentir démuni, par manque de repères ou de formation dans ce domaine. Hors, c'est dans ce genre de situation que son rôle de médecin généraliste prend toute sa place.

Come le souligne la Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de famille (WONCA EUROPE), la médecine générale doit « répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles ».(11) Cela rejoint le modèle bio-psycho-social élaboré par le psychiatre GL. Engel en 1977.(28)

Dans son étude, P. Bigotte(15) a montré, qu'avec l'Hypnose, les médecins portent un intérêt plus grand à la construction psychique que les patients pouvaient avoir de leur pathologie. Ils recherchent de façon plus approfondie le vrai motif de la consultation qui peut être caché de manière consciente ou inconsciente par le patient. En posant de nouvelles questions, en allant au-delà du symptôme, ils essayent de déclencher une émotion et de mettre en évidence la problématique qui peut générer le symptôme. Les exemples de lombalgies, d'angines ou d'infections urinaires à répétition illustrent ces situations.

De même, M. Brel souligne que l'hypnose en médecine générale révèle « l'évidence de la globalité de l'être humain, le corps et l'esprit, facilement oubliés. » (13)

Ceci entre en résonance avec les résultats de notre étude. Ainsi, se former en Hypnopraxie, ou en Hypnose de manière plus large, permet de répondre au besoin de prise en compte du psycho-émotionnel dans la problématique de santé des patients. La formation apporte des clefs pour comprendre et accompagner le patient sur le versant psychologique. Le médecin se sent alors plus confiant, et plus légitime, quelque part, d'aborder cette problématique.

Cependant, il faut savoir respecter les mécanismes de défense du patient c'est à dire ne pas aller vers le domaine psycho-émotionnel si le patient ne le souhaite pas, ou n'est pas prêt. En effet, dans la revue de la littérature concernant les attentes des patients dans la relation médecin-malade(20), un des critères négatifs que les patients attribuaient à cette relation était le fait de « forcer le patient sur la voie psychologique »: « les patients aiment avoir un diagnostic clinique posé et certains n'apprécient pas que le médecin déplace trop facilement l'affection sur un plan psychologique. » Comme le souligne un des patients interrogés « Il ne faut pas imposer son idée mais laisser le patient y venir ».

L'Hypnose guide aussi le praticien pour l'aider à reconnaître le bon moment, la bonne personne et la bonne façon de faire pour aborder cet aspect psycho-émotionnel de la maladie.

2.5. Place de la transformation du médecin dans la transformation de la relation

Selon Martin Winckler, médecin généraliste et écrivain : « un homme devient médecin pour la gloire, l'argent, le pouvoir, parfois pour soulager l'humanité souffrante ou pour parvenir à un statut symbolique mais surtout pour soigner une souffrance symbolique dans sa vie personnelle ou familiale car soigner l'autre permet de se soigner soi-même »(29).

Se former en Hypnopraxie n'est pas simplement l'apprentissage d'une technique, mais aussi une remise en question personnelle qui peut permettre aux médecins de se soigner eux mêmes, et, ainsi, de soigner l'autre avec plus de justesse.

En Hypnopraxie, « Le processus thérapeutique n'est pas lié à une connaissance mais à une Co-Naissance, c'est-à-dire une révélation réciproque dans la rencontre. [...] La Transformation concerne autant le thérapeute que le patient. » (9)

Il semblerait que les différentes formations en Hypnose se basent toutes sur des exercices pratiques dont le praticien peut tirer des bénéfices personnels. Ainsi, P. Bigotte, dans sa thèse, parlait déjà de la formation en Hypnose comme d'une thérapie utile dans la sphère privée des médecins, en apportant un travail sur soi, un mieux être.(15)

M. Brel, dans son étude(13), s'est également intéressée à l'apport personnel de l'Hypnose sur les praticiens. Ceux-ci ont évoqué une prise de recul générale, une meilleure connaissance de soi, une relation plus tournée vers l'autre, de la sérénité et une meilleure gestion du stress. Ces résultats sont en accord avec les nôtres.

2.6. Satisfaction des médecins et patients

La satisfaction des médecins comme des patients est également retrouvée dans l'étude de M. Brel. Du fait de leur formation à l'hypnose, 90% des 22 médecins interrogés, ont rapporté une modification positive de leur image de médecin car leur travail leur semblait plus efficace, plus diversifié, plus valorisé, plus reposant, plus intéressant et plus enrichissant. 95% d'entre eux ont répondu qu'ils avaient modifié positivement leur approche des patients, en premier lieu grâce à une approche plus globale et 82% ont estimé s'être épanouis professionnellement.

Les patients expriment aussi leur enthousiasme et leur satisfaction. Une patiente précise que « c'est formidable que les médecins généralistes prennent en compte le psychisme, l'inconscient. »

2.7. Place du burn out en médecine générale

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas, non plus, obligé d'en crever. » Extrait de La maladie de Sachs, de M. Winckler.(30)

Le Burn out, aussi appelé épuisement professionnel, se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation des patients et une baisse de l'estime du soignant pour son métier et pour lui-même. Des études récentes montrent que 47% des médecins libéraux présentent des symptômes du syndrome d'épuisement professionnel et que « la non reconnaissance de l'action du médecin » était la deuxième cause la plus rapportée (soit 90,1%

des médecins) par les médecins. (31) A l'inverse, plusieurs études ont montré qu'un des facteurs protecteurs du burn out est l'amélioration de la relation médecin-patient(32)(33). Dans son étude, E. Bigotte, suggérait que l'Hypnose, en redonnant une dimension artistique à la pratique de la médecine, semblait être une piste intéressante dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Dans notre étude, nous avons vu que l'ensemble des changements apportés par l'Hypnopraxie, que ce soit en terme d'évolution personnelle, d'épanouissement professionnel, et surtout d'humanisation de la relation médecin patient, pouvait être protecteur vis à vis de l'épuisement professionnel.

2.8. Pourrait-on oublier l'humain dans la médecine ?

Certains praticiens interrogés ont évoqué le fait que, dans notre métier de soignant, paradoxalement, il y a un risque de s'éloigner de l'humain. Docteur CHEYDEAU écrit : « Le soignant, précocement, s'organise dans une mise à distance de l'autre dans le but d'une protection personnelle. [...] La chosification d'autrui se produit chaque fois que nous mettons à distance l'Eprouver [c'est à dire l'émotion, l'affect]. Le risque de la technicité est d'abandonner l'Eprouver du patient et du thérapeute. La non prise en compte de la sensibilité de la chair [c'est à dire du corps charnel] est l'abandon de notre humanité. »(9) Se former en Hypnopraxie, comme en Hypnose, permet de ré-humaniser le soin, en redonnant toute sa place aux émotions du patient comme du praticien, et en mettant le relationnel au premier plan de la pratique médicale.

3. Intérêts et limites de l'étude

3.1. Intérêt de l'étude

3.1.1. Originalité de l'étude

L'Hypnopraxie s'est développée à partir des années 1990, c'est donc une approche thérapeutique récente. Il s'agit de la deuxième thèse réalisée sur ce thème, la première

étudiait le point de vue des patients, il nous semblait donc intéressant d'aborder celui des praticiens.

Plusieurs études se sont déjà intéressées à l'intérêt et la place de l'hypnose en médecine générale. Elles suggéraient déjà une amélioration de la relation médecin patient, et évoquaient aussi un changement personnel du praticien. L'intérêt de notre étude était d'explorer plus en profondeur l'évolution de la relation médecin-patient, parallèlement à celle du médecin, en étudiant les mécanismes à l'origine du changement et leur façon d'interagir entre eux.

3.1.2. Une méthode adaptée

La méthode par théorisation ancrée nous a permis de « combiner rigueur et créativité »(14). Nous nous sommes basés sur l'expérience et le vécu des praticiens, sans hypothèse préalable, afin d'élaborer une modélisation de l'évolution de la relation.

3.2. Biais de l'étude

3.2.1. Biais de sélection :

Il s'agit d'un biais de volontariat : parmi tous les praticiens formés en Hypnopraxie contactés par mail, ceux qui se sont portés volontaires pour l'étude sont probablement ceux pour lesquels la formation en Hypnopraxie a été une expérience positive et leur a apporté le plus de changements.

3.2.2. Biais d'interprétation :

Même si la méthodologie d'analyse se voulait la plus proche possible du matériau empirique, on ne peut pas exclure une part de subjectivité dans l'analyse des résultats, lié à nos connaissances sur l'Hypnopraxie mais aussi à nos croyances personnelles.

4. Perspectives d'avenir

Meilleure communication, épanouissement professionnel, meilleure relation médecin-patient, satisfaction des patients ... Les différentes études sur l'implication de l'Hypnose en médecine générale s'accordent toutes sur ses points. Alors, pourquoi ne pas en faire bénéficier un plus grand nombre ? Les médecins découvrent souvent une aide précieuse, qu'ils auraient aimé

utiliser bien avant dans leur pratique médicale. Certes, le cursus universitaire des études de médecine est déjà bien rempli. Mais il l'est surtout en terme de connaissances bio-médicales et techniques de soins. Il existe un seul item sur les 345 de l'internat s'intéressant à la relation médecin patient, celui-ci s'intitule : « La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale ». A aucun moment il n'est question de communication dans notre formation d'externe. Certes, la communication s'apprend aussi dans la pratique et au cours des stages, mais l'ignorer dans le cursus médical théorique paraît aberrant. Une sensibilisation à l'Hypnose et à la communication Hypnotique serait bénéfique pour la formation des externes, ou, plus tard, des internes, afin de « faire un petit rappel avant de lâcher tout le monde dans le monde du travail » comme le disait Dr D.

Concernant les recherches futures, il serait intéressant d'évaluer la pertinence d'une formation en Hypnose dans le cursus des internes, en terme d'intérêt pour eux mêmes, de faisabilité et de bénéfices apportés dans leurs pratiques.

Bibliographie

1. Bioy A. L'hypnose. Paris: InterÉditions; 2013.
2. GODIN J. Hypnothérapie. 1991;(37 820 b50).
3. Haley J, Cayrol A, Robert F. Un thérapeute hors du commun: Milton H. Erickson. 2007.
4. Roustang F. Influence. Paris: Editions de Minuit; 1990. 178 p. (Collection « Critique »).
5. George AUlettSevketAkpinarTuran Mİtil. Quantitative EEG analysis during hypnosis. *Clinical neurophysiology*. 1972;
6. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 1 févr 1999;45(3):327-33.
7. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*. janv 1999;11(1):110-25.
8. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*. mai 2000;92(5):1257-67.
9. Chedeau G. De l'Hypnose à l'Hypnopraxie : entre âme et conscience. 1ere édition. Hypsos;
10. Seddiki I. L'Hypnopraxie en médecine générale : une approche affective. Bordeaux, 2016.
11. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg. 2002
12. Raineri F, Jousset C, Becchio J, Gourdet S. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. Documents de recherche en médecine générale n° 49. juillet 1997
13. M. Brel. Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par les médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés. Bordeaux, 2013.
14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2016.
15. Bigotte P. Apport de l'hypnose médicale dans la relation médecin-patient en médecine générale. Rennes, 2015.
16. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France. Paris descartes, 2016.
17. Gallet E. Pratique de l'hypnose en médecine générale . Tours, 2011.
18. Gélinas Proulx A, Dionne É, Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *Mes Éval En Éducation*. 2010;33(2):127.
19. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge [Cambridgeshire] ; New York: Cambridge University Press; 1987. 319 p.
20. Dédiante M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Grenoble, 2013.
21. Rogers CR, Kirschenbaum H. L'approche centrée sur la personne: anthologie de textes. Genève; Le Touvet: Ambre; 2014.
22. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Petite bibliothèque Payot; 1970.

23. Lang EV, Hasiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*. mars 2005;114(1-2):303-9.
24. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. *L'aide-mémoire d'hypnose: [en 50 notions]*. Paris: Dunod; 2015.
25. Craig PE. *The Humanistic Psychologist*.
26. Michaux D, Halfon Y, Wood C. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris: Maloine; 2007.
27. Geller SM, Greenberg LS. *Therapeutic presence: a mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2012. 304 p.
28. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
29. Malvezin E. *La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin Winckler*. Paris 7, 2010.
30. Winckler M. *La maladie de Sachs*. Paris: Gallimard; 2008. 667 p. (Collection Folio).
31. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens -URML, 2007*.
32. Lee FJ, Brown JB, Stewart M. Exploring family physician stress: helpful strategies. *Can Fam Physician Med Fam Can*. mars 2009;55(3):288-289.e6.
33. Robertson HD, Elliott AM, Burton C, Iversen L, Murchie P, Porteous T, et al. Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. juin 2016;66(647):e423-433.

Annexes

Annexe 1 - Mail de recrutement des médecins

APPORT DE LA FORMATION EN HYPNOPRAXIE DANS LA RELATION MEDECIN PATIENT EN MEDECINE GENERALE LIBERALE A LA REUNION : POINT DE VUE DES MEDECINS.

Bonjour,

Vous êtes **médecin généraliste libéral** exerçant à la **Reunion** ? (remplaçant ou installé ?).

Vous avez participé à la **formation en HYPNOPRAXIE** avec Guy CHEDEAU et vous l'avez **terminée**?

Vous pouvez donc m'aider à répondre à la question de ma thèse, par votre témoignage ! Elle est dirigée par le Dr Fabrice CHEKPO.

Si vous ne faites pas partie de ces critères merci de me répondre brièvement pourquoi (hospitalier, en métropole, ...), cela évitera que je vous relance.

- Le But de l'étude : **Montrer l'apport de la formation en hypnopraxie dans la relation médecin patient.** Objectif secondaire : **Etudier les changements personnels** qu'elle induit sur le médecin.
- Je suis moi même en train de terminer cette formation et je me rends compte qu'elle fait évoluer ma relation aux patients, mais aussi qu'elle induit des changements en moi. Et ce, sans forcément pratiquer des séances "formelles". C'est ce que je voudrais étudier, avec vous ! Je souhaite inclure dans l'étude même ceux qui n'ont pas l'impression qu'il y a eu des changements.
- Comment participer ? Pour cela je vous demande **30 à 45 minutes** de votre temps pour réaliser un **entretien enregistré anonymisé**.
- Si vous êtes partants, répondez moi et nous déciderons ensemble de la date et du lieu de RDV (je me déplace).

Ce serait un plaisir de discuter et d'échanger avec vous.

En vous remerciant d'avance pour votre réponse,

Coralie BARROIS,
Interne en médecine générale Océan indien.
coraliebarrois@msn.com

Annexe 2 – Grille d’entretien

TRAME D’ENTRETIEN

Question d’ouverture :

Racontez moi **une des dernières fois ou vous avez utilisé l’hypnopraxie ?**

Question ouverte générale :

- Quels **changements** avez-vous pu observer depuis cette formation ?

Communication :

- En quoi votre **communication** a pu-elle être modifiée ? Utilisez vous des techniques d’hypnose de communication pendant vos consultations ?

- Avec quels **retentissements** ? En terme **d’efforts** (attitude différente)?

- Que pensez vous de votre **temps d’écoute** ? Quel impact cela implique-t-il sur votre **temps de consultation** ?

Difficultés :

- Quelles sont les principales **difficultés rencontrées** pour utiliser l’hypnopraxie dans vos consultations ?

- Que pensez vous du **prix** le plus juste pour une consultation ?

Relation médecin-patient :

- En quoi votre **représentation du patient ou de la maladie** a-t-elle évoluée ?

- Comment votre **attitude thérapeutique**, notamment en terme de prescription, a-t-elle pu être influencée ?

- Quelle implication cela a-t-il eu dans la **relation** que vous avez avec vos patients ?

Satisfaction professionnelle :

- Quelle a été l’évolution du **regard que vous portez sur votre pratique** ?

- On parle beaucoup du **burn out** chez les soignants, **d’épuisement professionnel**. Quel est votre avis (en lien avec l’hypnopraxie) ?

Changements individuels :

- Quels changements avez vous pu ressentir dans votre **vie personnelle** depuis cette formation ?

Annexe 3 -Questionnaire d'information des médecins

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Caractéristiques des médecins interrogés recueillies après l'entretien :

- Médecin interrogé :
- Ville d'exercice :
- Sexe, âge :
- Durée de la pratique en médecine générale de ville :
- Mode d'exercice : remplacement / installé, activité en tant que salarié parallèle ?
- Autre mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, mésothérapie, médecine du sport, addictologie, autre) :
- Année de début de formation en hypnopraxie
- Autres formations d'hypnose
- Combien de séances d'hypnopraxie par semaines ? par mois ?

Annexe 4 - Notes d'information précédant l'entretien

Précisions avant l'entretien

But de l'étude : Montrer l'apport de la formation en hypnopraxie dans la relation médecin patient. **Objectif secondaire :** étudier les changements personnels que cette formation peut induire.

J'attends des **réponses libres**. Mes questions sont là pour vous guider mais elle ne sont pas forcément nécessaires.

L'entretien est enregistré dans le but de garantir la **fidélité des propos**.

Le respect **anonymat** est maintenu (je retirerai par la suite les éléments d'identification).

J'ai suivi formation mais que cette thèse s'adresse à un public qui n'a pas forcément de connaissance en hypnose.

Annexe 5 – L'autorisation de la CNIL

U N I V E R S I T E D E L A R E U N I O N



FICHE N° 20170530 : Université de La Réunion – UFR Santé, Département de médecine générale	
Traitement n°20170530	APPORT DE L'HYPNORAXIE DANS LA RELATION MEDECIN PATIENT EN MEDECINE GENERALE A LA REUNION DU POINT DE VUE DES MEDECIN
Date de mise en œuvre :	30/05/2017
Finalité principale :	Réalisation d'une étude statistique à partir d'entretiens semi-dirigés
Détails des finalités du traitement	Réalisation d'un article scientifique pour : - Rédiger une thèse - Montrer l'apport de l'Hypnopraxie en terme d'amélioration de la relation médecin-patient et étudier les changements personnels que l'Hypnopraxie induit chez le médecin
Services chargés de la mise en œuvre	UFR Santé, Département de médecine générale
Fonction des personnes ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	- Dr Philippe DESMARCHELIER (Rapporteur philippe.desmarchelier@univ-reunion.fr) - Dr Fabrice CHEKPO (Directeur de thèse / chkpo@hotmail.com)
Catégories de personnes concernées par le traitement	- 15 Médecins généralistes exerçants à la Réunion et ayant participé à la formation en Hypnopraxie au moins jusqu'au 4 ^e module (sur les 5 modules).

Interlocuteurs :

- Mme Coralie BARROIS (Médecin généraliste / coraliebarrois@msn.com)
- M. Thierry Brugnon (CIL / cil@univ-reunion.fr)

UNIVERSITE DE LA REUNION

	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
Données traitées	Données d'identification	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Données d'identification</u> : nom, prénom, ville d'exercice, sexe, âge, durée de la pratique en médecine générale, mode d'exercice, autre mode d'exercice. ▪ <u>Retranscription des entretiens</u> : anonymisation des DCP rendant impossible l'identification des usagers. ▪ <u>Données de santé</u> : année de début de formation en hypnopraxie, autres formation d'hypnose, nombre de séances d'hypnopraxie par semaines / par mois.
	Vie professionnelle	<p>Mise en œuvre du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Etape 1</u> : signature d'une autorisation pour l'obtention du consentement préalable des médecins (Cf. Formulaire de consentement.doc). ▪ <u>Etape 2</u> : entretien et enregistrement vocal (collecte directe auprès des médecins à l'aide d'un questionnaire (Cf. Entretien thèse 170402.doc). ▪ <u>Etape 3</u> : traitement, saisie et analyse des données. ▪ <u>Etape 4</u> : publication d'un article scientifique pour la rédaction d'une thèse. <p>Sécurité : données saisies (bureautique) et sauvegardées sur ordinateur, protégées par mot de passe, pas d'échange de donnée.</p> <p>Transfert de données : aucun.</p>
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	Aucun	
Durée de conservation	Jusqu'à l'obtention de la thèse (octobre 2017).	
Mise à jour (date/objet) :		

Annexe 6 - Formulaire de consentement

Lieu :

Date :

Je soussigné Dr _____, autorise :

Mme BARROIS Coralie, médecin généraliste,

À enregistrer vocalement l'entretien dans le cadre de sa thèse de

Médecine Générale intitulée :

« Apport de l'hypnopraxie dans la relation médecin patient en
médecine générale libérale à la réunion : point de vue des médecins.

».

Mme BARROIS Coralie s'engage à préserver l'anonymat du Dr

, lors de la transcription de cet entretien, afin de rendre impossible
toute identification.

Sur une demande écrite Mme BARROIS Coralie vous remettra

l'intégralité de la transcription écrite du présent entretien.

Mme BARROIS Coralie vous remercie pour votre contribution.

Signature de Mme BARROIS Coralie Signature du Dr

Annexe 7 – Entretien retranscrit du Dr G

Les mots surlignés dans le texte sont les mots accentués à l'oral.

Entretien retranscrit du Dr G

- **Moi : D'une façon un peu large, comment toi tu utilises l'hypnose ou l'Hypnopraxie ?**

- Dr G : Alors, je l'utilise sans volontairement vouloir l'utiliser, en dehors de séances formelles donc. C'est-à-dire que j'ai souvent eu le ... j'ai pu découvrir, ça a mis le temps par ce que, avec la formation que j'ai faite avec Guy Chedeau et ensuite, en m'attelant avec le DU à la fac, j'ai un peu évolué dans ma pratique, à savoir que, au début, je me sentais pas mal dans la théorie avec l'hypnose mais je ne pense pas être venu à l'hypnose par hasard. Dans le trajet, c'est mon attirance pour tout ce qui est globalité, prise en charge notamment de la douleur, c'est ça qui m'a amené au départ à l'hypnose. Mais avec une ..., petit à petit, quelque chose qui s'est développé, par rapport à un ressenti sur l'impact effectivement que ça a, dans la relation avec le patient. C'est pour ça que, en médecine générale, et c'était aussi un peu l'objet de mon mémoire que j'ai fait en 2014, c'était de me rendre compte à quel point l'Hypnose modifiait les pratiques au quotidien, en dehors même du formel. De séances formelles avec un objectif particulier, d'une demande particulière du patient. Donc, pour faire clair, en pratique, j'ai des séances formelles sur des demandes précises, ça peut être un sevrage tabac, etc,.. Tout en veillant bien à ce que ce soit dans le cadre de, dans mon champ de compétences, donc dans la médecine générale. Ça peut être des gens extérieurs, ça peut être mes patients. Donc dans ce cas là, c'est des séances formelles. Quand je dis « séances formelles », ça peut être... c'est pas forcément aussi des séances avec ... le patient, on s'installe particulièrement ... ça peut être de la communication hypnotique, ça peut être... voilà, c'est assez... Je dirais que mon travail, en médecine générale, dans le formel, ça va être, ça peut... le curseur varie dans la technique. Alors que dans le quotidien, je dirais qu'il y a de la touche d'hypnose un petit peu tout le temps. Et c'est en ça que moi, ça m'a apporté beaucoup aussi au sens de la réflexion de ce que l'hypnose apporte dans la relation. C'est-à-dire que je me suis rendu compte que ça avait modifié, d'abord, ma façon de communiquer, et que, en plus de ce que ça a pu changer, ça m'a donné un résultat, un regard sur la pratique de médecin dans la relation justement. Et dans la communication. Donc c'est ce qui fait que je m'intéresse beaucoup à ça, notamment aux mots, à la posture, à la communication non verbale, à la iatrogénique verbale. Et donc voilà, je dirais que, au quotidien, dans la relation, l'hypnose m'a permis d'apporter de la douceur dans la relation. De la douceur, plus de ... plus de poésie aussi. Je parle souvent, moi, de l'hypnose comme une poésie soignante. C'est quelque chose qui me met sur un autre registre que celui avec lequel on a été formé, qui est celui de quelque chose de très rationnel, du monde des certitudes... L'hypnose permet de mieux vivre avec l'incertitude. De mieux vivre à la consultation avec l'incertitude. Je trouve que ça permet d'accepter, en fait, que les choses soient ainsi. Et ne pas, et je pense que c'est en ça, à mon sens, que pour le soignant l'hypnose est plutôt anti burnout, c'est qu'on n'est pas dans une dimension d'objectifs, de résultats, de frustrations. On sait que le burnout, il fait son lit aussi un peu là-dedans, dans le vouloir absolument... Cet espèce de sentiment de toute-puissance du médecin, qu'il faudrait que on est là absolument pour guérir et pas pour soigner. Alors ça, c'est des grands mots ! Bien sûr que l'on a toujours cette envie de résoudre les problèmes mais en

hypnose je pense que ça permet d'être sur un autre registre, pas celui du registre de la... je dirais de... le médecin n'est plus dans sa tête, on ne cherche plus à être dans les connaissances, on cherche à être présent. Présent à l'autre. C'est ce que fait apprendre l'hypnose, c'est une autre posture. Donc je dirais que c'est déjà une autre philosophie de la relation parce que c'est une autre, c'est une philosophie, je dirais qui est apaisante, apaisant pour le soignant et résultat, apaisante pour le soigné. Donc résultat, elle fait émerger beaucoup plus de possibilités. C'est-à-dire que même si il y a des croisements, résultats, avec d'autres thérapies, d'autre façon de communiquer, comme dans l'ETP par exemple, dans l'Education Thérapeutique du Patient, on va être pas mal dans, justement, dans l'ouverture, dans des questions ouvertes, c'est un petit peu ce que je travaille beaucoup avec les internes. Mais c'est aussi, pas simplement la question ouverte, c'est aussi l'ouverture aussi au silence. Par ce que la consultation c'est pas forcément vouloir remplir, c'est pas vouloir passer tout un tas d'infos, de messages, d'alourdir, de... tout ça est très confusionnant pour les gens c'est pas ça qu'ils sont venus chercher. Ils sont venus... bien sûr ils ont une demande ! Mais quelque part... je me demande si, dans la relation... les patients ont une certaine..., un état cognitif par rapport... se mettent en état cognitif par rapport à la profession médicale. Il savent quelque part déjà comment on fonctionne, ils savent qu'on va beaucoup parler, qu'on va leur prescrire des choses, qu'on va éventuellement leur faire peur... Ils sont déjà dans cet état d'esprit et en fait, l'hypnose dans la relation, ou la communication hypnotique, leur apporte une surprise. Et c'est en ça que l'hypnose est assez géniale, parce qu'elle modifie un peu, justement, des rapports. Ça les étonne un peu. Et résultat, il m'arrive même que quand je suis vraiment dans la dimension hypnotique avec des patients qui me connaissent depuis longtemps, ils me regardent avec un sourire, presque de travers, mais dans le bon sens. Avec une forme d'étonnement, « tiens mais... »

- Comme si eux ils vous découvraient aussi ce côté là ?

- Ouais, quelque chose de nouveau, quelque chose d'un peu surprenant. Il y en avait même un, que je décris dans mon mémoire, qui presque n'arrêtait pas de rire à la fin, tellement il n'en revenait pas de ce qui s'était passé, parce qu'il trouvait que j'avais changé, comme si j'avais changé, alors que j'étais effectivement sur un autre mode de communication. Alors il ne faut pas se voiler la face, dans la communication au quotidien, il y a toujours, bien sûr, de l'info, il y a toujours... on revient, je dirais, à nos vieux démons de la pratique quotidienne, qui est de prescrire, qui est d'informer, voir possiblement de faire peur, d'inquiéter. Et donc c'est presque ça, mon dada et mon ... pas mon soucis parce que je sais que c'est comme ça, c'est mon travail de recherche personnelle, et c'est ça que l'hypnose m'a permis, de me rendre content que... elle nous fait nous poser des questions sur notre... pas simplement ma façon de communiquer mais mon positionnement de médecin, de soignant, par rapport au soigné. Ça c'est vraiment chouette.

- En quoi il change ce positionnement ?

- Ben il est ... il ne met plus en position de sachant, il ne met plus en position de domination, de celui qui a la bonne parole et puis l'autre n'a plus qu'à attendre ou à exécuter ce qu'on va donner, ce qu'on va prescrire... tout est... quand on voit le mot ordonnance, dans le mot ordonnance il y a ordonner, on ordonne ! Et donc, ce positionnement très directif finalement est bien je trouve que l'hypnose vient redonner toute sa place au patient. Même si il ne faut pas se leurrer sur le fait qu'il y a, bien entendu, une relation asymétrique, elle est asymétrique parce que le patient est malade, ou il a un problème en tout cas, il vient avec un problème, et nous on a une position de soignant donc c'est normal, qu'il nous voit comme celui qui sait, ça, ça n'a rien

de... c'est même plutôt bien. C'est ce qui fait le lit aussi de la confiance. C'est ce qui fait le lit de ce qu'attend, aussi quelque part, le patient, de pouvoir aussi être informé, rassuré. Mais tout ça, je dirais que... Moi qui lis pas mal de choses sur la communication dans le domaine de la santé, on trouve beaucoup de choses sur les rouages de la communication dans la relation, la question ouverte, la reformulation, toutes les techniques classiques de communication. J'ai trouvé dans l'hypnose, quelque chose de, non seulement complémentaire, mais qui aurait été complètement insuffisant dans cette communication traditionnelle, à savoir, ce qui fait que l'on est humain. À savoir, notre sensibilité, justement, notre ... notre poésie je dirais. C'est pour ça que je parle de poésie soignante. Mais tout ce qui fait que... c'est souvent sur ces rouages là que se jouent beaucoup de choses. Notamment toute l'émotion, toutes les émotions qui sont partagées dans la relation, dans la communication en médecine. Si on n'en tient pas compte, si on ne s'en sert pas, se servir des émotions, au bon sens du terme, et bien je pense que l'on passe à côté de quelque chose. Et c'est souvent ça que l'on découvre dans l'hypnose, c'est qu'on se rend compte que : « tiens, comment je pouvais faire avant ? » Et avant on faisait une relation, je dirais un peu sèche, peut-être un peu désincarnée, un peu sur le mode de quelque chose de très mécanique et pas quelque chose de l'ordre de la fibre humaine, qui fait que, en hypnose, il y a toujours un petit peu ce côté où on lance un petit peu, et on attend, on voit ce qui se passe, on regarde, on observe. De tout ce qu'on décrit dans ce que j'apprenais à l'époque avec Guy Chedeau, mais la micro dynamique de transe, c'est-à-dire de voir un petit peu, qu'est-ce qui est en train de se jouer, qu'est-ce qui est en train de se passer, qu'est-ce que la personne est en train de vivre ? Je pense que ce qui est chouette avec l'hypnose, c'est de ne pas de le regarder, justement, comme quelque chose qui ne se vit que dans le formel, c'est ce qui se passe dans le présent. Et le présent, c'est dès que la personne, dès qu'on va la chercher dans la salle d'attente, dès qu'elle vient s'installer, donc déjà des choses sont en train de se jouer. Donc c'est pour ça que moi, je plaide un peu une Hypnose... bon on parle souvent d'hypnose sans hypnose... mais presque d'une déconstruction de l'hypnose par ce que c'est en ça qu'elle peut imbiber tout le monde, de la communication dans la santé. Parce que dès qu'on nomme, on enferme.

- Donc vous ne nommez pas forcément ?

- Je nomme très peu souvent. Alors sauf... si, parce qu'il m'arrive que quelques fois les gens viennent de l'extérieur, donc ils savent qu'il y a le mot « hypnose » mais d'ailleurs ça n'est pas un problème, le mot hypnose ne me pose pas de problème. Il ne m'en pose pas. Ça ne veut pas dire que je n'en ai pas un. Il en est un dans le sens où... pour moi, il freine, peut-être, l'expansion d'une communication à la façon hypnose, mais pas que. Mais j'ai pas envie d'enfermer les choses dans « Hypnose ». J'ai pas envie d'enfermer les choses dans « Hypnopraxie ». Je n'ai pas envie d'enfermer les choses dans « la transe, l'induction... », tous ces mots. Pour moi, le présent se fait sans les mots, et pourtant les mots sont très importants. Mais ils sont très importants, mais justement parce qu'ils sont posés en même temps que la présence. La présence à l'autre. Alors ce que je dis là, ce sont des mots, mais c'est en le vivant, c'est en étant avec l'autre que viennent les bons mots. Les mots sans être avec l'autre, sont souvent décalés. Ils vont être souvent à distance de la représentation de l'autre, ils vont être à distance de ce que vit l'autre, il vont être à distance de son intérieur, de son monde. Donc c'est pour ça que, comme le disait une de mes consœurs qui est dans le DU, quand elle parle de finalement être en hypnose, c'est un peu être dans la bulle hypnotique de l'autre. Moi j'ai envie de dire ouais, dans la bulle de l'autre. Dans la bulle de l'autre, dans son monde. Un peu dans son monde parce que ça serait très prétentieux de dire qu'on va dans le monde de l'autre. C'est... on essaye d'en approcher un petit peu et

d'essayer d'être un petit peu avec. Et c'est la présence à l'autre, cette notion de présence et d'instant, qui à mon avis, est essentielle dans la communication. Et c'est pour ça que en médecine générale, où on a tellement de situations où finalement ça c'est essentiel, que... l'hypnose pour moi va bien au-delà de tout ce qu'on apprend et donc vient compléter, complètement tout ce qui s'apprend aussi en communication.

- Je voulais rentrer un petit peu plus dans tout ce qui est burn out ou épuisement professionnel. Il y a un peu cette idée, moi, j'avais en tout cas cette idée que l'hypnose ou l'hypnopraxis pourrait protéger un peu du burn out, ce que vous avez évoqué tout à l'heure. Et en quoi selon vous ça pourrait protéger le soignant d'un épuisement professionnel ?

- Pour une raison, déjà à mon avis toute simple, essentielle : il n'y a rien à attendre. On vit le moment présent, il se passe ce qu'il doit se passer et ce qui se passera. On laisse faire. Quand on dit que l'hypnose, finalement, à la façon dont le dit Erickson, mobilise le réservoir de ressource du patient... justement ! C'est complètement détendant pour le soignant ! Finalement, le soignant, qu'est-ce qu'il a, qu'il va faire de l'hypnose, et bien il va, justement, être à distance de ses objectifs qui, finalement, si il ne les atteint pas, ben c'est pas bon, de cette frustration dont je parlais tout à l'heure. Donc, finalement, c'est complètement... c'est très agréable, c'est très agréable parce qu'il n'y a plus d'objectifs à avoir, il n'y a plus quelque chose à attendre, il y a simplement à vivre la relation et à laisser, je dirais... c'est un peu comme dit Gaston Brosseau, le Canadien : « il n'y a rien à faire ! » Donc quelque part, il n'y a rien à faire et tout à faire ! On fait comme on le sent. Alors c'est vrai qu'à la façon dont le disait Thierry Melchior, qui est malheureusement décédé, ce belge qui est philosophe et Hypnothérapeute, qui a écrit ce fabuleux livre « créer le réel », on est des « Bricothérapeutes ». Alors il le disait entre nous parce que ça ne fait pas très beau de dire ça, parce que ça veut dire qu'on bricole. Mais ça veut dire à quel point justement, on est... on descend un peu de notre échelle dans laquelle on a voulu nous mettre, déjà l'échelle sociale, le médecin, le soignant c'est quelque chose. Alors on peut comprendre, parce que c'est important d'être soignant, c'est une responsabilité, c'est un honneur de soigner les gens. Mais on a confondu un peu peut-être ça et puis, résultat, les difficultés dans lesquelles ça allait nous mettre. Et c'est en ça que c'est anti burn out l'hypnose, c'est que waouh ! ça faire descendre un petit peu sur terre. Dans la présence à l'autre, on est avec l'autre. Et on est simplement... on active des choses qu'on apprend, bien sûr, par les techniques de l'hypnose, mais on est surtout déjà, en même temps avec de la bienveillance et on est là pour faire le mieux qu'on peut avec ce qui est là, ce qui est présent. Et en ça c'est anti burnout ! On est plus du tout dans la même dimension que la dimension du médecin qui doit absolument, avec les moyens qu'on lui donne, de prescrire, d'avoir des résultats, de revoir le patient... « Alors, comment ça va ? » « Ben, j'ai toujours aussi mal ». « Aïe aïe aïe, je suis mauvais, je l'ai mal soigné. » Tout ce qui peut faire que dans la tête du médecin, cette espèce de pouvoir, voir même de suffisance, qu'il peut avoir à être le sachant, fait que, si jamais il y a des déceptions, qui sont à la hauteur des objectifs qu'il s'est fixés, ben ça, ça crée de l'épuisement, ça crée de l'épuisement émotionnel, on finit par être un peu désabusé, on finit par être déçu. L'Hypnose permet, je dirais, permet d'aimer à nouveau ce qu'on fait. Ça redonne du baume, c'est très apaisant. Pour ça, pour moi, c'est en ça que c'est anti burnout.

- D'accord, OK. Et, une autre notion aussi, qui ressortait un peu des entretiens, c'est que, à la fois de pratiquer l'hypnose, ça prend quand même de l'énergie, mais à la fois ça en apporte. Est-ce que vous partagez cette notion et quel est votre avis là-dessus ?

- Ouais mais je dirais... Oui, c'est certainement consommateur d'énergie ... je ne sais pas comment... tout dépend comment on l'entend parce que... ça consomme des énergies de manière différente parce que... c'est vrai que quelque part, c'est consommateur d'énergie, je dirais au début peut-être. Quand on ne sait pas y faire, quand on... voir à la limite, quand on veut trop savoir y faire. Et je dirais que c'est un petit peu, ce que nous disent parfois les étudiants qui apprennent. Je ne dis pas que ça ne m'arrive pas encore, ça serait prétentieux de dire que maintenant ça y est, pour moi, tout roule. Non, justement, rien ne roule ! C'est tout le temps différent. Y'a pas besoin de savoir. Donc au début à la limite, on fait un effort parce qu'il faut se déformer, il faut se déformer d'un schéma de fonctionnement en communication que l'on a, je dirais, que l'on a même pas appris, avec lequel on s'est complètement fait tout seul. Alors avec des gens qui ont un sens peut-être de la communication, qui vont naturellement, peut-être, être un peu Ericksoniens dans leur façon de communiquer, ou tout simplement, même, être des bons communicants, en écoutant bien l'autre, en lui laissant sa place. Mais je pense que ça peut demander un effort au début, c'est vrai ça. Et donc dans ce cas là, c'est en ça que ça peut être peut-être un peu pompant. Et je pense que à force, au contraire, l'hypnose elle est tellement apaisante, elle est... Je dirais que, peut-être à la limite ce qui peut poser souci, mais finalement c'est le problème même sans l'hypnose, c'est le facteur temps. Alors il y a eu des travaux là-dessus qui ont été faits sur la compatibilité de l'hypnose en médecine générale avec le temps, avec le temps qu'on a, c'est ce qui est relevé souvent par les généralistes en disant : « on a pas le temps ». C'est pour ça que moi, j'ai orienté mon travail aussi, ça été un exercice pour moi, de voir que l'hypnose, on pouvait l'utiliser de manière quasiment flash, avec même des séances de cinq minutes, des bribes de communication hypnotique, ou un moment, on se met dans un monde... on construit un monde sensible avec la métaphore, avec les émotions qui se passent., avec euh... Donc, en ça, je ne trouve pas que ce soit vidant d'énergie. En tout cas, souvent, parce que ça apporte, c'est très énergisant ! Et justement le côté anti burnout. Est-ce que ça n'est pas énergisant le côté anti burnout ? Puisque le burnout c'est épuisant, par définition. Donc si je fais l'équation : hypnose + burnout = apaisement, apaisement = ré-énergie ! Donc voilà. Pour moi je pense que C.Q.F.D.

-OK, très bien. Et ce que l'hypnose et l'Hypnopraxie, personnellement, ça vous a apporté quelque chose ? Qu'est-ce que, personnellement, ça a fait évoluer ?

- Ça a fait euh ... Ça m'a donné probablement un autre regard sur la profession, déjà aussi. Ça m'a apporté pas mal, beaucoup, sur le plan de la réflexion philosophique de mon métier. Donc ça va largement au-delà même de la consultation. Et puis ça ... je dirais surtout ça m'anime d'une envie de partager le bien-être que ça m'apporte. Et donc dans ça, c'est l'enseignement. Certainement pas en faisant du prosélytisme par rapport à l'hypnose ou l'hypnopraxie. Parce que d'abord, je pense que c'est tellement à vivre, c'est tellement personnel, c'est tellement un parcours personnel, il n'y a que par l'enseignement que l'on peut arriver à partager, à faire vivre, par des ateliers, par des séances, par... et puis tout simplement, les étudiants, quand ils vont se mettre entre guillemets à l'épreuve de ce déformatage, alors là, pour moi, il y a même plus besoin de le prouver, il suffit de les entendre : ils disent ce que ça a changé pour eux dans leur exercice. Ben moi, ça m'a changé énormément pour mon exercice et puis, résultat maintenant d'entendre ceux qui sont formés dire ça, ben... je n'ai même plus besoin de ça, je sais que c'est très transformant. C'est très transformant et c'est surtout aussi... tellement... ça donne tellement de sens par rapport à un monde où on veut tout, on veut beaucoup trop être dans la maîtrise. L'hypnose autorise de ne pas maîtriser. On est tellement avec des responsabilités... le

chirurgien qui opère, il doit avoir la maîtrise de son art. Je ne dis pas que le généraliste qui fait des actes, des vaccins, qui fait une ordonnance pour une infection, il doit avoir une maîtrise de ça, bien entendu ! Il doit avoir la maîtrise, la connaissance ! Mais cette connaissance et cette maîtrise, sans, pour moi, sans cet apport qu'a été l'hypnose... pour moi, je ne sais pas, je me serais peut-être un petit peu désintéressé de la médecine. En fait, l'hypnose est une science humaine qui permet de remettre en selle celui qui pourrait tomber, celui qui aurait pu tomber de sa selle, ça le remet en selle je trouve. Alors moi, je n'étais pas tombé de ma selle, mais en tout cas ça me donne envie... voilà, je sais que maintenant dans mes bagages j'ai ça, et que jamais je ne décrocherai les sacoches, ça c'est clair. Ça fait partie, c'est intégré. Et l'hypnose n'est pas un plus, elle est avec. C'est pas un plus. C'est pas un gadget. C'est pas une option. C'est... quelque chose qui se greffe dans la personne finalement. Parce que c'est en ça que c'est pas une connaissance. Puis-ce que ça change. Quand on va à une formation sur le diabète, est-ce que je suis changé dans ma façon d'être ? Oui, je vais peut-être changer dans ma façon de faire certaines choses, liées à une consultation sur le diabète, certes. Mais là on reste dans la connaissance. Mais cette connaissance, je vais l'appliquer à Pierre, Paul, Jacques, Germaine, Gertrude et Marie-Thérèse ! Alors que l'hypnose c'est à chaque fois différent. C'est donc, je dirais, un moment privilegié aussi, mais qui fait que c'est toujours finalement imbibé, c'est toujours là en fait ! Donc c'est en ça que c'est une posture. Donc c'est pas un plus. Alors, c'est un plus au sens que ça apporte quelque chose mais c'est pas... ça ne vient pas se... pour moi ça ne vient même pas se... Souvent on parle d' « outil ». Je n'aime pas ce mot là. Je n'aime pas ce mot là parce que c'est... c'est relégué..., même si ça peut être magnifique un outil : on a besoin d'un tournevis, on a besoin d'un marteau... mais...

- Ca serait quoi plutôt pour toi ?

- Ça serait... ça serait un apprentissage... au service de soi-même et de l'autre. Voilà, au service de l'autre parce que forcément ça peut lui apporter des bienfaits. Bon ça j'en suis convaincu. Et au service de soi-même, parce que effectivement, on l'a dit, c'est anti burnout, ça apporte beaucoup de satisfaction, c'est très... voilà... c'est... voilà. Et puis ça vient tellement donner du sens à ce que nous sommes. Et là, on peut tellement aller chercher dans aussi des concepts philosophiques, les liens que l'hypnose pourrait ... pourrait tirer tout un tas de passerelles, que ce soit de Bergson à Spinoza, sur... finalement ce que l'hypnose... Ben Bergson, par exemple, qui était anti étiquette, il ne fallait pas mettre des étiquettes aux choses, ben qu'est-ce que c'est que nous, ce qu'on fait là ? On a un diabétique, on a un tel qui a une dégénérescence ceci, on a... Donc on est dans les étiquettes. Et l'hypnose, justement, elle fait tomber les étiquettes. Donc voilà.

- Et ce que tu veux rajouter quelque chose ?

- Alors... là, ça serait quelque chose qui peut être... je demande si dans les termes « Hypnose », « Hypnopraxie », on est pas encore dans les étiquettes. Maintenant, ça peut être important, de concept, d'un concept de ce sur quoi a pu réfléchir Guy Chedeau, qui est quelqu'un d'extrêmement pertinent, qui a un grand recul sur ça, certainement plus important que le mien, donc c'est pas du tout critique quand je dis ça. Mais je dis que l'hypnose nous fait quitter le monde des étiquettes, c'est pas pour y retomber. Donc on est pas non plus dans un savoir, on est dans tout autre chose, donc l'Hypnose permet de... d'être avec l'autre. D'être avec l'autre et... et je pense que on a tellement de risques par notre activité, paradoxalement, de s'éloigner de l'autre, que l'hypnose, ou la communication hypnotique, nous permet toujours de... d'être un rappel à l'ordre, à un ordre des choses. Exemple, si je dis à quelqu'un : « ben il va falloir faire une

coloscopie. Il va falloir faire une coloscopie. » Donc déjà, moi je suis dans mon langage, je suis dans mon injonction de ce qu'il faut faire. L'hypnose va permettre, certainement, par tout un tas de petites subtilités, et ça, c'est là-dessus aussi que je voudrais peut-être conclure, des subtilités de langage de l'hypnose. C'est ce que n'ont pas souvent les théories de la communication traditionnelle. C'est qu'elles ne font pas mention de cette subtilité. Et là, je pense que c'est une question de pratique. Les subtilités de langage de l'hypnose, c'est un rouage très important, pour justement pouvoir mieux utiliser, comme on le fait en hypnose, la confusion, pouvoir mieux utiliser les silences, mieux utiliser l'humour. Il y a tout un tas de petites techniques. Là il y a quand même du savoir aussi, quand même, il y a de la connaissance, là aussi, au sens. Mais c'est une... l'apprentissage de l'hypnose c'est... je dirais, engranger peut-être certaines techniques pour ensuite les perdre. Parce que ça n'est pas quelque chose que l'on va ressortir de manière... comme une recette. Ça va être quelque chose de..., à ce moment-là de beaucoup plus... ça sera en soi quelque chose de beaucoup plus naturel, toujours prêt, toujours là, comme une autre façon d'être. Et donc, c'est pour ça que l'hypnose se déformate, se... Alors ça n'est pas évident quelquefois de ne pas avoir des retours, on a quand même eu des années de médecine, des années de pratique avec une façon de fonctionner, donc forcément c'est toujours un peu là, il ne faut pas se leurrer, c'est toujours un peu là. Cette euh... je dirais... Et il faut peut-être que ça soit un peu là d'ailleurs aussi. Il ne s'agit pas, à mon sens, de renier ni d'opposer. Il faut faire cohabiter ces deux mondes.

- Et dans votre exemple, sur la coloscopie, quelle subtilité vous pourriez y apporter ?

- Si je répondais, je donnerais une recette.

- Oui, d'accord.

- Donc ça sera beaucoup plus de... d'évoquer, à la façon de la communication hypnotique, et de voir ce qui se passe. « J'ai parlé de cet examen, je perçois chez vous peut-être quelque chose... qu'est-ce que vous en pensez par rapport à ça ? » Ça c'est du langage hypnotique. On laisse ouvert. Et on apaise. Parce que finalement, le nombre de fois où on est finalement, où on se prend un râteau. « Ben vous savez, je vois votre résultat, il va falloir faire une coloscopie », « ah non non, mais attendez, mais c'est quoi cette chose ? Non, non, je ne veux pas faire d'examen ! » Wahou ! Et ça y est. Et on se rend compte que finalement, avec une bonne communication, et notamment une communication, je trouve, utilisant les ressorts de l'hypnose, on arrive beaucoup mieux... alors ça, c'est pas très bien de dire ça, j'allais dire « on arrive mieux à ses fins ». C'est pas mes fins qui comptent ! C'est la santé. Mais on arrive peut-être mieux à présenter les choses finalement. Elles sont moins agressives, elles sont moins hard. C'est glauque souvent la médecine ! Et donc ça permet... je ne dirais pas que ça permet d'amener une petite fleur avec l'ordonnance, mais presque, un peu. Ça permet de... ça permet ça. Ça permet l'observance, une meilleure observance. Ça permet finalement d'être dans quelque chose de beaucoup plus... je disais, oui, d'apaiser, de... c'est agressif souvent, on agresse ! Donc voilà, je pense que c'est très détendant l'exercice de la médecine avec l'hypnose. Mais je dis bien avec l'hypnose au quotidien. Même si, comme je le disais tout à l'heure, on revient souvent à des modes de communication qui peuvent être des modes de communication, je dirais... je ne dirais pas qu'on met de l'hypnose partout, je ne dirais pas qu'on met de la communication hypnotique partout, ça serait faux. Mais, quand même, je dirais qu'après, même au-delà de relations où on est pas dans de la communication hypnotique, on a quand même toujours ça un peu en soi. Quand on a appris, et quand on... C'est en ça que c'est une philosophie. C'est une philosophie,

une nouvelle philosophie d'exercice. Et la philosophie c'est l'amour de la sagesse. Et ben ça rend un peu le médecin sage. À mon sens.

- OK, super, merci beaucoup.

Annexe 8 – Retranscription intégrale d'une séance d'Hypnopraxie

(10)

Séance enregistrée auprès d'un patient vu lors d'un remplacement dans un autre cabinet. La séance a duré 32 minutes.

Motif principal de consultation : insomnie depuis plusieurs mois.

Les trois points de suspension (...) correspondent à une durée de 5 à 25 secondes environ.

Nous mettons ici cette transcription à titre informatif.

Vous êtes bien confortable ?

(Oui).

Bien... maintenant que vous êtes allongé... les yeux peuvent se fermer... pour être présent à vous-même ... accueillir ce qui vient... comme ça vient... être attentif à tout ça... voir apparaître certaines choses... certaines expériences qui nous affectent plus que d'autres... revenir à l'essence-ciel... à ce qui est réellement important... se rappeler... envisager l'avenir... sentir ce que ça fait de vivre ça...

(Déglutition).

Oui... il n'est pas toujours facile de revenir à tout ça... regretter... perdre quelque chose de précieux... se retrouver... explorer... se dé-voiler à soi-même...

(Mouvements horizontaux des yeux)

Comme ça... il y a tant de chose à... découvrir... éprouver... faire quelque chose de ça... partager quelque chose avec quelqu'un... pouvoir... se pardonner... se réconcilier...

(Humidification des cils).

Hum... c'est important de vivre ça... trouver un sens à tout ça... s'ouvrir... se renouveler... sentir sa propre vulnérabilité... reconsidérer... trouver un sens à ça... se sentir aimé... être... accompagné...

(Rétractation spastique du bras droit).

C'est ça... nous avons tous besoin de ça... se rétablir... gai-rire... se reconstruire avec tout ça... cheminer... il y a des choses dont on ne veut pas parler... simplement éprouver... être... en contact avec ça... différemment... parce que ça... ça change tout le temps... imaginer ce que ça peut devenir... se ressourcer en soi-même...

(Léger ronflement).

Vivre tout ça... d'une autre manière... transformer quelque chose de ça... éclairer... s'offrir quelque chose à soi-même... s'émerveiller... se surprendre... pouvoir intégrer tout ça...

(Spasme de la joue).

C'est bien, voir ce que ça fait d'être là... vivre les expériences passées... et à venir... trouver un autre possible... être attentif à tout ça...

Quand vous aurez fini ce travail, vous pouvez revenir... ici et maintenant... à votre rythme... et reprendre conscience votre environnement... progressivement... porter attention à ce qui vous entoure...

(Inspiration).

Oui, prendre une grande inspiration...vous pouvez peut-être bouger les mains... ou les pieds... ou d'autre partie encore... *(Bouge les mains).*

C'est ça... et quand ce sera vraiment le moment pour vous, les yeux peuvent s'ouvrir... tranquillement...

(Ouverture des yeux).

Phase d'intégration : clignement des yeux, expiration, frottement des yeux, étirement.

Reprise du contact visuel et sourire.

(Ça fait du bien).

Fin de la séance.

Résumé :

L'Hypnose thérapeutique en médecine générale satisfait les patients comme les soignants et améliore leur relation. L'Hypnopraxie est une approche hypnothérapeutique affective et intégrative. Notre objectif principal était d'explorer l'évolution de la relation médecin-patient avec l'Hypnopraxie, selon les médecins généralistes réunionnais. Notre objectif secondaire était d'explorer l'évolution du médecin, personnelle, et dans sa pratique médicale. L'étude était qualitative, utilisant la méthode par théorisation ancrée. Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes réunionnais formés à l'Hypnopraxie, jusqu'à saturation des données. Huit médecins ont été interrogés d'avril à septembre 2017. Nous avons vu que l'Hypnopraxie ré-humanisait la relation médecin-patient. Elle permettait au praticien d'évoluer personnellement, en se soignant pour mieux pouvoir soigner, et en apprenant à relativiser son devoir de soignant. Ceci a entraîné une nouvelle philosophie d'exercice pour le praticien. Il a transformé sa pratique quotidienne à travers une meilleure communication, une présence au patient, une prise en compte de son terrain psycho-émotionnel, afin de dévoiler le patient. Il s'est épanoui professionnellement grâce à cette humanisation du soin, il s'est senti utile et valorisé. Il s'est ainsi protégé d'un épuisement professionnel. La relation médecin patient est apparue renforcée, plus juste, basée sur la complicité et l'échange. L'Hypnopraxie est une approche thérapeutique en accord avec le rôle holistique du médecin généraliste et avec les attentes des patients. Il serait intéressant que les médecins y soient initiés au cours de leur cursus.

Mots clefs : Hypnopraxie ; Hypnose ; Relations médecin-patient ; Médecine générale ; Communication ; Syndrome d'épuisement professionnel ; Psychologie ; Théorie ancrée

Abstract :

The use of therapeutic Hypnosis in general practice satisfied both patients and physicians and improve physician-patient relations. Hypnopraxia is an hypnotherapeutic approach, affective and integrative. The main purpose of the study was to explore the evolution of the physician-patient relations related to Hypnopraxia, according to general practitioners from Réunion Island. Our secondary goal was to explore general practitioners' evolution, personal and professional. The study was qualitative, using grounded theory. Data was collected through semi-structured interviews with general practitioner from Réunion island, trained in Hypnopraxia, up to data's saturation. Eight physicians were interviewed between april and september 2017. We demonstrated that Hypnopraxia rehumanized physician-patient relations. Hypnopraxia training helped the physician in his personal development, by curing himself before treating patients, and by relativising his caregiving duty. This brought a new philosophy of work. The physician changed his daily way of working, through a best communication, a presence for the patient, a consideration of his psycho-emotional ground, in order to reveal the patient. He blossomed professionally thanks to this humanization of care, he felt useful and valued. Thereby, he protected himself from professional burnout. Physician-patient relation became stronger, more fair, based on complicity and interchange. Hypnopraxia is a therapeutic approach in accordance with the holistic role of the general practitioner and with patient's expectations. So it would be interesting to incorporate it in the medical training.

Key words : Hypnopraxia ; Hypnosis ; Physician-patient relations ; General practice ; Communication ; Professional burnout ; Psychology ; Grounded theory.