



HAL
open science

Représentations de l'intérêt de l'hypnose pour les troubles du sommeil chronique chez des médecins généralistes hypnothérapeutes. Étude qualitative par entretien semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes d'Île-de-France

Guillaume Hamedi Sangsari

► **To cite this version:**

Guillaume Hamedi Sangsari. Représentations de l'intérêt de l'hypnose pour les troubles du sommeil chronique chez des médecins généralistes hypnothérapeutes. Étude qualitative par entretien semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes d'Île-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02501097

HAL Id: dumas-02501097

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02501097>

Submitted on 19 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 30

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Représentations de l'intérêt de l'hypnose pour les troubles du sommeil
chronique chez des médecins généralistes hypnothérapeutes.
Étude qualitative par entretien semi-dirigés auprès
de 14 médecins généralistes d'Île-de-France

Présentée et soutenue publiquement
le 21 mars 2019

Par

Guillaume HAMEDI SANGSARI

Né le 17 octobre 1989 à Lyon (69)

Dirigée par M. Le Docteur Louis-Baptiste Jaunay, CCU

Jury :

M. Le Professeur Bruno Falissard, PU-PH Président

M. Le Professeur Pierre Coriat, PU-PH

Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure, MCU

M. Le Docteur Francis Abramovici, MG



Résumé

INTRODUCTION : L'insomnie chronique affecte 15,8 % des 15-85 ans. La prise en charge actuellement recommandée comprend la prescription d'hypnotiques pour une durée courte. De nombreuses études ont permis de montrer leur effet délétère lorsque l'usage devenait chronique. La France occupe la deuxième place européenne en termes de consommation. Les thérapies cognitivo-comportementales sont le traitement non médicamenteux de première intention dans l'insomnie chronique. L'hypnothérapie peut être une alternative car elle offre des méthodes pratiques permettant de gérer l'anxiété et de favoriser l'endormissement. L'objectif principal de notre étude était d'explorer l'intérêt ainsi que l'usage de l'hypnose pour traiter les troubles du sommeil chroniques du point de vue de médecins généralistes hypnothérapeutes d'Ile-de-France.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons mené une étude qualitative phénoméno-pragmatique. Ont été inclus des médecins généralistes thésés ayant un exercice libéral en Ile-de-France et formés à l'hypnose. Des entretiens semi-directifs enregistrés ont été réalisés jusqu'à obtention de la saturation des données. Une analyse thématique du *verbatim* recueilli a été effectuée jusqu'à l'émergence d'un arbre de thèmes et de sous thèmes.

RESULTAT : La population recrutée comptait quatorze médecins dont deux femmes et douze hommes. La saturation des données a été atteinte. Les principaux résultats étaient que les troubles du sommeil étaient rarement le motif premier de venue des patients en hypnothérapie et qu'il n'y avait pas de techniques spécifiques pour la prise en charge des insomnies. Néanmoins, une amélioration du sommeil était régulièrement constatée par les médecins que ce soit pour une prise en charge spécifique ou non. Le marqueur d'efficacité recherché était principalement la diminution ou l'arrêt des médicaments hypnotiques. La majorité se disaient satisfaits des résultats, mais remarquaient le manque de possibilité d'évaluation. L'hypnose avait une place importante dans la pratique de tous les médecins interrogés et leur donnait l'impression d'entraîner des changements positifs dans leur pratique médicale quotidienne ainsi que dans leur vie personnelle. Les contraintes de temps et financières induites par le manque de reconnaissance de la pratique étaient les principaux freins exprimés.

CONCLUSION : Selon les médecins généralistes hypnothérapeutes, l'hypnose permet une approche globale dont les bénéfices dépassent la simple question de l'efficacité vis-à-vis de la plainte du patient. Des études quantitatives devront être menées pour objectiver ces constats.

Mots-Clés : Hypnose, trouble du sommeil, médecine générale, enquête qualitative

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à Monsieur le Professeur Bruno FALISSARD, qui me fait l'honneur d'assurer la présidence du jury de thèse, soyez assuré de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Pierre CORIAT et Madame la Maitre de Conférence Universitaire Docteur Céline BUFFEL DU VAURE qui me font l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Francis ABRAMOVICI, qui me fait l'honneur de juger ce travail. Tu m'as permis de découvrir ce qu'était la pratique de l'hypnose et de changer mon regard sur la médecine. Ton expérience, tes valeurs humaines et ton don de la transmission font de chacune de nos rencontres une expérience enrichissante. Grâce à toi j'ai eu la chance de rencontrer les membres de l'UNAFORMEC et je remercie particulièrement Denis et Octave pour ce qu'ils m'ont apporté.

A Monsieur le Docteur Louis-Baptiste JAUNAY, qui me fait l'honneur de diriger ce travail. Je te remercie pour ta disponibilité, ton soutien, tes remarques pertinentes et ta gentillesse.

Je tiens à remercier vivement l'ensemble des médecins généralistes ayant participé à l'étude et qui ont accepté de partager leurs expériences, tous ont été très bienveillants à mon égard.

Chaque entretien aura apporté beaucoup dans ma pratique.

Merci à l'ensemble des professionnels de santé que j'ai rencontrés durant mes études, pour m'avoir transmis leur savoir et leur expérience. Je remercie tout particulièrement Arlette et Martine qui m'ont permis d'apprécier et découvrir le métier de médecin généraliste grâce à leur bienveillance.

Merci à mes parents de m'avoir accompagné et soutenu pendant toutes ces années d'études et plus encore. Merci à toute ma famille. Merci à Aziz à qui je pense très fort. Merci aussi à ma belle-famille qui me soutient par leur affection et leur gentillesse. Mention spéciale à Pims avec ou sans barbe.

Merci à mes amis de faculté, qui ont été présents pendant ce long périple des études de médecine à Lyon. Je pense particulièrement à Binch, Beber, Willou, Soso, Dédé, Mouge, Caca, Nono, Lul, Benj, Pierrot, Charlou, Mamar et bien d'autres encore.

Merci aux gonz d'être ce qu'ils sont peu-importe où ils sont, toujours au top. Merci aux gros qui sont trop nombreux pour être tous cités mais qui méritent tous la dédicace pour ce qu'ils m'apportent. Mention spéciale à lolo pour sa présence et son talent d'informaticien sans lequel je serais encore en train d'attendre l'ouverture du fichier word de ma thèse.

Merci à Flo, ami, meilleur agriculteur de France et business partner quel que soit le marché à conquérir.

Merci à Ju, mon frère de parents différents, sans qui je n'aurais même pas eu mon brevet.

Merci à Patrick de toujours rester au premier degré.

Et enfin, un grand merci à ma douce qui partage mon quotidien depuis de nombreuses années sans qui rien de tout ça n'aurait de sens.

Avertissement

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine.

Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie. Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Déclaration publique d'intérêts

Je soussigné, Guillaume HAMEDI SANGSARI, doctorant en médecine générale et auteur de cette thèse, déclare n'avoir aucun lien d'intérêt de quelque nature que ce soit, direct ou indirect, à titre personnel ou via les membres de ma famille, avec des entreprises fabriquant ou commercialisant des produits de santé.

Cette étude n'a reçu aucun financement.

Liste des principales abréviations

ACT : Acceptation and Commitment Therapy

ACTH : Adreno-Cortico-Trophic Hormone

AFEHM : Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale

AFHYP : Association Française d'Hypnose

ANSM : L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves

DU : Diplôme universitaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EEG : électroencéphalogramme

EMG : électromyogramme

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EOG : électro-oculogramme

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : L'Institut national de la santé et de la recherche médicale

IME : Institut Milton Erickson de Lyon

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

SAOS : Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

SFTG : Société Formation Thérapeutique Généraliste

Sommaire

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	3
AVERTISSEMENT	5
DECLARATION PUBLICS D’INTERET	6
ABRÉVIATIONS	7
TABLE DES MATIÈRES	8
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	12
Première partie : INTRODUCTION	13
Deuxième partie : MATÉRIEL ET MÉTHODES	26
1. La population	26
1.1. Critères de sélection	26
1.2. Recrutement	26
1.3. Caractéristique de l’échantillon	26
2. Déroulement des entretiens	27
2.1. La méthode d’entretien	27
2.2. Le guide d’entretien	27
2.3. Le questionnaire d’échantillonnage	29
3. Analyse des résultats	29
3.1. Retranscription des entretiens	29
3.2. Le codage	30
3.3. Le regroupement en thèmes	30
Troisième partie : RÉSULTATS	31
1. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE	31
2. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	32
3. ANALYSE DES ENTRETIENS	33
3.1. L’organisation pratique de l’utilisation de l’hypnothérapie dans la pratique des médecins généralistes interrogés	33
3.1.1. Place dans leur activité de médecine générale	33
3.1.2. Le recrutement des patients	35
3.1.3. Temps accordé à la prise en charge	37
3.1.4. L’organisation des séances d’hypnose	38

3.1.5.	<u>La patientèle selon les médecins interrogés.....</u>	<u>41</u>
3.1.6.	<u>L'aspect financier.....</u>	<u>42</u>
3.2.	<u>Les principes et les différentes techniques concernant l'hypnose médicale énoncés par les médecins au cours des entretiens.....</u>	<u>44</u>
3.2.1.	<u>Les principes concernant le praticien hypnothérapeute.....</u>	<u>45</u>
3.2.2.	<u>Les principes dépendants du patient acceptant d'être pris en charge par l'hypnose médicale retransmis par les médecins interrogés.....</u>	<u>47</u>
3.2.3.	<u>Déroulement des séances</u>	<u>48</u>
3.2.4.	<u>Le langage hypnotique et les métaphores.....</u>	<u>51</u>
3.2.5.	<u>L'hypnose conversationnelle.....</u>	<u>53</u>
3.2.6.	<u>L'apprentissage et l'auto hypnose.....</u>	<u>54</u>
3.2.7.	<u>Les thérapies associées.....</u>	<u>57</u>
3.3.	<u>Les aspects particuliers relatifs à la prise en charge des troubles du sommeil chroniques qui se dégagent des entretiens.....</u>	<u>58</u>
3.3.1.	<u>Fréquence de la demande pour traiter ses troubles avec l'hypnose.....</u>	<u>59</u>
3.3.2.	<u>Les caractéristiques des patients se présentant pour des troubles du sommeil.....</u>	<u>59</u>
3.3.3.	<u>L'évaluation préliminaire en tant que médecin généraliste.....</u>	<u>60</u>
3.3.4.	<u>L'attitude des médecins en fonction des différents types de trouble du sommeil.....</u>	<u>61</u>
3.3.5.	<u>La prise en charge spécifiquement des troubles du sommeil pour les médecins interrogés.....</u>	<u>62</u>
3.4.	<u>Résultats et impacts de la pratique de l'hypnose médicale du point de vue des médecins généralistes interrogés.....</u>	<u>64</u>
3.4.1.	<u>L'apport de la formation en hypnose et de son utilisation pour la pratique du médecin généraliste.....</u>	<u>65</u>
3.4.2.	<u>Le vécu du praticien dans sa pratique.....</u>	<u>68</u>
3.4.2.1.	<u>Le confort que ça lui apporte.....</u>	<u>68</u>
3.4.2.2.	<u>Les difficultés ressenties par le médecin.....</u>	<u>70</u>
3.4.3.	<u>L'effet sur les patients du point de vue des médecins issu de leur expérience et des retours.....</u>	<u>73</u>
3.4.4.	<u>L'évaluation de la pratique et de l'efficacité par les médecins.....</u>	<u>75</u>
	<u>Quatrième Partie : DISCUSSION</u>	<u>78</u>
1.	<u>Validité méthodologique.....</u>	<u>78</u>
1.1.	<u>Les limites de l'étude.....</u>	<u>78</u>

1.1.1	<u>La population étudiée.....</u>	<u>78</u>
1.1.2	<u>Les entretiens.....</u>	<u>78</u>
1.1.3	<u>La méthode analyse.....</u>	<u>79</u>
1.2.	<u>Les forces de l'études.....</u>	<u>80</u>
1.2.1.	<u>La population étudiée.....</u>	<u>80</u>
1.2.2.	<u>Les entretiens.....</u>	<u>81</u>
1.2.3.	<u>La méthode analyse.....</u>	<u>81</u>
2.	<u>Discussion des résultats.....</u>	<u>82</u>
2.1.	<u>Synthèse des résultats de l'étude.....</u>	<u>82</u>
2.2.	<u>La place de l'hypnose dans la pratique des médecins.....</u>	<u>83</u>
2.2.1.	<u>Organisation des séances.....</u>	<u>83</u>
2.2.2.	<u>Recrutement.....</u>	<u>83</u>
2.2.3.	<u>Publicité de leur pratique.....</u>	<u>84</u>
2.2.4.	<u>Application de l'hypnose en cabinet.....</u>	<u>85</u>
2.2.5.	<u>Pratiques associées.....</u>	<u>86</u>
2.2.6.	<u>Aspect financier.....</u>	<u>87</u>
2.3.	<u>L'impact sur les médecins : l'apport, leur confort et leurs difficultés.....</u>	<u>87</u>
2.3.1.	<u>Changement dans la pratique de médecin généraliste.....</u>	<u>87</u>
2.3.2.	<u>L'impact du point de vue personnels.....</u>	<u>88</u>
2.3.3.	<u>Les freins à la pratique.....</u>	<u>90</u>
2.3.4.	<u>Le manque de formation et de reconnaissance.....</u>	<u>90</u>
2.4.	<u>Les patients.....</u>	<u>91</u>
2.4.1.	<u>Autonomisation et responsabilisation des patients.....</u>	<u>92</u>
2.4.2.	<u>L'apport pour le patient.....</u>	<u>92</u>
2.4.3.	<u>Les patients demandeurs.....</u>	<u>93</u>
2.4.4.	<u>Les représentations.....</u>	<u>93</u>
2.4.5.	<u>La notion de confiance et de motivation au changement.....</u>	<u>94</u>
2.5.	<u>L'utilisation dans le cadre des troubles du sommeil.....</u>	<u>95</u>
2.5.1.	<u>Importance des demandes pour la prise en charge des troubles du sommeil.....</u>	<u>95</u>
2.5.2.	<u>Spécificité de prise en charge.....</u>	<u>96</u>
2.5.3.	<u>Amélioration rapide des troubles.....</u>	<u>97</u>
2.5.4.	<u>L'auto-hypnose.....</u>	<u>98</u>
2.5.5.	<u>Insomnie et anxiété.....</u>	<u>99</u>

2.5.6. <u>Les médicaments somnifères.....</u>	<u>99</u>
2.5.7. <u>L'apport du généraliste.....</u>	<u>100</u>
2.6. <u>L'évaluation de l'efficacité.....</u>	<u>101</u>
2.6.1. <u>Méthode d'évaluation.....</u>	<u>101</u>
2.6.2. <u>Sentiment d'efficacité.....</u>	<u>102</u>
2.6.3. <u>Déprescription médicamenteuse.....</u>	<u>102</u>
2.6.4. <u>Sécurité de la pratique.....</u>	<u>103</u>
<u>Cinquième partie : CONCLUSION</u>	<u>104</u>
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>108</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>120</u>

Liste des tableaux

TABLEAU N°1 : guide d'entretien..... 28

TABLEAU N°2 : questionnaire de caractérisation de la population..... 29

TABLEAU N° 3 : caractéristique de l'échantillon interrogé..... 32

TABLEAU N°4 : Durées des entretiens..... 33

ANNEXE :

- **TABLEAU N°5 : L'organisation pratique de l'utilisation de l'hypnothérapie dans la pratique des médecins généralistes interrogés..... 134**
- **TABLEAU N°6 : Les principes et les différentes techniques concernant l'hypnose médicale énoncés par les médecins au cours des entretiens.....141**
- **TABLEAU N°7 : Les aspects particuliers relatifs à la prise en charge des troubles du sommeil chroniques qui se dégagent des entretiens..... 155**
- **TABLEAU N° 8 : L'organisation pratique de l'utilisation de l'hypnothérapie dans la pratique des médecins généralistes interrogés..... 161**

Première partie : Introduction

Pour commencer, nous ferons un point sur la définition du sommeil accompagné d'un rappel sur les mécanismes principaux qui entre en jeu dans le cycle veille-sommeil. Après ces notions physiologiques, nous ferons la lumière sur la prévalence et l'impact des troubles du sommeil dans la population générale. Nous détaillerons ensuite les moyens thérapeutiques actuellement utilisés pour les traiter. Enfin, nous replacerons l'hypnose dans un contexte historique et scientifique afin d'introduire l'objectif principal de ce travail qui sera d'évaluer la pertinence de son utilisation dans les insomnies chroniques en médecine générale.

Physiologie du sommeil

Loin d'être une période de soustraction absolue au réel, d'abandon incontrôlable ou d'épisode de dangereuse vulnérabilité, le sommeil est aujourd'hui compris comme un temps d'intense activité physiologique permettant, grâce à des mécanismes précis, la restauration des fonctions essentielles du corps et de l'esprit.

Une **définition** du sommeil qui est ancienne mais qui reste valable serait : La diminution réversible naturelle et périodique de la perceptivité du milieu extérieur avec conservation d'une réactivité et conservation des fonctions végétatives (1).

Dr Tobler et Dr CAMPBELL (2) recense en 1984 au moins 6 critères pour dire qu'une espèce dort :

- L'animal dort dans un endroit particulier
- Il adopte une posture typique,
- Il est dans un état de repos physique,
- Son seuil de réveil est élevé,
- Il passe rapidement de la veille au sommeil
- La privation de sommeil pendant suffisamment longtemps entraîne une récupération de sommeil.

Grâce à l'observation comportementale et aux enregistrements électrophysiologiques de l'activité électrique cérébrale (EEG : électroencéphalogramme), des muscles posturaux (EMG : électromyogramme), des mouvements des yeux (EOG : électro-oculogramme) ainsi qu'à la compréhension des mécanismes neurophysiologique et hormonaux, les états de vigilance ont pu être définis.

Le cycle éveil-sommeil, chez la plupart des espèces, est sous la dépendance du rythme nycthéméral (le jour et la nuit). En isolement temporel, la période des rythmes est chez l'homme de 24,2 heures. Ces rythmes sont synchronisés sur 24 heures grâce à l'alternance lumière obscurité capté par les cellules ganglionnaires à mélanopsine de la rétine. Les expériences conduites sur des sujets isolés de la lumière du soleil durant plusieurs jours consécutifs montrent qu'une alternance veille-sommeil proche de celle vécue habituellement subsiste malgré tout. Le déclenchement du sommeil est donc un phénomène endogène qui est maintenu en l'absence de lumière. Ce rythme agit comme synchroniseur sur une horloge biologique interne située dans l'hypothalamus, au niveau des noyaux suprachiasmatiques qui reçoivent l'information lumineuse de la rétine (3). Cette horloge est aussi responsable de nombreux autres circuits qui contrôlent la synthèse d'enzymes et d'hormones grâce aux gènes de l'horloge (production de cortisol, d'ACTH, d'hormone de croissance...), mais aussi la température centrale (on s'endort à la défervescence thermique, on se réveille à la remontée de la température) et indirectement le rythme d'éveil et de sommeil (4).

La régulation du sommeil est aussi sous la dépendance de certains facteurs produits au cours de la journée (interleukine-1, prostaglandine D2, somatolibérine...), dont la pression favoriserait progressivement la survenue du sommeil. Parmi eux, l'adénosine jouerait un rôle central. Produit lors de l'éveil, son accumulation favoriserait le sommeil. En effet, elle inhiberait progressivement le fonctionnement cérébral jusqu'au déclenchement du sommeil. L'adénosine est ensuite progressivement éliminée au cours de la nuit (4).

L'induction du sommeil est également sous la dépendance hormonale de la mélatonine. Elle est produite en situation d'obscurité, en début de nuit, par la glande pinéale (ou épiphyse), située à l'arrière de l'hypothalamus. A l'inverse, lorsque les cellules rétinienne perçoivent la lumière, sa synthèse est inhibée. Lorsqu'elle est libérée en début de nuit, elle favorise le déclenchement du sommeil. Avec le vieillissement, la production de mélatonine est de moins en moins efficace (4, 5).

Puis vient **le sommeil** qui est une juxtaposition périodique de deux états : **le sommeil profond et le sommeil paradoxal**. L'EEG permet de distinguer quatre stades du sommeil lent ou synchronisé (1 à 4) selon la profondeur du sommeil jugée sur la présence plus ou moins importante d'ondes lentes (0,5-4 Hz) de grand amplitude (300 μ V). Il dure 60 à 75 minutes. C'est au cours du sommeil profond que sont sécrétées l'hormone de croissance et la prolactine indispensables au cours du développement de l'enfant. En plus de la libération d'hormone de croissance pendant le sommeil à ondes lentes, plusieurs autres changements hormonaux importants cités précédemment survenant pendant le sommeil soulignent l'importance du

sommeil dans l'homéostasie physiologique. Puis survient le sommeil dit paradoxal car il associe des signes de sommeil profond (atonie musculaire, seuils d'éveil élevés) et des signes d'éveil (EEG rapides, mouvements oculaires, respiration irrégulière). Certains signes sont continus pendant toute la durée du sommeil paradoxal, comme l'activité EEG rapide et l'atonie musculaire, d'autres sont phasiques, comme le mouvement des yeux et des extrémités des membres. Il a une durée moyenne de 15 à 20 minutes. C'est au cours du sommeil paradoxal que survient préférentiellement le rêve. Ainsi un cycle de sommeil dure environ 90 minutes. Après un bref éveil, un autre commence. Au cours d'une nuit 3 à 5 cycles de sommeil peuvent se succéder, selon la durée du sommeil (4, 6).

Le sommeil s'accompagne d'une **modification de la tension artérielle et du rythme cardiaque ainsi que de la température centrale**. Au cours du sommeil lent la respiration devient lente et régulière, la pression artérielle diminue par bradycardie sans modification des résistances périphériques, les variations de la fréquence cardiaque liées à la respiration sont plus amples et plus lentes. Au cours du sommeil paradoxal, on observe une très grande variabilité des paramètres cardio-respiratoires, avec une dépression de l'efficacité de tous les systèmes régulateurs. En effet, la stimulation du noyau amygdalien ne provoque plus de modification tensionnelle. Il y a aussi une absence de thermorégulation par dépression du contrôle hypothalamique. De plus, le tonus sympathique est déprimé entraînant une vasodilatation périphérique, mais il existe cependant une vasoconstriction au niveau des muscles striés. Les réflexes issus des barorécepteurs sino-carotidiens semblent les seuls réflexes permettant la régulation homéostatique de la tension artérielle au cours du sommeil paradoxal (4, 6).

La **durée de sommeil** permettant un fonctionnement optimal est variable en fonction des individus, et peut aller de 5 à 9 heures. Le temps de sommeil moyen des 15-85 ans est de 7h13, plus élevé chez les femmes (7h18) que chez les hommes (7h07) (7). Le sommeil varie au cours de la vie : le sommeil lent est plus profond durant la croissance, jusque vers l'âge de 20 ans environ. A mesure que l'on vieillit, celui-ci devient minoritaire et laisse la place à un sommeil lent, plus léger, expliquant l'augmentation des troubles du sommeil avec l'avancée en âge. Parallèlement, le sommeil paradoxal est plus long dans les premières années de vie. Sa durée se réduit à l'âge adulte (7, 8).

Cependant, l'évolution générale par l'accélération des rythmes de vie liée aux contraintes sociales fait de l'hyperactivité une valeur positive, (gain de temps et productivité accrue) et nombre de personnes verraient ainsi se creuser l'écart entre le besoin réel de sommeil et le temps qui lui est effectivement consacré (8).

L'insomnie

Après cette définition synthétique de la physiologie du sommeil, nous ferons la lumière sur ses troubles. Les définitions de l'insomnie sont multiples mais elle pourrait se définir comme « le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associés à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches ».

Les **critères généraux de l'insomnie** chronique selon l'International Classification of Sleep Disorders-version 3 de 2014 (ICSD-3) sont les suivants : (9)

Les critères A à F doivent être remplis

A. Le patient rapporte, ou son parent ou son soignant observe, un ou plusieurs des éléments suivants :

1. Difficulté à initier le sommeil
2. Difficulté à dormir
3. Se réveiller plus tôt que souhaité
4. Résistance à se coucher à un horaire approprié
5. Difficulté à dormir sans l'intervention d'un parent ou de son responsable

B. Le patient signale, ou son parent ou son soignant observe, un ou plusieurs des problèmes suivants liés à la difficulté de dormir la nuit :

1. Fatigue / malaise
2. Attention, concentration ou altération de la mémoire
3. Performance sociale, familiale, professionnelle ou académique altérée
4. Troubles de l'humeur / irritabilité
5. Somnolence diurne
6. Problèmes de comportement (par exemple, hyperactivité, impulsivité, agression)
7. Motivation / énergie / initiative réduite
8. Tendance aux erreurs / accidents
9. Préoccupations ou insatisfactions concernant le sommeil

C. Les plaintes rapportées sur le sommeil / réveil ne peuvent pas être expliquées simplement par une quantité insuffisante (c'est-à-dire que suffisamment de temps est consacré au sommeil) ou des conditions inadéquates (l'environnement est sûr, sombre, calme et confortable) pour dormir.

D. Les troubles du sommeil et les symptômes associés pendant la journée se produisent au moins trois fois par semaine

E. Les troubles du sommeil et les symptômes associés pendant la journée sont présents depuis au moins trois mois.

F. La difficulté sommeil / éveil n'est pas expliquée plus clairement par un autre trouble du sommeil

En ce qui concerne la **prévalence de l'insomnie**, il s'agit de données subjectives et déclaratives, car il n'existe pas de données objectives sur l'épidémiologie de l'insomnie. Les données varient en fonction des définitions adoptées pour l'insomnie.

Selon le Baromètre santé 2010 réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'insomnie chronique affecte 15,8 % des 15-85 ans : 19,3 % des femmes et 11,9 % des hommes. Quel que soit l'âge, les femmes sont plus souvent insomniaques que les hommes (7).

Les insomnies ponctuelles ou transitoires sont fréquentes : elles sont généralement liées à un évènement ou un comportement perturbant (stress, déprime, repas copieux, douleur, consommation d'excitants...). Elles durent une ou quelques nuits et finissent par être résolues avec la disparition du facteur déclenchant.

En revanche, lorsque les insomnies surviennent plus de trois fois par semaine depuis au moins trois mois, on parle d'insomnie chronique. Elle est qualifiée de sévère lorsque les symptômes sont prolongés et ont un retentissement important sur la vie quotidienne. C'est le cas chez 5 à 15 % de la population adulte (7). Une étude auprès de 12778 adultes en France de 2000 retrouve 9% présentant une insomnie sévère (8).

Cliniciens et patients s'accordent pour considérer le sommeil comme un facteur d'équilibre ainsi que de bonne santé au quotidien et la plupart des médecins généralistes affirment également considérer le mauvais sommeil comme un **problème majeur de santé publique**, représentant une part importante de leur patientèle (11, 12, 13). Une étude du Dr SIGNORET en 2012 sur l'évolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de

maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010 retrouve l'insomnie au 15^{ème} rang des motifs de consultation les plus fréquentes (14).

Plus le sujet est approfondi, mieux on perçoit le **rôle déterminant** du sommeil dans l'humeur, la croissance, la maturation cérébrale, la mémoire, l'équilibre alimentaire, mais aussi la part considérable qu'il prend dans l'émergence de maladies psychiatriques tels que la dépression majeure, des troubles anxieux ou une addiction (15, 16). Il est aussi établi qu'une durée trop courte de sommeil est associée à un risque élevé de survenue de **maladies métaboliques** (diabète, obésité) et de **maladies cardiovasculaires** (17, 18, 19). D'autre part, les insomniaques auraient un risque accru d'accidents de la route (20, 21). Un décès sur trois sur la route est ainsi lié à un endormissement au volant. Les conséquences de ces troubles du sommeil au travail sur l'absentéisme, le risque d'erreurs et d'accidents ont aussi été montrées (22, 23, 24). Son influence sur les comportements est donc vaste et peut retentir gravement sur la qualité de vie de l'individu comme sur la société (11, 24, 25).

Cependant, seulement un tiers des patients insomniaques consultent un professionnel de santé pour ce motif, et le plus souvent un médecin généraliste (26). En effet, les insomniaques sont très peu enclins à consulter pour leurs troubles : 53 % des insomniaques sévères ont déjà consulté un médecin pour leur insomnie, 18 % des insomniaques non sévère et 47 % ont profité d'une consultation pour parler de leur problème de sommeil sans consulter spécifiquement pour ce problème (26, 28).

L'étude réalisée auprès de 6043 médecins généralistes montrait alors un **besoin de connaissance important** dans ce domaine puisque 62,2 % des médecins avaient déclaré une nécessité d'information au sujet de ces outils (13).

C'est aussi devant ce constat d'un niveau insuffisant de connaissances communes sur le sommeil en France que le ministère de la Santé et des Solidarités a demandé un rapport sur le sommeil en décembre 2006 (10).

La **prescription d'hypnotiques** est alors la réponse la plus fréquente et 90% du temps cette prescription est faite par les médecins généralistes étant les premiers recours aux soins (31). La durée de l'insomnie conditionnait les attitudes thérapeutiques comme le montre une étude de l'Institut du Sommeil et de la Vigilance de 2005 avec des prescriptions chez 97,6 % des patients ayant des troubles du sommeil depuis plus de 3 semaines (insomnie chronique), chez 84,6 % de ceux pour qui l'insomnie datait de 1 à 3 semaines (insomnie transitoire) et chez 42,0 % seulement de ceux dont les insomnies étaient juste ponctuelles (insomnie occasionnelle) (11, 12, 27).

Leur utilisation n'est pourtant préconisée que dans les insomnies aiguës et transitoires sans dépasser quatre semaines (11), ce qui s'étend souvent sur des plus longues périodes pouvant évoluer après vers un risque de dépendance et de mésusage (29, 31). Chez les personnes débutant un traitement, près de 52 % sont exposés plus de 2 ans à une benzodiazépine anxiolytique et hypnotique, chiffre relevé sur un suivi de 5 ans, rapporté par l'état des lieux sur la consommation de benzodiazépine en 2012 (31). Cependant, il est important de préciser que la prescription d'hypnotique est plus accessible que les thérapies non médicamenteuses étant moins chronophage, plus accessible et remboursée (10, 11, 30).

Les benzodiazépines et molécules apparentées

Ces dernières années, de nombreuses études ont montré l'effet délétère des hypnotiques et anxiolytiques prescrits en grande quantité dans les pays occidentaux (31). Les benzodiazépines ou apparentés aux benzodiazépines sont des substances classées en tant que psychotropes, agissant sur l'état du système nerveux central en modifiant certains processus cérébraux. L'utilisation prolongée entraîne une accoutumance et une pharmacodépendance à l'origine d'une forte addiction physique et psychique, exposant les patients à un risque élevé de consommation chronique, mésusage et de syndrome de sevrage à l'arrêt (31, 32, 33, 34). La dépendance physique se manifesterait surtout par l'apparition d'insomnie de rebond suite à l'arrêt de la médication. De nombreux autres effets secondaires ont été corrélés à l'utilisation chronique de ces médicaments, tels que des troubles de la mémoire, l'augmentation du risque de chute et de fractures, le risque d'accident de la route et une augmentation du risque de dépression sévère. Une association entre la prise de benzodiazépines au long cours et la survenue d'une démence a aussi été décrite (31, 35-40).

La surconsommation de ces médicaments est actuellement un problème de santé publique en France. La France se situe en Europe au 2ème rang de la consommation de benzodiazépines avec 13,4 % de la population française ayant eu au moins un remboursement de benzodiazépines en 2015, exposant donc les patients à de nombreux effets secondaires délétères d'une part et entraînant des dépenses importantes des caisses d'assurance maladie d'autre part (118 millions d'Euros soit 0,6% des ventes de médicaments réalisées en France) (29, 31). Les données de vente en ville indiquent que 64,6 millions de boîtes de benzodiazépines anxiolytiques ont été vendues en 2015 et 46,1 millions de boîtes d'hypnotiques. Il est aussi important de noter que près de 82% des prescriptions de benzodiazépines sont initiées par des médecins généralistes.

Bien que les généralistes soient au fait des effets nocifs des anxiolytiques et hypnotiques, la demande des patients pour renouveler leur traitement ou une prescription ainsi que le manque

d'accès et d'information à des thérapeutiques alternatives, limite la déprescription des benzodiazépines et apparentés (13, 30, 42, 43).

Ainsi, depuis 2008, l'ANSM, l'HAS et la SFTG (11, 41, 42, 43) ont fait de ce problème une priorité en développant la lutte contre la consommation chronique des benzodiazépines, par la volonté d'un accès favorisé aux thérapies non médicamenteuses en première intention. La consommation de benzodiazépines a globalement diminué depuis 2000 grâce aux mesures mises en place pour améliorer le bon usage et maîtriser la consommation mais celle-ci reste encore nettement trop importante (31).

Il existe des alternatives non médicamenteuses dans l'insomnie. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont le traitement de première intention dans l'insomnie chronique, après avoir rappelé les règles d'hygiène du sommeil qui ont aussi une part très importante dans la prise en charge (11). Elles mettent l'accent sur les facteurs psychologiques et comportementaux jouant un rôle dans le maintien du trouble.

Bien que l'efficacité à long terme de la TCC pour l'insomnie soit bien étayée grâce à des études contrôlées (46, 47, 48), son application est limitée par le risque d'abandon retrouvé dans une étude de 2012 principalement dû à la restriction de sommeil (47). Elle montre néanmoins une efficacité qui justifie son indication en première intention. En parallèle des TCC, les médecines alternatives et complémentaires gagnent en popularité pour améliorer le sommeil (49). L'hypnothérapie est considérée comme potentiellement bénéfique pour les patients souffrant d'insomnie car elle offre des méthodes pratiques permettant de gérer l'anxiété, d'améliorer la relaxation en profondeur, de réduire la suractivité cognitive et de susciter une excitation sympathique associée à des préoccupations anxieuses via la relaxation et l'imagerie (50, 51, 52).

L'hypnose

Le mot « hypnose » est cependant un mot chargé de connotations qui depuis son apparition est sujet à controverses. Un grand nombre de personnes n'ont pas connaissance de son efficacité et de son utilisation thérapeutique. Pourtant, de plus en plus de médecins, dentistes, chirurgiens et autres professionnels de santé l'utilisent comme outil de travail.

L'hypnose est une pratique qui s'est développée dans le milieu médical depuis le 18^{ème} siècle, mais l'utilisation de l'état hypnotique est beaucoup plus ancienne, et ce dans toutes les cultures. Des manuscrits cunéiformes sumériens âgés de plus de 6000 ans montrent des méthodes utilisant les états modifiés de conscience pour soigner (53).

Des grands noms de l'histoire de l'hypnose moderne tel que Franz Antone MESMER (1734-1815), Amand Marie Jacques de Chastenet de PUYSEGUR (1751-1825), puis Ambroise Auguste LIÉBEAULT (1825-1904), Hippolyte BERNHEIM (1840-1919) de l'école de Nancy et Jean Martin CHARCOT (1825-1893) de l'école de la Salpêtrière ont fait évoluer les principes de l'hypnose au XVIIIe siècle passant par les principes de fluide, de magnétisme et de suggestion directe (53, 54). Même Sigmund FREUD (1856-1939), après avoir observé Charcot lors de ses séances à la Salpêtrière en 1885, pratiqua aussi l'hypnose pendant un temps avant de l'abandonner, mais il utilisera ces concepts afin d'entreprendre ses théories sur l'inconscient.

Cependant, au début du XXe siècle, l'hypnose connaît en France un déclin important mal expliqué. C'est au même moment qu'aux États-Unis, Milton H. Erickson (1901-1980), psychiatre américain, incarne le renouveau de l'hypnose médicale. Il considérait chaque individu comme unique et voyait l'hypnose comme un moyen donné à la personne de potentialiser ses ressources pour changer. Son travail se retrouvait alors en opposition avec les notions de fluides, de magnétisme, d'emprise et de suggestion directives rattachés à l'hypnose des siècles passés (55). Son approche originale était liée en partie à son expérience personnelle. A l'adolescence, il fût victime d'une poliomyélite suite à laquelle il eut des séquelles neurologiques moteurs et sensitifs importants. Les techniques de rééducation traditionnelle furent un échec. A partir d'un fort sens de l'observation, M. H. Erickson développa des stratégies mentales de type auto-hypnotique qui lui permettront de retrouver une certaine autonomie.

De la transe hypnotique profonde à la simple suggestion conversationnelle, la communication devient alors un outil thérapeutique. Il élaborait des techniques privilégiant l'utilisation de métaphores. Sa stratégie se fonda sur les éléments suivants :

- L'identification des motivations et des ressources du patient.
- La connaissance de son langage, verbal et non verbal, et de ses valeurs afin de rencontrer le patient dans son propre cadre de référence.
- La mobilisation des ressources en utilisant le langage du patient et les valeurs du patient.
- La création d'un lien, le plus souvent indirect ou métaphorique, entre les ressources et les problèmes à résoudre.
- L'acceptation des résistances du patient comme un « style » relationnel et la capacité à utiliser ces résistances à des fins thérapeutiques (56, 80).

Il créa en 1957 l'American Society of Clinical Hypnosis. Depuis 40 ans, des instituts d'hypnose éricksonienne et des fondations se sont développés dans le monde, notamment en France où ce modèle est encore aujourd'hui le plus pratiqué. Jean Godin, fondateur du premier Institut Milton Erickson, avec Jacques-Antoine Malarevicz ont introduit en France les théories éricksonienne dans les années 1980 (57).

Ainsi, Jean Godin (53) a défini l'hypnose comme « *un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. « Ce débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain lâcher-prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient.* Le Larousse (53) définit l'hypnose comme « *État de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion* ». Enfin, comme le résume le Dr BIOY (54), l'hypnothérapie peut aussi se définir comme « *état modifié de la conscience* » servant d'expérience subjective à un sujet en relation avec un praticien, observable, mais difficilement mesurable objectivement, dans le but d'apporter une solution à un problème posé par le patient.

Aujourd'hui, l'hypnose recouvre un ensemble de pratiques différentes : hypnosédation, hypnoalgésie contre la douleur et hypnothérapie utilisé pour de multiples indications comme l'explique le rapport de l'INSERM de 2015 concernant l'hypnose (58). Les formations à l'hypnose sont aussi très hétérogènes. Il existe une douzaine de formations universitaires, à ce jour non reconnues par l'Ordre des médecins. Il existe également de nombreuses formations associatives et privées. Certaines sont réservées aux professions médicales ou de santé, et d'autres sont accessibles à tout le monde. Le statut d'hypnothérapeute est non réglementé ce qui entraîne une pratique très hétéroclite.

Les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans l'hypnose sont encore régulièrement étudiés. Les résultats issus de ces études ont permis en évidence un effet neurophysiologique en lien avec la transe hypnotique, indépendant de l'effet placebo, mais ils ne permettent pas encore d'expliquer complètement le phénomène (57, 59). En effet, le développement des techniques d'imagerie fonctionnelle a permis de mettre en évidence une baisse d'activité du réseau du mode par défaut qui soutient la conscience interne permettant ainsi de confirmer que l'état hypnotique est un état modifié de conscience. Le réseau du mode par défaut désigne un réseau constitué des régions cérébrales actives lorsqu'un individu n'est pas focalisé sur le monde

extérieur, et lorsque le cerveau est au repos, mais actif (60, 61). De plus, les modifications d'activités au niveau du cortex cingulaire antérieur permettent d'affirmer que l'état hypnotique peut moduler les ressentis, en particulier les émotions telles que la douleur ou bien l'anxiété (62, 63). Enfin, il est aussi établi que l'hypnose n'est pas un état de sommeil particulier contrairement à ce que pourrait laisser entendre son étymologie grecque (« hypnos » qui est le dieu du sommeil). L'altération de l'état de conscience produite lors de la transe hypnotique ressemble davantage à une rêverie détendue qu'à un sommeil (64). L'électroencéphalogramme de l'hypnose ne montre aucun des ralentissements de l'électroencéphalogramme typiques du sommeil, bien que des mouvements oculaires lents et roulants soient fréquents en association avec la visualisation pendant un état hypnotique.

Il existe une vingtaine d'études cliniques et revues de la littérature qui ont été recueillies et analysées dans un rapport de l'Inserm en juin 2015 visant l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose (58). Elles ont eu pour but d'évaluer l'efficacité de l'hypnose dans certaines de ses indications : hypnosédation, hypnoanalgésie, pathologies fonctionnelles, psychiatriques (addictions, stress post traumatique). Les résultats sont variables et la qualité méthodologique de certaines études est discutable mais il existe néanmoins suffisamment d'éléments pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel.

Malgré le fait que l'hypnothérapie semble aussi montré de bons résultats dans les études concernant la prise en charge des troubles du sommeil (66-79), les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ou les médecins l'utilisant ont du mal à être traduits de manière quantitative à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. En effet, la réalisation d'un essai contrôlé randomisé en double aveugle s'avère compliqué. D'une part, due à la difficulté de standardisation. Mais aussi dans le choix de la méthode contrôle ou placebo pour respecter l'étude en aveugle qui présente de nombreuses difficultés relatées dans l'article du Dr STEWART de 2005 (79).

Nous pouvons alors nous questionner sur le sens de la standardisation si celle-ci conduit à évaluer une intervention qui n'est pas celle qu'on pratique « en vie réelle ». Par conséquent, les études cherchant à évaluer l'effet clinique de l'hypnose obligent à repenser les standards méthodologiques classiques comme le conclut aussi la revue de l'INSERM citée précédemment ainsi que le Dr RAINERI dans une étude concernant l'hypnose en consultation de médecine générale de 1997 (80). On se rend compte que des études qualitatives faites dans de bonnes conditions apportent un point de vue subjectif essentiel compte tenu des cibles thérapeutiques de l'hypnose et permet d'avoir un aperçu des phénomènes en jeu dans la pratique (90). La

recherche qualitative est donc une méthode de recherche particulièrement intéressante en soins primaires.

Notre choix a donc été de faire une étude qualitative phénoméno-pragmatique afin d'explorer et d'analyser l'expérience vécue des praticiens, leurs représentations, leurs comportements en santé à partir d'un verbatim recueilli par entretiens semi-directifs.

Cette approche phénoméno-pragmatique se présente à la fois comme méthode d'analyse et comme cadre théorique adapté à la compréhension des faits observés en médecine générale. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer car elle permet un abord global de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (90). L'approche phénoménologique incluant un regard sur l'intersubjectivité mobilisée en hypnose permet d'aller au-delà de la simple question de l'efficacité et d'aborder aussi les effets de l'hypnose et sa dynamique de travail.

La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance. La recherche qualitative consiste à recueillir des données permettant une démarche interprétative des comportements afin d'explorer et émettre des hypothèses alors que de son côté, la recherche quantitative essaie de quantifier ou de mesurer ces hypothèses. Il semble donc pertinent d'avoir recours à des études qualitatives dans un premier temps, afin de préciser des critères de jugement appropriés pour la réalisation d'études quantitatives qui apprécieraient objectivement ces résultats chaque fois que cela est possible.

Plusieurs études ces dernières années réalisées par des confrères et collègues ont cherché à déterminer les représentations de l'hypnose en médecine générale que ce soit du point de vue du praticien ou du point de vue des patients (81-89). Aucune n'a traité spécifiquement de la prise en charge des troubles du sommeil qui comme on l'a dit précédemment occupe une part non négligeable de l'activité en médecine générale.

À la lumière des informations recueillies au cours de la recherche bibliographique, le choix du sujet de cette thèse fut donc dicté par l'objectif principal d'explorer l'intérêt ainsi que l'usage de l'hypnose pour traiter les troubles du sommeil chroniques du point de vue des médecins généralistes d'Ile-de-France formés à l'hypnose. Ce dernier aura aussi pour but de renseigner sur les méthodes d'applications pour la patientèle de médecine générale ainsi que de définir les méthodes d'évaluation de la pratique et l'efficacité ressentie par les praticiens.

Les objectifs secondaires de l'étude ont été de déterminer la façon dont les médecins généralistes formés à l'hypnose médicale utilisent cette technique dans leur pratique, de mettre

en évidence la variabilité de pratique d'un médecin à l'autre et d'explorer le confort et les difficultés rencontrés.

Deuxième partie : MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. La population

1.1. Critères de sélections

Pour le corpus de l'étude, les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste exerçant en libéral en Ile-de-France et formé à l'hypnose médicale.

Ont donc été exclus de l'étude, les médecins non généralistes pratiquant l'hypnose tel que les psychiatres, les médecins n'exerçant pas en libéral, les médecins non thésés et de toute évidence les médecins ne pratiquant pas l'hypnose.

Notre objectif a été d'avoir un échantillon de variation maximale en termes de sexe, âge, type d'exercice, zone d'exercice, nature de la formation à l'hypnose.

1.2. Recrutement

A ce jour, il n'existe pas de recensement national des médecins hypnothérapeutes exerçant en libéral. Certaines associations ou instituts proposent des annuaires référençant les praticiens facilitant la recherche d'un praticien en hypnose mais le choix a été de ne pas privilégier tel ou tel type de formation pour ne pas limiter la diversité. La recherche a été étendue à toute l'Ile-de-France.

Les médecins contactés en premier ont été trouvés sur des sites de recherche tel que *Google* puis contactés par téléphone ou par mail. Le contenu du mail était le suivant : thème de l'étude, durée relative de l'entretien et la raison pour lesquels ils remplissaient les critères de sélection. 25 médecins ont été contactés. 8 ont répondu positivement suite à quoi un rendez-vous a été fixé pour effectuer l'entretien. Ensuite, le reste des médecins recrutés s'est fait de proche en proche en demandant aux médecins déjà interrogés.

1.3. Caractéristique de l'échantillon

L'échantillon ne prétend pas être représentatif de la population de médecins généralistes pratiquant l'hypnose.

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

La population recrutée compte donc quatorze médecins. Elle comprend deux femmes et douze hommes.

2. Déroulement des entretiens

2.1. La méthode de l'entretien

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

Les entretiens se sont déroulés au cabinet des participants, chez les participants ou dans des lieux publics. Un des entretiens a été réalisé au téléphone suite à des contraintes d'organisation. Les entretiens se sont tous passés dans un climat de confiance, de respect mutuel et de bienveillance. L'objectif a été d'adopter une attitude neutre et respectueuse.

Les discussions ont été enregistrées avec à chaque fois l'accord des médecins. Il n'y a eu aucun refus d'enregistrement. Des notes étaient prises en parallèle pour relever ce qui n'était pas enregistrable tel que les expressions non verbales.

Les enregistrements se sont faits à l'aide d'un enregistreur vocale. Un entretien n'a pas pu être enregistré suite à un problème technique. Cet entretien n'a pas été inclus dans l'étude.

La confidentialité et l'anonymat des données recueillies ainsi qu'un rappel du cadre conceptuel de l'étude étaient énoncés au début de chaque entretien.

2.2. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été établi et utilisé pour énumérer les différents thèmes à aborder durant la rencontre. Il a été rédigé afin d'avoir une trame de questions ouvertes, cohérentes avec les objectifs de la thèse, les plus neutres possible, simples et faciles à comprendre afin de donner au sujet interrogé la plus grande liberté de parole.

Deux entretiens non enregistrés avec deux médecins volontaires ont été réalisés pour évaluer la cohérence des questions ainsi qu'avoir une idée de la durée de l'entretien.

Ce guide a aussi été adapté après chacun des entretiens afin de mieux orienter la discussion à la question initiale et aborder des sujets qui n'avaient pas été repérés initialement.

Toutes les questions n'ont pas été posées dans tous les entretiens sachant que d'une part le guide s'est adapté au fur et à mesure et que ce dernier sert uniquement de trame pour orienter la discussion mais pas de questionnaire à proprement parlé.

Le guide d'entretien final était :

TABLEAU N°1 : guide d'entretien

- Pour commencer, en quelques mots, quelle est la place de l'hypnose dans votre pratique ?
- Quel est le parcours du patient jusqu'à une consultation d'hypnose pour traiter les troubles du sommeil ? (Relance éventuelle : A qui proposez-vous cette thérapie ? Quel est leur motif de consultation ? Comment montrez-vous que vous faites de l'hypnose ? Comment définiriez-vous la patientèle qui s'adresse à vous ? Quelle est la fréquence des demandes d'hypnothérapie pour les troubles du sommeil ?)
- Combien de temps en moyenne consacrez-vous à la prise en charge de ces troubles pour un patient ? (Relance éventuelle : Combien de temps dure une consultation ? Combien de séances proposez-vous ? Comment espacez-vous les séances ?)
- Dans quel contexte organisez-vous les séances ? (Relance éventuelle : Où est-ce que vous pratiquez l'hypnose ? Sous quel format se déroule les séances ?)
- Quels sont pour vous les principes de l'hypnose médicale ? (Relance éventuelle : Comment définiriez-vous l'hypnose ? Comment vous positionnez-vous en tant qu'hypnothérapeute ? Qu'est-ce que cela implique pour le patient ?)
- Pouvez-vous me décrire sans trop entrer dans les détails quels méthodes ou techniques utilisées pour prendre en charge les troubles du sommeil ? (Relance éventuelle : Pouvez-vous me donner des exemples de métaphores spécifiques ? Comment définiriez-vous l'utilisation de l'hypnose conversationnelle dans vos prises en charge ? Comment se déroule les inductions ?)
- Utilisez-vous différentes techniques en fonction du type d'insomnie ? (Relance éventuelle : dans les insomnies d'endormissement, les réveils nocturnes ou les cauchemars ?)
- Quelle place à l'apprentissage de l'autohypnose dans cette prise en charge ? (Relance éventuelle : Sous quelle forme et à quel rythme la proposez-vous ? Comment la proposez-vous au patient ? Qu'elle est l'adhérence à ces méthodes chez les patients ?)
- Comment décririez-vous l'efficacité de ces multiples applications de l'hypnothérapie sur les troubles du sommeil et comment l'évaluez-vous ? (Relance éventuelle : Quel moyen utilisez-vous pour l'évaluer ? Comment décririez-vous l'impact sur la prescription en somnifère ? Quel est votre ressenti lorsque les patients ne reviennent pas ? Quel est votre ressenti sur l'avis des patients suite à cette prise en charge ainsi que sur ce que ça leur apporte ? Quelle importance accordez-vous à cette évaluation dans votre pratique ?)
- Comment décririez-vous votre confort dans la pratique de l'hypnose ainsi que vos difficultés dans cette prise en charge ? (Relance éventuelle : Que vous a apporté cette pratique ? Comment définiriez-vous la satisfaction dans votre exercice ? Qu'est-ce qui représente pour vous un frein ? Quel est votre ressenti sur l'avis des patients concernant l'hypnose ?)
- Pourriez-vous me raconter brièvement un exemple de cas dans lequel vous avez utilisé l'hypnose dans le cadre de trouble du sommeil ?
- Que pourriez-vous ajouter sur le sujet que l'on n'aurait pas abordé ?

2.3. Le questionnaire d'échantillonnage

Un questionnaire préalable aux entretiens enregistrés a été rempli avec les médecins afin de recueillir des caractéristiques de la population étudiée.

TABLEAU N°2 : questionnaire de caractérisation de la population

<u>Questionnaire d'informations de l'échantillon des médecins interrogés :</u>
- Sexe
- Age
- Lieu et type d'exercice
- Durée d'exercice de la médecine générale
- Quelle formation d'hypnose
- Nombre d'année de la pratique de l'hypnose
- Autres spécificités d'exercice : DU, échographie, médecine du sport, etc...

3. Analyse des résultats

3.1. Retranscription des entretiens

Les outils utilisés pour la retranscription étaient : Le Digital Voice Recorder Evidia, un ordinateur personnel, le logiciel Word ainsi que le logiciel de codage NVIVO.

Les données enregistrées ont été strictement retranscrites mot à mot en « verbatim ». Cette technique permet d'obtenir l'ensemble du discours de la personne interrogée. Les messages non verbaux ont également été précisés tels que les pauses, les silences, les rires, les gestes, etc. Les silences ont été notés par des points de suspension et les pauses longues ont été notées « (pause) »

La retranscription a été réalisée en continu dans les plus brefs délais après chaque entretien. Cela a permis d'obtenir une transcription la plus fidèle possible des propos de la personne interrogée, l'adaptation du guide d'entretien ainsi que de se rendre compte lorsque la saturation des données a été atteintes.

Les retranscriptions ont été envoyés aux participants afin de les valider, de les tenir informés de ce qui allait paraître dans l'étude et de faire éventuellement émerger des idées nouvelles.

3.2. Le codage

Ensuite, chaque entretien a été relu de façon attentive en relevant au moyen du logiciel NVIVO tous les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant un thème. Certains thèmes étaient attendus du fait de la trame d'entretien tandis que certains thèmes sont apparus au cours de ce codage.

Afin d'augmenter la validité du codage, un deuxième codage indépendant a été réalisé.

L'anonymat des médecins a été préservé en leur attribuant une lettre correspondante à l'ordre alphabétique de leur nom.

3.3. Le regroupement en thèmes

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

Une analyse verticale (dans chaque entretien) et horizontale (en comparant les différents entretiens) ont été réalisées jusqu'à l'émergence d'un arbre thématique de thèmes et sous thèmes. Pour chaque sous-thème, un résumé des informations recueillies a été effectué accompagné de citations des entretiens sélectionnées pour illustrer au mieux l'idée exprimée. Cet arbre thématique représente le plan utilisé dans les résultats.

Un recueil exhaustif des codages sera mis en annexe plutôt que dans les résultats afin de faciliter la lecture du manuscrit de thèse.

Enfin une analyse a été faite afin de dégager les similitudes et les variations dans les différents concepts et opinions exprimés puis de chercher les éléments pouvant les expliquer.

Troisième partie : RESULTATS

1. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE

Dans cette première partie nous allons exposer les caractéristiques de l'échantillon dans un tableau regroupant les données recueillies par le biais du questionnaire d'échantillonnage.

Tableau N° 3 : caractéristique de l'échantillon interrogé

Méd.	Sexe	Age	Durée pratique médecine générale	Lieu d'activité	Mode d'exercice	Formation à l'hypnose	Durée de pratique de l'hypnose	Autres formations
A	M	67 ans	40 ans	Semi-rural	En groupe secteur 1	ChangementS avec le Dr SIMON Victor	20 ans	Nutritionniste, expertise juridique addictologie, PNL, entretien motivationnel
B	M	69 ans	42 ans	Urbain + hospitalier	Seul Secteur 1	Par le Pr CHERCHEVE Raphaël et Dr GODIN jean	40 ans	acupuncture
C	M	30 ans	1 an	urbain	Remplaçant secteur 1	UNAFORME C Paris	3 ans	/
D	M	59 ans	30 ans	Semi-rural	Clinique Secteur 1	DU Paris VI, IFH, module à la Pitié Salpêtrière	7 ans	Ostéopathe, posturologie, mésothérapie, soins palliatifs, médecin expert
E	M	62 ans	35 ans	Semi-rural	Seul Secteur 1	AFHYP	30 ans	Médecine du sport, médecine tropicale, thérapie systémique
F	M	68 ans	33 ans	Urbain	Groupe Secteur 1	IFH	30 ans	Médecine tropicale
G	F	57 ans	33 ans	Urbain	Groupe Secteur 1	DU pitié salpêtrière, AFEHM	6 ans	/
H	M	54 ans	14 ans	Urbain	Groupe Non convention né	IFH	21 ans	Capacité de médecine du sport, psychothérapie
I	M	58 ans	30 ans	Semi-Rural	En groupe Secteur 2	IME de Lyon, Doutrélugne MG en Belgique, Institut Mimethys avec le Dr BARDOT Éric	12 ans	sexologie
J	F	54 ans	15 ans	Urbain	En groupe Secteur 1	DU pitié-salpêtrière	4 ans	Capacité d'évaluation et traitement de la douleur
K	M	57 ans	18 ans	Urbain	En groupe Secteur 1	IME de Lyon, UNAFORME C Ile de France	17 ans	EMDR

L	M	48 ans	3 ans	Urbain	Cabinet médical de groupe Secteur 1	UNAFORME C Ile de France IME Lyon	6 mois	DU échographie, DU soins palliatifs, Biomathématique, Infectiologie
M	M	56 ans	27 ans	Rural	Seul Secteur 1	IME de Lyon	5 ans	Médecine thermique, ostéopathie, PNL
N	M	67 ans	3 ans	Urbain	Groupe Secteur 1	DU Paris Sud	2 ans	DU psychosomatique, diplôme de pharmacie

AFEHM : Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale

AFHYP : Association Française d'Hypnose

IME : Institut Milton Erickson de Lyon

2. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés du mois de mai à novembre 2018. La population est composée de 14 médecins généralistes. La durée a été comprise entre 20 minutes et 58 min avec une moyenne des entretiens de 35,8 minutes. Trois entretiens ont été réalisés au domicile des praticiens, deux entretiens ont été réalisés dans un café, un entretien a été réalisé au téléphone et les huit autres ont été réalisés dans le cabinet des médecins interrogés. Tous les médecins ont accepté que l'entretien soit enregistré. Deux entretiens ont été interrompus au milieu et repris 15 minutes après à cause de contraintes professionnelles. La saturation des données a été atteinte après 12 entretiens, c'est à dire qu'il n'y avait plus de nouvelles données au cours des entretiens qui n'avaient jamais été abordées. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation.

Un entretien a été réalisé mais n'est pas présent dans la retranscription dû à un problème d'enregistrement qui n'a pas permis de récupérer les informations de cet entretien.

Parmi les 14 médecins interrogés, il y avait 2 femmes et 12 hommes âgés de 30 à 68 ans. La moyenne d'âge était de 57,6 ans. Tous les médecins étaient thésés et pratiquaient la médecine générale.

Tous les entretiens se sont bien passés, les médecins étaient cordiaux et prolifiques dans leur discours.

Tableau N°4 : Durées des entretiens

Médecin	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Durée (min)	58	20	42	47	22	40	32	38	32	28	56	33	27	37

3. ANALYSE DES ENTRETIENS

L'analyse des entretiens a permis de dégager 4 grands thèmes qui sont ressorti des entretiens avec les médecins interrogés. Chacun de ces thèmes seront divisés en sous-thèmes dans lesquels les différentes idées formulées par les médecins seront exposées et accompagnées d'une phrase d'introduction.

Pour des raisons de lisibilité, les exemples utilisées dans les sous-parties ne sont volontairement pas exhaustifs. Un codage plus détaillé sera rapporté en annexe.

3.1. L'organisation pratique de l'utilisation de l'hypnothérapie dans la pratique des médecins généralistes interrogés

3.1.1. Place dans leur activité de médecine générale

Le terme « place » a ouvert sur plusieurs thèmes. L'un de ces thèmes concerne la place organisationnelle dans leur pratique.

Pour la plupart, l'hypnose a pris une **place importante** dans leur pratique, mis à part un des praticiens qui débute son exercice comme remplaçant et qui m'a avoué en soupirant et en faisant une pause qu'il ne peut actuellement **pas en faire autant qu'il le voudrait**. « *en termes de séances dédiées ce n'est pas beaucoup* »

La part des consultations d'hypnothérapie dans l'emploi du temps des médecins est variable. Certains médecins n'ont **pas de plage dédiée** dans leur emploi du temps. Ainsi les consultations sont **réparties au hasard dans la semaine** en fonction de la demande.

D'autres ont des consultations programmées allant d'une à **deux demi-journées par semaine correspondant à 5-10% de l'emploi du temps à plus de 80 % de leur activité** : « *c'est les 2/3 de ma pratique facilement...* »

Pour la plupart cette part de leur pratique est **grandissante**. « *je dirais grandissante...* »

Le médecin K aimerait même pouvoir un jour s'y **consacrer entièrement**. « *je pense que je me consacrerai à cette pratique...* »

Le médecin L a été surpris par le succès que cela a engendré et souhaiterait **réduire le nombre de consultation** qu'il accorde à l'hypnothérapie car cela lui prend beaucoup de temps et il considère ses délais de consultation trop long pour mettre en place un suivi de qualité. « *Je ne*

pensais pas qu'il y avait autant de demandes... » « C'est difficile de la proposer quand le prochain rendez-vous est dans 6 mois... »

La médecin J déclare avec un léger soupir être **satisfaite** de la place actuelle dans son activité et qu'elle ne **voudrait pas avoir plus** de consultation d'hypnothérapie pour l'instant. *« Je ne veux pas pour le moment augmenter »*

En revanche, tous sauf un m'ont répondu que l'hypnose était **présente dans toute leur consultation de médecine générale** par le biais de l'hypnose conversationnelle et que les consultations de médecine générale sont toutes **tintées d'hypnose**. *« J'utilise un petit peu les outils de l'hypnose sans le dire.. », « dans mon discours avec les autres quand je leur parle... », « très tintée d'hypnose conversationnelle et d'alliance thérapeutique »*

Le médecin H a même déclaré que la **frontière entre sa pratique de la médecine et de l'hypnose devenait de plus en plus floue**. *« Dans mon esprit il y a de moins en moins de frontière »*

Trois médecins ont insisté sur le fait qu'il était important pour eux de **changer de casquette** lorsqu'il pratiquait l'hypnose dans des séances dédiées : *« tu changes de casquette... »*. Il ne se mettait alors plus dans le statu de médecin généraliste mais dans le **statu de psychothérapeute**. *« Pour que ce soit vraiment bien dans un cadre qui lui est dédié parce que sinon après il y a des confusions... », « c'est de me dire oui je suis psychothérapeute, oui je fais un travail de psychothérapeute, ouais je passe d'un monde à l'autre... »*

A contrario d'autres médecins ne se considèrent **pas comme psychothérapeute**. *« Je ne suis pas psychothérapeute... »*

Le médecin N intègre sans hésiter cette pratique à **un tout dans la prise en charge du patient**. *« Pour moi la démarche de santé elle n'est pas cantonnée dans une spécialité toutes les portes sont ouvertes.. »*

3.1.2. Le recrutement des patients

Pour la majorité des médecins interrogés, le recrutement des patients se fait principalement par le **« bouche à oreille »**. *« Parce que quelqu'un leur a parlé de moi », « entre une personne sur deux et deux personnes sur trois viennent en disant "j'ai vu machin, il a changé, je lui ai dit comment t'as fait.." »*

Sinon, les patients sont **adressés** par des confrères, par des psychologues, par des réseaux de correspondant. « *On commence à me connaître un petit peu c'est un réseau* », « *j'ai des confrères qui commence à m'envoyer du monde aussi...* », « *il y a les centres du sommeil comme Senlis qui me les envois* »

Certains patients se présentent aussi **spontanément**. « *C'est plus eux qui viennent vers moi..* », « *je suis répertoriés aussi en tant qu'hypnothérapeute, donc les gens viennent* »

Quatre des médecins déclarent ne faire **aucune publicité**, ni sur internet ni sur leur plaque. « *je l'ai ne mis nulle part ni sur mes plaques ni autre* »

D'autres comme le médecin G l'affiche sur les plateformes de prise de rendez-vous :

« *je suis répertoriée aussi en tant qu'hypnothérapeute* »

La majorité des praticiens interrogés n'hésitent pas à proposer à **leur patientèle** de médecine générale. « *Je recrute mes patients à travers ma clientèle en général* ». L'un d'eux hésitait au début mais n'a plus de problème avec ça maintenant : « *Je n'ai plus aucun problème par rapport à ça, dès que je sens qu'il y a une possibilité ou un intérêt je propose* »

Le médecin I a aussi insisté sur le fait qu'il lui **arrivait aussi de ne pas proposer** à leur patient alors qu'ils pouvaient voir un intérêt à pratiquer de l'hypnose. « *il y a des fois ou je pourrais le proposer mais je ne le fais pas* »

Surtout, deux médecins disent **ne pas insister** si la personne ne veut pas en faire. « *Toutes les raisons sont les bienvenus donc je n'insiste pas en général* »

Le médecin I dit **ne pas être intrusif** : « *je ne suis pas intrusif... (pause)* »

D'autres en revanche, se **refusent de prendre en charge leur patientèle de médecine générale** en hypnothérapie. Donc lorsqu'il est le médecin traitant il redirige vers un collègue. « *On ne prend jamais quelqu'un en hypnothérapie de sa clientèle...* »

Certains médecins préfèrent sélectionner des patients avec **une prise en charge qui les intéresse**. 2 médecins sont plus intéressés à pratiquer l'hypnose chez des patients qui présentent un **psycho traumatisme** à traiter. « *Je sais c'est derrière qu'il y a un problème de type psychotraumatiques à traiter et c'est ce qui m'intéresse* »

3 médecins ont aussi dit **ne pas vouloir faire de l'arrêt du tabac**. « *ça m'emmerde puissamment...* ». Même si c'est la première demande « *les gens ils viennent beaucoup plus pour arrêter de fumer, la première demande c'est celle-là* » ou pour de l'amaigrissement, cela ne les intéresse pas. « *Je n'ai pas envie...* »

Le médecin A a avoué être plus intéressé par **les cas difficiles**. « *Plus c'est difficile plus ça m'amuse... (rire) je dis envoyez les moi...(pause)* »

Le médecin L ne sélectionne pas en fonction de ce qui l'intéresse le plus mais en fonction de ce qu'il **considère être une vraie indication**. « *Sur ce qui est pour moi une vraie indication médicale* »

En effet, il déclare avoir **des patients venant pour tout et n'importe quoi**, il est donc important de **mettre un cadre**. « *Et là je me retrouve avec une dame qui a peur des lézards (rire)...je n'aurais peut-être pas dû (haussement d'épaule)* »

Un des médecins déclarent ne pas prendre en compte le symptôme qui amène le patient donc il n'a **pas de critère de sélection particulier**. « *Le symptôme je m'en fiche complètement...* »

La médecine J dit beaucoup **pratiquer l'hypnose avec les enfants** « *j'ai quand même pas mal d'enfants* ». Le médecin C déclare aussi « *ceux avec qui j'exerce le plus finalement c'est avec les enfants, pour leur faire les vaccins* »

Un des médecins n'a **pas encore de recrutement spécifique** vu qu'il démarre sa pratique et essaye de le proposer à certains patients sans être intrusif. « *je n'ai pas de notoriété en tant qu'hypnothérapeute pour l'instant* ».

Un des praticiens ne prend **plus de nouveau patient**, proposant déjà des rendez-vous à 6 mois pour ceux qu'il suit. Il refuse aussi les patients qui n'ont pas de demande. « *je suis trop plein... on va prioriser les patients qui sont suivis au cabinet* »

Le médecin L préfère donc faire quelques consultations de médecine générale avant pour **sélectionner** : « *je les vois 2-3 fois en médecine générale avant ça permet d'écrémer un peu ... (pause)* »

Il y a certaines pathologies que le médecin J ne se sent pas capable de traiter par hypnose, principalement des **pathologies psychiatriques lourdes** : « *j'ai deux patients schizophrènes je ne me lancerai pas là-dedans...* »

3.1.3. Temps accordé à la prise en charge

Le **temps moyen** de consultation pour tous les praticiens est d'une heure environ. Les consultations allant de 30 minutes pour deux praticiens à 1h pour les autres.

Certains consacrent un peu plus de temps à la **première consultation** : « *j'ai des consultations peut-être un peu plus longues lors de la première...* »

Le médecin J disait faire des consultations **plus courtes avec les enfants** : « *je les vois moins longtemps on ne peut pas faire une heure avec les enfants* »

Il arrive à certains de faire des **séances « flash » courtes** en consultation de médecine générale. « *Quand je fais un petit travail avec outil hypnotique ça peut prendre dix minutes ou cinq minutes..* »

Tous en tout cas me disent qu'ils prennent **plus de temps que pour leur consultation de médecine générale**. « *En médecine générale mes consultations durent 15 minutes* »

En ce qui concerne le **nombre de séance**, ça va de 1 à 15 séances. La plupart déclarent que l'hypnose est une **thérapie brève**. « *4 maximum cinq pas plus..* », « *on est dans le cadre de thérapies brèves... c'est un schéma qui tourne entre 3 et 5 séances* », « *En général, c'est plutôt entre 3 et 10.* »

Certains disent que ça dépend du **problème du patient**. Certains problèmes peuvent se **résoudre rapidement** comme le tabac. « *Sur l'arrêt du tabac par exemple, c'est étonnant, je le fais en une séance, tout le temps...* », « *deux fois c'est plus sur le tabac.* »

Le nombre de séance dépend aussi pour un des praticiens de **l'ancienneté du trouble**. « *Si c'est un trouble du sommeil ancien ça peut prendre 5-10 séances* »

Un des médecins a dit qu'il ne faisait **jamais plus de 20 séances**, alors qu'un autre **jamais plus de 12 séances**, « *Le maximum ça doit être 11 ou 12* » ou un autre **pas plus de 10 séances**.

Deux praticiens considèrent eux qu'ils partent sur le principe **d'une seule séance** et que si le patient veut revenir il revient. L'un m'a dit que si on programme plusieurs séances, on ne pense pas que la première a été efficace. « *Si on dit il faut faire une deuxième séance c'est que la première n'est pas bonne* », « *je ne donne jamais de rendez-vous après une première séance..* »

Un des médecins **ne pouvant pas actuellement proposer de suivi** commence par faire une séance puis voir si jamais le patient veut en programmer une autre. « *C'est la limite de mon exercice pour l'instant...* »

Un praticien a déclaré qu'il **ne programmait rien** à l'avance. « *Je ne propose jamais un programme à l'avance (hochement de la tête)* »

Un autre avoue que c'est **difficile de déterminer à l'avance** le nombre de séance nécessaire. Il fait le **point à la fin de chaque séance** où ils en sont et si une autre séance est nécessaire. « *Je leur demande combien de séances il leur faut* »

En ce qui concerne **l'espacement entre les séances**, un médecin dit que le rythme est plus rapproché au début pour s'espacer par la suite. « *Ne laissez pas trop de temps entre les premières séances* »

Un praticien fait une séance **tous les 15 jours avec en moyenne 6 séances** pour fixer un cadre. En général, c'est très **variable**. « *Ça peut être très variable* »

Dans tous les cas, tous ont dit que le **choix appartient au patient** de revenir ou non en fonction de son avancement ainsi que de décider de l'espacement des séances. Les médecins D et G ont été catégorique dans leur réponse et cette certitude s'est reflété par des pauses longues afin de s'assurer que je comprenne bien ce qu'ils m'ont dit. « *ce n'est pas moi qui vais décider.. (pause), « en fonction du ressenti libre à vous de reprendre rendez-vous (pause) », « je laisse libre du temps entre chaque consultation », « je n'en sais rien du tout.. Moi vous avez envie de venir vous venez* »

Le médecin D demande à ses patients de **l'appeler ou de lui envoyer un mail** quand ils se sentent près pour faire une autre séance et alors il s'arrange pour programmer un rendez-vous.

Certains patients **ne reviennent pas pendant longtemps** et puis reviennent quand le problème semble revenir. « *Elle est tout de suite revenu me voir* »

3.1.4. L'organisation des séances d'hypnose

La majorité des médecins ont répondu qu'ils **ne préparent pas** leur consultation d'hypnothérapie à l'avance.

Deux médecins ont cependant dit qu'ils avaient un **entretien téléphonique au préalable** pour déterminer le motif de consultation d'environ 5-10 minutes. « *je ne prépare pas la consultation mais je leur demande le motif de consultation* », « *j'ai toujours un contact téléphonique préliminaire* »

Pour la plupart **une première séance d'introduction** sans hypnose est programmée pour faire connaissance et établir le cadre.

Pour 3 praticiens, à l'inverse, il n'y a **pas de séances d'introduction** et la première consultation est une consultation d'hypnose classique.

La plupart disent qu'ils **doivent être dans un bon état psychologique** et dans des **conditions de tranquillité** avant de commencer une consultation d'hypnothérapie, qu'ils ne peuvent donc pas en faire n'importe quand. « *On fait des séances d'hypnose dans des très bonnes conditions, de silence et de tranquillité* »

Certains médecins ont une **salle dédiée** pour leur pratique ce qui leur permet de marquer la différence de position entre la médecine générale et l'hypnothérapie. « *J'ai un sous-sol aménagé, une cave.. (rire) ça me sort vraiment aussi de ma pratique, pour qu'il n'y a pas d'imbroglio* »

D'autres ont un espace dans leur cabinet habituel avec **un fauteuil spécifique** pour les patients. « *c'est dans le fauteuil que se déroule la séance d'hypnose* », « *dans le gros fauteuil bleu qui est à côté..* »

Tous disent qu'ils doivent se mettre dans une **posture différente** que celle de médecin généraliste. « *C'est cardé* »

Deux praticiens préfèrent que le patient soit assis en position confortable, ni coucher ni debout. « *Symboliquement c'est important de garder une certaine position du corps qui lui signifie qu'on est en situation de travail* »

Le médecin N souligne **l'importance de cette cérémonie** pour marquer l'entrée dans le travail. « *Cette cérémonie inaugure quelque chose* »

Certains médecins accordent un **temps de débriefing** à la fin de la consultation. « *puis le débriefing après* »

3.1.5. La patientèle selon les médecins interrogés

Lorsque nous parlions du recrutement des patients, certains médecins ont développé sur les caractéristiques de leur patientèle à qui il proposait l'hypnothérapie.

Un médecin disait avoir **beaucoup de personnes âgées**.

Un praticien stipule que la première demande des patients est pour **l'arrêt du tabac**. « *La première demande c'est celle-là ..* »

Sinon une grande partie des patients viennent pour des **troubles liés à leur travail**. « *Le surmenage des choses comme ça* »

Les patients atteints de **maladies chroniques** sont aussi des bons sujets à cette thérapie. « *Ce sont des choses qui vont durer dans le temps dans lequel ils vont faire eux même l'expérience de la douleur, du désespoir, du questionnement sur le sens de leur vie* »

Un médecin parle aussi des patients qui **essayent toutes les thérapies**. Ce dernier se méfie des patients qui viennent avec des pensées ésotériques, recherchant un guérisseur. « *Ces gens comme ça qui essaye un peu tout et n'importe quoi..* », « *ils sont un peu dans les ondes, les vibrations....* »

Le docteur L évoque aussi les patients qui **veulent juste essayer** « *Elle était venu pour voir* ». Il ajoute aussi que ceux qui viennent on en général déjà essayé des thérapies alternatives.

Dans la majorité des cas, les patients qui viennent en **demandant de l'aide** pour un problème qui affecte leur qualité de vie. « *Les gens arrivent ils sont souvent complètement débordés, ils en peuvent plus...* »

Le médecin A relate aussi que les patients arrivent en disant que c'est leur **dernière chance**. « *vous êtes la dernière chance* »

Certains patients viennent car ils veulent **prendre moins de médicaments** « *ils veulent plus prendre de médicaments* » et cherchent **d'autres types de thérapie**. « *ils cherchent quand même des espèces de trucs un peu annexes...* »

Le médecin A a bien appuyé le fait qu'en médecine générale au moins **20% de la patientèle** présente des pathologies qui ne peuvent pas être rattaché à un problème somatique et qui pourrait bénéficier d'une prise en charge de type psychothérapeutique. « *C'est validé par des chiffres* »

Le médecin J se rend compte que les personnes ne connaissent pas toutes les **applications** que peut avoir l'hypnothérapie. « *Ça marche pour quoi ? alors moi je déroule le catalogué et les gens sont complètement surpris ...* »

Pour le médecin E, ils trouvent que les patients **viennent parce qu'ils veulent venir**. « *Ils viennent d'abord parce qu'ils veulent venir ce qui n'est pas le cas lorsqu'on fait de la médecine générale...* »

Les médecins ont quasiment tous évoqués **les attentes des patients** qui venaient consulter pour de l'hypnose. « *Elle s'est imaginé son truc de foire..* », « *qui doivent être inconscients en*

hypnose... les notions de profondeur d'hypnose », « ils viennent un peu pour la baguette magique.. »

Ils ont aussi parlé **des doutes et des peurs** liés aux **représentations** que les patients peuvent se faire de l'hypnose. (Suggestibilité, réceptivité, manipulation, spectacle, médecin fou) « *est-ce que je vais être réceptif ?* », « *la peur de l'hypnose, de la manipulation* », « *détenteurs d'un certain nombre de petits secrets* »

Même si deux médecins constatent que le concept de l'hypnose médical est **plus répandu** de nos jours et que les patients sont mieux informés. « *Ça s'est pas mal démocratisé l'hypnose et dans les médias on en a entendu parler* »

Un autre médecin pense l'inverse, que l'hypnothérapie n'est **pas encore entré dans le langage courant**. « Ce n'est pas encore passé dans le langage courant »

Un médecin dit que le fait d'être **médecin généraliste** permet quand même au patient de se sentir **plus en confiance** dès le départ. « *Il y a le pouvoir rassurant du médecin* »

Pour les médecins L et E, dans l'ensemble les patients sont **majoritairement ouverts**. « *J'ai l'impression qu'il y en plein qui sont ouverts.*

Le médecin L a constaté qu'il était **rare** que ceux qui viennent n'y **croient pas du tout**. « Mais le plus souvent, c'est rare que les gens viennent pour voir un hypnothérapeute en se disant « je n'y crois pas mais... ». »

Un médecin a évoqué aussi les **croyances** que les patients pouvaient avoir **sur leur trouble**. « *Souvent ils se mettent des enjeux dans leur croyance très importante sur le trouble, en particulier dans les troubles du sommeil* »

La majorité des médecins insistent sur la **liberté du patient à décider** s'il veut faire ou non une prise en charge hypnothérapeutique. « *Bon et puis après c'est le patient qui décide... (pause)* »

Certains **ne veulent pas essayer** même si les médecins y verraient une indication et certains disent qu'ils ne sont pas prêts. « *Ils ont vraiment besoin et puis finalement ils ne vont pas avoir le déclencheur, bon ba tant pis hein..* »

Un médecin a fait remarquer qu'en revanche lorsque le **patient fait la démarche seul** de venir faire de l'hypnose il est prêt à jouer le jeu. « *Déjà quand les gens rentrent chez toi, qui viennent faire de l'hypnose, ils sont déjà préparés* »

3.1.6. L'aspect financier

Peu de médecins ont abordé le côté financier pendant l'entretien et ceux qui l'ont fait faisaient partie des derniers médecins interrogés. Par conséquent, nous avons décidé de ne pas inclure cette question dans le guide d'entretien n'étant en plus pas en rapport avec l'objet de l'étude.

Les médecins prennent en compte le fait que la pratique n'est **pas remboursée**.

« Parce qu'il n'y a pas de remboursement en l'occurrence... »

Un des médecins dit qu'ils **s'arrangent avec le patient** en fonction de ce qu'il veut mettre financièrement pour la consultation mais que de déboursier quelque chose est important. *« Vous me dites combien c'est possible de mettre dans la séance »*

Un autre insiste sur le fait qu'il veut que ce soit **accessible**. *« l'idée c'est quand même que ce soit accessible... »*

Le médecin L dit que le côté financier représente une **contrainte** sachant que ce n'est pas remboursé. *« Je ne peux pas tout le temps... »*

Un des médecins travaillant en tant que remplaçant ne se voit pas faire facturer des dépassements. *« je compte comme un acte de med gé... »*

3.2. Les principes et les différentes techniques concernant l'hypnose médicale énoncés par les médecins au cours des entretiens

Ce sujet occupa une partie importante de la discussion avec les médecins interrogés. En effet, cette thérapie et les méthodes qui y sont associés reposent sur l'apprentissage de certains principes importants.

3.2.1. Les principes concernant le praticien hypnothérapeute

Le but relaté par tous les médecins d'une façon ou d'une autre est de **responsabiliser le patient** dans son processus de changement *« c'est vous qui pilotez votre vie », « le but c'est vraiment de les responsabiliser »*

Et de **l'aider à trouver ses propres ressources** qui le permettront d'aller mieux. *« Mobilisation des ressources qui se met au service du désir de changement »*

Le praticien doit pour ça instaurer un **état de confiance** et de **sécurité** pour le patient. « *Tu arrives à leur faire sécréter un cocon dans lequel ils se sentent complètement protégé, dans lequel ils sont eux-mêmes* » « *c'est important que le patient ait confiance dans l'aide qu'on apporte, qu'il n'ait pas peur...* »

Il est donc important pour plus de la moitié des médecins d'instaurer un **cadre** avant de commencer en expliquant que des choses inattendues peuvent ressortir et qu'il faut les accepter et que ce qui se passe est là pour son bien.

Il s'agit donc de **changer le regard du patient** sur son trouble et de lui donner la **possibilité de changer**. « *Ça permet de faire entendre à nos patients qu'il y a une autre voie* », « *Sauf que moi je lui ai donné la permission de changer... (sourire)* »

Les médecins G et L stipulent que si on **donne la permission au patient de changer** il le fera. « *Il suffit juste de leur dire que c'est ok et c'est tout... ça va tout seul* »

Le médecin I pense qu'il faut **amener la personne à se sentir libre**. « *Amener la personne à se sentir libre de faire ce qui est bon pour elle...* »

Tous les médecins ont insisté sur le fait qu'il s'agit **d'un accompagnement** pour le patient et non d'un formatage. « *On est là uniquement pour accompagner quelqu'un..* », « *Vous ne leur apprenez pas à marcher en fait juste vous les encouragez à se mettre debout* »

Le médecin hypnothérapeute sert donc à montrer au patient qu'il y a **d'autres voies sans chercher le pourquoi** du trouble ni anticiper ce qu'il va se passer pour le patient. « *Je n'ai pas été chercher pourquoi comment... on ne cherche pas..* »

Un des médecins remarque le côté **pudique** de cette pratique. « *C'est très pudique en fait...* »

Un des médecins recommande de **ne rien vouloir** pour le patient. « *comme disait François Roustand surtout ne rien vouloir pour le patient.. (pause)* »

Cette démarche nécessite donc, pour 4 des médecins interrogés, de se **détacher en partie de la médecine allopathique** qui nous a été enseigné et qui apparaît dans les recommandations d'évidence based medicine. « *Plus vous vous débarrassez de tout ce que vous avez appris en médecine et mieux ça va* », « *tu sors de tes arbres diagnostic qu'on t'a inculqué... j'ai appris à déstructurer ses cases...* »

Le médecin K se décrit même comme **un simple outil** à la disposition du patient pour aller mieux ce qui est à contre-pied du statut de supériorité du médecin. « *je suis juste un outil que vous pouvez utiliser pour vous* »

Le médecin D raconte avoir appris pendant sa formation à se **repositionner comme n'étant rien**. « *Quelle prétention aurais-tu de vouloir faire quelque chose" (longue pause) »*

En bref, tous ont témoigné de l'importance de la **position basse** du médecin dans cette prise en charge qui nécessite donc d'avoir une **certaine humilité**. « *La position basse est une des règles de l'hypnose... »*, « *c'est bien d'avoir toujours cette humilité »*, « *ne faut pas être prétentieux. »*

Cela nécessite donc d'être dans un **bon état psychologique** selon le médecin M qui insiste aussi sur l'importance d'un **travail psychothérapeutique** sur soi avant de pratiquer l'hypnose. « *Surtout les conditions de disponibilité psychologique du médecin »*, « *c'est difficile mais pour pouvoir oser il faut être calme dans sa tête... »*

Les médecins D, A et K ont énoncé qu'il fallait aussi savoir **prendre le patient à contre-pied**, ne pas aller dans le sens de ses plaintes et voir même le brusquer avec bienveillance de temps en temps. « *On savonne la planche, il faut casser les points d'appui.. Pour pouvoir reconstruire quelque chose... »*, « *si je laisse trop de place à la plainte et bien ils vont retomber dans un cadre qu'est le cadre habituel de dire "ba je viens pleurer auprès de toi" »*, « *ça m'arrive de leur faire du rentre dedans »*

D'autres médecins formulent que cela nécessite donc une certaine **confiance en soi**. « *Vous même trouvez suffisamment de confiance, c'est à dire d'être bien dans cette place-là »*, « *le patient il va travailler s'il sait qu'on est en mesure de le faire »*

Il faut pouvoir être **tranquille** peu importe ce qu'il se passe pendant la consultation. En effet, certains traumatismes psychiques peuvent ressortir entraînant des abréactions qu'il faut savoir les gérer ou simplement laisser passer. « *Faut être solide, juste posé »*, « *Parce que si lui il revit des choses fortes, puissantes qui peuvent le perturber, bon on a les outils pour gérer ça »*, « *Il y a une émotion qui passe c'est qu'elle a besoin de passer alors on va la laisser passer... »*

Cette confiance permet aussi **de se sentir libre de dire ce qu'on veut** et cette liberté est importante pour bien prendre en charge le patient selon le médecin G et K. « *Moins je me prends la tête et mieux ça marche... »*, « *C'est une discipline où il est important qu'on se sente libres »*

Tous appuient tout de même le fait d'être **bienveillant et éthique**. « *Parce qu'il y a cette bienveillance et que le patient la ressent, c'est ce qui fait l'efficacité de cette approche-là.... »*, « *il y a peu de danger si tu es responsable et si tu as une éthique... »*

Le médecin K ajoute qu'il est important **d'être authentique avec le patient** : « *avec mes patients je suis authentique parce que je fais avec ma fibre à moi... »*

Pour finir, Les médecins D et F ont déclaré parfois **jouer du côté magique** de l'hypnose présent dans l'imaginaire des patients pour renforcer l'effet thérapeutique. *« Maintenant le côté mystique et magique, je ne l'ôte absolument pas.. C'est génial... je prends.. (rire) Mais avec toute modestie. Ça a une importance ce côté magique, ça agit, c'est un catalyseur... »*

Il s'agit donc d'être là **au présent avec le patient** en lui accordant toute son attention et de pouvoir partager des émotions avec lui pour l'aider dans sa démarche thérapeutique. *« C'est juste de rester présent au patient », « pour moi il y a une présence hypnotique.. », « J'accepte que les émotions fassent partie de la vie »*

Un des médecins parle même de **dialogue à 4** avec le conscient et les inconscients du thérapeute et du patient. *« On est quatre : il y a votre conscient, il y a mon conscient mais il y a votre inconscient et également mon inconscient »*

6 médecins déclarent que le patient doit être mis **au centre de la prise en charge**, que ce n'est pas le symptôme que l'on traite mais le patient dans sa **globalité**. *« c'est d'eux dont il s'agit... », « je vois plus ça dans une approche très globale »*

Cela entraîne donc pour tous les médecins interrogés de **faire du sur mesure** avec chaque patient et donc de ne pas utiliser une technique spécifique pour un symptôme. *« il n'y a pas de recette », « s'est adapté à chaque personne, c'est unique... », « des images qui vont dans le cadre culturel des gens et dans leur cadre de référence, parce que si ce sont les miennes elles ne leur parlent pas... »*

Les médecins J et C ont aussi rapporté que cela nécessite des **capacités d'improvisation** pendant les consultations. *« Je raconte beaucoup d'histoires, oulala j'invente... », « c'est un processus très créatif... (sourire) »*

Cette improvisation doit cependant être basée sur le **calibrage des paroles et du langage non verbal du patient**. En effet, tous les médecins ont insisté sur le fait qu'il faut être attentifs à tous les gestes, paroles, réactions de la personne pour l'utiliser pendant la séance et donc créer un état de synchronisation avec le patient. *« Faut être à l'affût de tout, du moindre geste » « et après on part on se met en synchro... », « selon ce que la personne va me dire, je vais m'adapter en fait ... », « Elle me dit c'est quand même bizarre « parce que sinon j'ai quand même la niaque... Voilà je vais utiliser ce matériel immédiatement »*

Le médecin A nous apprend que le **corps répond aux questions avant**. *« C'est à dire que ton inconscient répond avant ton conscient et ton conscient vient ensuite.. »*

Par conséquent, le médecin N met en avant le fait qu'il faut absolument tenir compte de la présence du corps avec l'esprit. « *L'émergence de la possibilité de l'hypnose dans cette relation tient d'emblée complètement compte de la présence du corps..* »

Le médecin G considère l'hypnose comme **un don de la nature** pour utiliser nos ressources : « *l'hypnose c'est un phénomène, c'est vraiment un don de la nature* »

3.2.2. Les principes dépendants du patient acceptant d'être pris en charge par l'hypnose médicale retransmis par les médecins interrogés

Lorsqu'on discutait avec les médecins des principes qu'ils considéraient important pour cette pratique de l'hypnose médicale, tous m'ont plus ou moins détaillé selon eux certaines aptitudes que devaient avoir les patients pour que la démarche leur soit le plus profitable ou bien exposé ce qu'ils pouvaient demander au patient en consultation.

Il est donc important pour tous les médecins que les patients se rendent compte qu'ils sont **acteurs de leur bien-être et de leur changement**. Ce n'est donc pas l'hypnose qui va les traiter mais eux. « *Un travail dédié aux changements et qui mobilise et qui s'appuie d'abord sur leurs propres ressources* », « *c'est un discours auxquels ils ne sont pas habitués.. de dire "non à vous de prendre en charge tout ça"* » « *c'est eux qui sont acteurs de leur bien-être, de leur guérison, de leur bonheur* »

Cela demande donc aussi au patient de **retrouver de la confiance en eux** et d'accepter de lever certaines barrières qui les empêchent de **se sentir libre de leur choix**. « *c'est de reprendre l'importance de la confiance qu'ils doivent avoir en eux* », « *Après ils font ce qu'ils veulent hein...* », « *c'est lui donner la confiance qu'il a en lui des ressources..* »

Les médecin D et A attirent aussi l'attention sur le fait que le **changement peut être difficile et terrifiant** et qu'il faut donc se préparer à sauter. « *Y'en a qui sont terrorisés... (pause)* », « *changer c'est difficile, on n'est pas tous tarzan...* »

Il s'agit donc de **changer le regard qu'ils portent sur eux même** et leur **trouble** et la façon de se comporter avec soi-même. « *C'est en modifiant et en changeant certaines croyances* », « *découvrir que ce qui avant était un problème en réalité n'en est pas un...* »

Le docteur K ajoute qu'il n'est **jamais trop tard** pour essayer de changer.

A contrario, Le médecin D déclare que l'emprise qu'a une personne sur elle-même est infime : « Vous avez passé votre temps à apprendre à lâcher 2%, vous voulez apprendre à essayer de lâcher un grain de sable dans le désert... (pause longue) » et que par conséquent il doit surtout apprendre à **accepter de ne rien faire**, à se fiche la paix. « On ne va rien faire, juste s'asseoir et ne rien faire », « Imprégné de la philosophie du "non agir" ça ne veut pas dire ne rien foutre, c'est plutôt ne pas faire obstacle de façon inappropriée quoi... »

Le médecin N ajoute qu'il faut laisser revenir le **cadre de vie naturel**. « Pour que la personne puisse naturellement laisser fonctionner son propre organisme... »

La majorité des médecins ont aussi appuyé le fait que le patient doit à la base **vraiment avoir envie de changer**, sa motivation a un rôle important dans sa démarche de changement et dans sa **capacité à trouver une nouvelle voie** qui lui permettrait d'être plus confortable. Un médecin dit qu'il doit avoir **plaisir à venir**. « Ça ne marche pas si les gens ne sont pas volontaires.. », « la règle pour moi c'est qu'ils aient plaisir à venir c'est qu'ils aient envie »

3 médecins stipulent alors qu'ils incitent le patient à se mettre dans **une position d'action au présent**. « Au présent, on revient et on recentre.. », « ils me disent : "il faudrait que" alors je dis d'accord mais à la première personne avec un verbe d'action au présent... »

Pour le médecin N et I, le symptôme est un prétexte important pour amener à l'envie de changer mais ils doivent aussi être **prêt à aller ailleurs** que ce pour quoi ils sont venus et qu'ils doivent **laisser venir ce qui vient naturellement au fur et à mesure** de la prise en charge. « ce motif pour faire découvrir et apprendre une méthode de travail sur eux même qui peut les aider dans tous les domaines de leur vie », « Un traumatisme qui émerge seulement à ce moment-là, quatrième séance... »

Le médecin C insiste aussi sur le fait qu'il s'agit pour le patient de comprendre que le processus de guérison **peut prendre du temps** : « ce n'est pas parce que tu as toute l'artillerie du monde que ça va se résoudre en cinq minutes... »

Pour ce faire il doit **se laisser accéder à ses émotions** en mettant de côté son côté rationnel. Le médecin A déclare que l'émotion est le moteur du changement. « Il ne peut y avoir de changement que quand on a accès aux émotions »

Par ailleurs, il est aussi important **d'accepter ce que son corps lui dit**. Le trouble qui l'amène en consultation n'est **pas là par hasard** et a un but mais qu'il est devenu à présent trop compliqué de vivre avec ce trouble. « Sensibiliser au fait que les choses n'apparaissent pas comme ça par hasard », « qu'est-ce qui vient vous apprendre, qu'est-ce qui vient vous dire... »

Les médecins A et F expliquent à leur patient qu'ils **connaissent déjà l'état hypnotique**, qu'il est déjà là sans que l'on sache et qu'ils vont apprendre à l'explorer. « *Un enfant qui joue aux billes est en hypnose...* », « *c'est une façon de fonctionner au niveau de notre cerveau qui existe sans qu'on le sache...* »

3.2.3. Déroulement des séances

Après avoir parlé de comment ils organisaient leur séance de manière pratique, les médecins sont entrés un peu plus dans le détail de comment se déroulaient leurs consultations en hypnose médicale. Ce sujet a montré certaines divergences dans l'avis des praticiens.

Plusieurs disent que chaque praticien a son **style unique** qu'ils forgent au fur et à mesure de son expérience pratique, de ses lectures et de ses formations. « *ce qui compte c'est de faire à sa propre manière* » « *je m'enrichis de toutes les lectures que je peux faire* », « *Erickson a cité beaucoup : "chaque praticien invente sa propre méthode"* »

Les médecins L, N et I déclarent **faire un souvent un peu pareil** avec une **trame** générale de consultation, surtout en ce qui concerne l'induction hypnotique. « *J'ai l'impression de plus en plus que je fais un peu pareil pour tous* », « *Et le scénario est toujours un scénario de sécurisation.* »

Comme énoncé précédemment Le médecin N parle de **cérémonie**.

La plupart prennent un **temps dans une consultation dédiée** ou en début de la première consultation pour expliquer ce qu'est le travail hypnotique et définir les objectifs du patient. « *en général première séance je leur dis on va découvrir l'état hypnotique* », « *j'explique qui je suis parce que poser un cadre c'est fondamental...* » « *La première séance est une séance d'initiation* », « *faire une première séance sans avoir rencontré quelqu'un, c'est toujours un peu bizarre....* », « *je leur demande pourquoi est-ce que vous pensez que l'hypnose va vous servir à quelque chose.* »

6 d'entre eux insistent sur le fait de **désacraliser** ce qu'est l'hypnose par rapport aux représentations des patients. « *souvent je pose la question aux gens : c'est quoi selon vous l'hypnose* », « *balayer le plus possible toutes les fantasmagories autour de l'hypnose* », « *il faut recadrer en disant c'est un travail qu'on va faire, ce n'est pas de la magie non plus...* », « *Et la démystification, ce qu'on peut en attendre elle est importante au début* »

La médecin G propose au patient de choisir s'ils veulent **garder les yeux ouverts** ou fermés en insistant sur le fait que ça n'a pas d'importance ce qui lui permet de les rassurer sur le côté manipulation. « *Je leur dis « vous gardez les yeux ouverts si vous voulez puis si vous avez envie vous les fermez »*

Le médecin G dit **ne pas avoir de séance d'introduction** : « *le premier rendez-vous est une séance d'hypnose.* »

Les médecins A et K m'affirment qu'ils parlent du **symptôme** amenant le patient lors de cette première consultation mais qu'ils **n'y reviennent plus** du tout ensuite affirmant que ça ne les intéresse plus. « *Une fois que le patient m'a énuméré son motif de départ après je reviens plus dessus* »

Des médecins m'ont exposé certaines **techniques d'induction hypnotique** qu'ils utilisent préférentiellement. « *L'induction hypnotique est toujours de la même nature quelques soit les situations...* », « *Les induction c'est vrai je les fais souvent part de la respiration et la visualisation* », « *souvent une technique essentiellement de relaxation qui s'appelle "ne rien faire" dans laquelle tu mets dans un état de relaxation profonde...* »

A l'inverse le médecin D dit : « *l'induction machin truc comme ça, pfou, c'est de la théorie... (pause)* »

Un des médecins a insisté sur le fait que la **profondeur de la transe** hypnotique n'était pas importante et surtout pas proportionnelle à l'efficacité du travail.

Un des médecins me dit qu'il peut parfois **se demander ce qu'il va bien pouvoir dire** avant que la consultation commence mais que jusqu'à maintenant il toujours réussi à trouver l'outil à utiliser avec son patient. « *Bizarrement je n'ai jamais eu soucis pour trouver l'outil ou la façon dont doit se dérouler la séance* »

Les praticiens ont eu des points de vue assez divergents sur la nécessité de **préparation du déroulement de la séance**. Le médecin M m'expliquait qu'il faisait quelques lectures sur les techniques correspondant au trouble du patient « *je vais aller ouvrir un bouquin d'hypnose, reprendre quelques chapitres sur les troubles du sommeil ou reprendre quelques scénarios* » alors que d'autres affirmaient ne rien préparer « *je ne prépare jamais les séances, jamais ...* » et plus particulièrement ne **pas accorder d'importance au motif** de venue du patient. Le médecin M ajoute par contre que souvent il n'utilise pas ce qu'il a lu, c'est plus une façon de se rassurer.

Le médecin D est même convaincu qu'il **ne faut pas préparer les séances** car on biaise notre prise en charge si on se fait une idée de ce qu'il doit se passer pendant la consultation. C'est bien le patient qui doit trouver ses solutions et pas le médecin qui doit lui dicter. « *Si on prépare on se met un scénario.. On va raisonner, on va réfléchir à penser à son scénario, on n'est pas avec le patient (longue pause)* »

Le médecin G a ajouté qu'au fur et à mesure de sa pratique il se **détache de plus en plus des techniques** qu'il a appris en formation. « *Après moi j'en je m'en détache de plus en plus des techniques vraiment formelles...* »

Deux médecins observent qu'ils **parlent de moins en moins** pendant les consultations et que le travail se fait quand même. « *Parfois je ne parle pas, je passe 30 minutes sans parler* », « *plus on avance en compétences et puis moins on en dit..* »

Le médecin A nous dit : « *Je passe du vouvoiement au tutoiement puisque je parle à l'enfant.. et du tutoiement au vouvoiement...* »

Deux médecins **écrivent les mots ou expressions** que les patients répètent pendant les entretiens pour les réutiliser dans ce qu'ils disent afin de se **synchroniser** le plus possible au cadre de vie du patient. « *Le premier quart d'heure je note tous les mots qui reviennent* », « *pour l'hypnose, je prends des notes...* »

Les médecins N et K ont appuyé le fait qu'il n'avait **pas de protocole** et que leur prise en charge était à chaque fois personnalisée au patient. « *je n'ai pas de schéma particulier ou standards* », « *ce que j'explique tout le temps c'est que moi je n'ai pas de protocole..* »

Par ailleurs la moitié des médecins se disent **aussi en hypnose** pendant la séance. « *L'hypnose elle est duelle. Il n'y a pas que le patient, on y aussi...* ». Une médecin observe donc qu'elle ne sait parfois pas ce qu'elle dit ou ce qu'elle fait. « *Je ne sais même pas ce que j'ai fait, je ne peux même pas vous dire* »

Presque tous ont parlé de l'importance de **terminer la séance dans de bonne condition** en s'assurant que le retour de la transe hypnotique se fasse progressivement. Il faut pour cela savoir amener les patients dans un état de sécurité. « *Une des règles d'une séance de psychothérapie, de thérapies brèves et d'hypnose c'est d'être mieux en partant qu'en entrant... (pause)* », « *c'est important comment on va le lâcher....* »

Certains profite de ce temps pour faire un **récapitulatif** de la séance ce qui permet à la personne de revenir confortablement. Cela permet de glisser des **suggestions post-hypnotiques** permettant d'ancrer le travail fait pendant la consultation dans le temps. « *puis de faire un petit*

débriefing après le temps d'atterrir... » « puis donner quelques conseils pour la suite, quelques suggestions post-hypnotiques »

De son côté le médecin A dit : *« je leur demande de rester en hypnose en partant du cabinet pour aller faire, comme Milton Erickson le faisait, un petit tour en ville pour laisser vivre cette expérience, parce que je me suis aperçu que si tu interromps immédiatement le processus et bien tu le laisses de côté... »*

Enfin, Les médecins L et K n'hésitent pas à dire **s'ils sentent que ça ne marche pas** d'essayer de voir **quelqu'un d'autres** vu que chaque praticien à son style et que le contact pourrait mieux passer avec un autre. *« Ça ne va peut-être pas marcher avec moi, ça va marcher avec quelqu'un d'autre... », « Peut-être que je ne suis pas le bon thérapeute pour vous... »*

3.2.4. Le langage hypnotique et les métaphores

Certains médecins sont entrés un peu plus dans les détails des techniques hypnotiques qu'ils utilisaient en consultation que nous avons décidé de rapporter dans une sous-partie à part entière pour plus de lisibilité.

Le médecin A explique que les **métaphores** sont très utiles car l'inconscient les comprend et les interprète pour être utilisable pour son cas personnel. *« à partir du moment où tu fais des métaphores, tu génères chez l'autre des émotions alors il peut se passer quelque chose dans le domaine du changement ... »*

Trois médecins ont expliqué qu'ils créent un état de **dissociation** pendant l'état de transe hypnotique afin de créer pour le patient un dialogue avec différentes parties de lui qui sont ambivalentes. *« Je fais un travail de dissociation qui dure 15-20 minutes »*

Les médecins C et A ont beaucoup abordé le principe de la **confusion** afin d'occuper rationalité du conscient pour que l'inconscient du patient puisse travailler, en utilisant des mots flous. *« Parfois semer un peu le trouble... » « ça créé un état de confusion puisque à la fois il y a vraiment du sens dedans donc ça permet à la conscience et à la rationalité consciente de décrocher... alors il peut aller dans son être profond... »*

Le médecin K prévient donc lors de la première consultation que certaine des choses qui seront dit peut sembler **ne pas avoir de sens** mais que ce n'est pas grave. *« on prévient qu'on peut être complètement à côté de la plaque, qu'on peut dire des choses qui pour le patient n'a pas d'intérêt ce n'est pas grave.. »*

Presque tous les médecins prennent un temps pendant les séances pour mettre en place avec le patient un **lieu sur** choisi par le patient où il peut revenir pour se sentir en sécurité. « *C'est à dire un endroit imaginaire ou réel qu'ils ont connu dans lesquelles ils ont une facilité à aller se reposer...* », « *être équipés pour le rassurer parce qu'on a travaillé le lieu sûr* »

Cet état de sécurité peut aussi être atteint en accompagnant le patient dans un **voyage dans un souvenir agréable** nous dit le médecin M.

Un médecin m'a parlé de la technique des **mains de Rossi**. « *Les mains à 20 cm l'une de l'autre et dedans ses agitations, ses peurs, ses agacements...* »

Les médecins A et M utilise souvent la **régression en âge**. « *Comme avec un enfant puisqu'on fait la régression en âge, retour dans l'enfance...* »

La **métaphore de l'auto-école** était utilisé par l'un des médecins pour expliquer au patient qu'il s'agit d'un accompagnement pour ensuite pouvoir faire se travaille seul.

Une médecin déclare utiliser souvent la **métaphore des saisons qui passent** qui passent qui est souvent efficace pour plusieurs situations.

Le médecin L utilise plutôt : « *des métaphores classiques, c'est le rangement de la bibliothèque intérieur, c'est les multiples chemins qui se croisent, c'est les escaliers... Ma métaphore principale c'est celle du chemin...* ». Il dit aussi lui arriver de faire des prescriptions en état d'hypnose : « *j'ai prescrit qu'elle aille poser sur la tombe de ses parents un petit objet...* »

Le médecin A utilise une métaphore particulière lorsqu'il veut inciter le patient à **faire les choses progressivement** : « *Donc j'utilise cette métaphore hydraulique pour leur dire lâchez pas trop vite... faut prendre votre temps...* »

Pour le médecin C, il lui arrive régulièrement d'insister à la personne pendant l'état d'hypnose de **sauter**, car pour lui le changement représente souvent un saut dans le vide qui peut être terrifiant. « *C'est une métaphore qui est réelle qui se concrétise* »

Le médecin D a cependant dit qu'il ne faut pas tomber dans le **piège de la métaphore préparée** à l'avance et que ce qui est dit en consultation doit être en lien avec le patient.

Le médecin L fait souvent avec le patient sous état d'hypnose un **balayage des registres sensoriels** : « *qu'est-ce que vous voyez les paupières fermées, qu'est-ce que vous entendez comme bruits, qu'est-ce que vous sentez comme odeurs, le goût de la langue dans la bouche* »

Le médecin I soutient que les métaphores qu'ils utilisent sont le fruit de ses **inspirations** sur le moment. « *C'est cette capacité à inventer qui est en fait la capacité à s'adapter aux patients...* »

Le médecin F nous dit que peu importe la technique utilisée elle doit être **reproductible** par le patient pour qu'il puisse retrouver cet état hypnotique quand il le souhaite. « *Il faut que ça soit reproductible. Il faut que le patient lui-même arrive à le faire...* »

Pendant la transe hypnotique, certains praticiens créent des **ancrages** qui permettent au patient et au praticien plus tard de retrouver plus facilement l'état hypnotique ou recréer une émotion travaillée en consultation. « *Une des ancrés qu'elle va activer par des séances d'hypnose c'est de retrouver la main de son petit frère, le sensitif..* »

3.2.5. L'hypnose conversationnelle

Le sujet de l'hypnose conversationnelle ou de « l'hypnose sans hypnose » a été abordé avec tous les médecins interrogés.

Pour quasiment la totalité d'entre eux sauf le médecin J qui ne se trouve pas assez en confiance pour le faire « *alors je pense que je suis très mauvaise voilà..* », l'utilisation de l'hypnose conversationnelle est **permanente** dans leur pratique aussi bien en tant qu'hypnothérapeute qu'en tant que médecin généraliste. « *Quand on a appris cette technique de communication, on ne peut plus communiquer avec une personne comme je communiquais avant.* », « *l'hypnose conversationnelle je l'utilisent mais tous les jours ! et tout le temps pratiquement* », « *si j'étais filmé tout au long d'une prise en charge même d'une rhinopharyngite...* »

Tous disent utiliser cette forme de **langage particulier** dans toute leur consultation. « *Parler sur un ton qui est peut-être un petit peu différent (modification du ton de la voix)* », « *c'est une façon de parler* », « *c'est une façon de parler* »

Le médecin C qui n'a pas encore la possibilité d'organiser des séances d'hypnose formelle déclare que c'est son **utilisation principale des techniques d'hypnose**. « *Ça c'est ce que j'utilise le plus...* »

Le médecin K dit que sa **pratique a complètement changé** grâce à cela, dans sa façon de communiquer et qu'il **ne pourrait plus faire marche arrière**. « *Même si je faisais plus d'hypnose, ma façon de communiquer avec mes patients a changé du tout au tout...* »

Certains disent même qu'ils l'utilisent aussi dans leur vie privée.

Les médecins B, E, H et I affirment ne même plus faire attention, que ça se fait **automatiquement**. « Je ne m'en rend pas compte... en fait c'est devenu presque naturel... (rire) »

Le médecin A explique qu'on fait de l'hypnose conversationnelle à partir du moment où on utilise une **métaphore**. « À partir du moment où tu prends une métaphore et que tu vas permettre aux gens de se demander qu'est-ce qu'il est en train de me dire à l'intérieur de moi, ils sont en hypnose. (sourire) »

Pour tous, l'hypnose conversationnelle repose sur une **façon particulière de parler**. Cela peut passer par l'utilisation de phrase floue entraînant un état de **confusion**. Un médecin parle aussi de **phrase irrésistible**. « Parce que ton inconscient sait bien qu'il sait très bien qu'il sait faire ça sans savoir qui sait le faire et qu'il n'est même pas besoin que tu te poses la question de savoir ni comment ni pourquoi...tu sais où j'en suis ? (rire) »

Les médecins B, M et C disent qu'il s'agit aussi d'une **synchronisation** avec le patient qui permet une relation thérapeutique plus forte et efficace. « L'hypnose conversationnelle c'est ni plus ni moins une synchronisation avec le patient »

Un autre médecin rapporte que cette méthode fonctionne particulièrement bien avec **les enfants** qui sont très sensible aux suggestions en conversationnelle.

Plusieurs médecins expliquent que c'est très utile en médecine générale pour pratiquer des **gestes invasifs** plus sereinement et en diminuant le ressenti douloureux du geste. « on va l'utiliser dans un soin thérapeutique... (pause) » « l'hypnose pour accompagner un soin ou accompagner quelqu'un qui est en état souffrance »

Un des médecins avoue l'utiliser **systématiquement** en consultation de médecine générale lorsqu'il donne des **conseils** au patient pour renforcer l'adhésion.

Un médecin dit qu'il lui arrive d'utiliser **l'hypnose conversationnelle dans des séances d'hypnose dédiée** quand les patients ont du mal à se laisser aller.

3.2.6. L'apprentissage et l'auto hypnose

Quasiment tous les médecins considèrent l'apprentissage de l'auto-hypnose comme **indispensable**. « L'apprentissage de l'autohypnose chez les patients est quelque chose

d'indispensable à la gestion de leurs troubles » « fondamentale... quelques soit les motifs de prise en charge en hypnose il y a toujours une prescription de tâche »

Les médecins N, C et K parle même d'un **but en soi** de la thérapie. « *Un des buts premiers de l'hypnose c'est de permettre aux patients d'accéder à l'autonomie ...* », « *une des fins de l'hypnose c'est ça...* », « *mon but aussi c'est vous puissiez assez rapidement découvrir ça et pouvoir l'utiliser* »

Il est important pour le médecin K que les patients arrivent à **intégrer cette démarche dans leur vie** en dehors de la prise en charge médicale avec des exercices faisables. « *Après c'est d'arriver à intégrer cette discipline dans une logique de vie personnelle, et puis d'exercice...* »

Le médecin K le met **systématiquement** en avant.

Le médecin H considère même que l'hypnose est toujours de l'auto hypnose. « *De plus en plus dans la conviction que l'hypnose c'est toujours de l'autohypnose...* ». Il explique donc qu'il s'agit d'apprendre aux patients à **s'autonomiser** dans l'utilisation du **fonctionnement hypnotique**. « *Je leur apprend à faire de l'hypnose... A explorer, à observer leur propre fonctionnement hypnotique...* »

Pour cela, le praticien **accompagne** le patient le long de l'apprentissage. « *On va d'abord vous accompagner pour apprendre le processus* », « *que quelqu'un puisse vous accompagner dans ce cheminement...* »

Cet apprentissage consiste à savoir **recréer l'état dans lequel ils étaient** pendant la consultation « *on va se ressourcer dans des lieux qu'on a déjà identifiés et qu'on a travaillé en consultation* » mais aussi d'apprendre à **accueillir ce que leur dit leur corps** pour le médecin K. « *c'est apprendre aux patients à accueillir ce que son corps lui dit parce que souvent les gens sont coupés de leur corps...* »

C'est aussi retrouver un **état ressource** rapidement dans des situations où leur trouble refait surface. « *Votre corps vous parle, vous le dis si vous l'entendez, si vous le percevez ... quelques secondes, quelques minutes vous installer où vous avez envie et puis vous mettre dans un état ressources...* »

Le médecin F parle de **technique d'accrochage**. « *C'est à dire que quand ils sont en état d'agitation ou d'angoisse, de panique j'utilise des techniques pour les ramener chez moi, à mon cabinet, dans le fauteuil là où ils sont bien* »

Un des médecins utilise des **ancrages** mis en place en consultation pour faciliter l'auto induction quand la personne est seule. *« L'ancrage que je mets dans l'expérience pour lui faire expérimenter l'autohypnose... »*

Le médecin H considère qu'au bout de **10 séances l'apprentissage devrait être terminé**. *« Il y a un vrai cycle, comme si on avait appris à le faire... »*

Le médecin F note que cette autonomisation s'atteint au bout de **4-5 séances**.

Plusieurs en tout cas s'accordent à dire que le travail en hypnothérapie est **fini lorsque le patient est autonome**.

C : *« je pense que ton travail d'hypnothérapie est terminé quand tu as réussi à leur apprendre à faire ça »*

Pour la médecin G la place de cet apprentissage est **moins importante** car elle observe que **l'observance** à ces méthodes est plutôt mauvaise. *« "oui oui on va le faire" et donc elles reviennent deux trois mois après en me disant, "on revient pour consolider etc mais tout seul je n'y arrive pas je n'ai pas envie, je n'ai pas le temps" »*

Elle dit aussi que c'est ajouter des **contraintes** chez des personnes qui en ont déjà beaucoup dans la vie. Ajouter des contraintes peut donc créer de nouvelles anxiétés. *« ça crée une anxiété », « pas leurs mettre d'autres contraintes »*

Elle n'est cependant pas fermée à cette pratique mais le **patient doit être demandeur** mais que la plupart du temps ils n'en ont pas envie. *« si le patient le désire... »*

Le médecin J ne le propose **pas spontanément** non plus. *« les gens soient ils sont motivés et ils sont intéressés »*

Les médecins N et E constatent aussi que **l'observance** à ces méthodes n'est souvent pas très bonne, les patients préférant être accompagné. *« Beaucoup de gens disent moi j'ai essayé mais c'est quand même mieux en consultation », « je n'ai pas l'impression qu'il y a une grande compliance sur ces exercices d'autohypnose de manière générale....»*

A l'inverse le médecin K trouve cette méthode **simple à mettre en place**. *« C'est quelque chose de très simple qui est absolument accessible »*

Un médecin reconnaît la place que ça a dans sa pratique mais dit ne **pas donner d'exercice dès la première séance**. *« Je le fais rarement en première séance »*

Le médecin D le voit plus comme une façon de **préparer la séance suivante**. *« Pour faciliter mes inductions, l'entrée rapide... »*

Ils sont tous à peu près d'accord pour dire que dans tous les cas **le patient est libre** de le pratiquer ou non. « *C'est lui qui choisit ce qu'il veut* », « *Après ils font ce qu'ils veulent* »

Le médecin B pour qui cette pratique est au centre de sa prise en charge parle plutôt **d'auto-activation** que d'auto-hypnose. Il donne alors **systématiquement** des exercices à faire après chaque séance, adaptés au patient et à son problème. « *A chaque fois on adaptera aux troubles, aux profils psychologiques du mauvais de dormeur..* »

A chaque nouvelle séance il s'assure que l'exercice a été fait et sinon il **renforce l'intérêt** de le faire en le modifiant pour faciliter sa faisabilité. « *La première question que je pose ce n'est pas est-ce que vous dormez mieux ou autre je lui dis avez-vous pratiqué l'auto-activation...* »
« *S'il ne l'ont pas pratiqué on revient sur le métier on leur apprend un autre exercice un peu plus simples* »

Le **lieu sur** dont on a parlé dans une autre sous partie est très utilisée par les médecins qui apprennent au patient à y retourner à leur guise. « *Le soir avant de s'endormir ou à certains moments de la journée et ça se fait très rapidement* »

Une des médecins avoue qu'elle **ne sait pas très bien ce que c'est**, qu'elle a du mal à le définir. « *Alors l'autohypnose pour moi c'est un truc que j'comprends pas bien voilà...* »

Deux médecins proposent de donner des **supports vocaux** comme des enregistrements ou des chansons permettant de faciliter le retour dans un état hypnotique au patient. « *Avec un enregistrement ou autre et ils s'endorment dessus...* »

Un des médecins affirme que l'auto-hypnose est **très efficace** et particulièrement indiqué dans les **troubles du sommeil**.

Deux médecins, M et C confient qu'il la pratique **pour eux même**, « *je le pratique quotidiennement au cabinet quand j'ai besoin de me ressourcer* », « *j'essaie de le faire au quotidien...* »

A l'inverse, le médecin G nous dit que n'arrivant pas à la pratiquer sur soi elle aurait du mal à l'imposer au patient.

3.2.7. Les thérapies associées

Alors que nous parlions de leur utilisation de l'hypnothérapie certains médecins ont dérivé sur l'utilisation d'autres méthodes qu'ils considéraient comme étant lié à leur pratique de

l'hypnose. Ces informations, bien qu'intéressantes, n'ont pas été ajoutées au guide d'entretien pour les autres praticiens n'étant pas en lien direct avec la question initialement posée.

En effet, un médecin inclut dans sa pratique l'apprentissage des **techniques de respiration et de relaxation**.

La **méditation pleine conscience** se rapproche de l'hypnose pour le médecin H.

« méditations pleine conscience mais qui fait partie de la pratique de l'hypnose »

Le médecin G déclare que la pratique du **yoga** peut aussi être assimilée à un certain état hypnotique. *« le yoga c'est un peu d'auto hypnose »*

En revanche, le médecin B explique qu'il n'emploie dans sa pratique plus vraiment le terme d'hypnose médicale même si cette pratique actuelle est dans la suite de sa pratique d'hypnose. Il parle alors d'**ACT**. Cela permet de s'affranchir des idées limitantes sur l'hypnose. *« on n'a plus à expliquer ce qu'est l'hypnose que ce n'est pas comme au music'hohl », « les notions de collectum, les notions du cerveau neuro gliales. Dans les troubles du sommeil d'ailleurs on voit l'inflammation des cellules gliales... »*

Le médecin L, formé à l'**hypnose de spectacle**, dit que cela fait finalement aussi parti de sa pratique dans certaines circonstances. Étant aussi formé à l'**ethnopsychiatrie**, il lui arrive d'intégrer ces deux thérapies ensemble dans certains contextes. *« J'aurais aucun problème à faire un petit peu d'hypnose de spectacle la première fois... (pause) »*

Dans tous les cas, pour la plupart des médecins interrogés, l'hypnothérapie fait partie d'un **travail global**. *« Je situe plus un premier travail global, mais c'est vrai que du coup ça comporte l'hypnose, pleine conscience, thérapie ACT et théorie des cadres relationnel... », « C'est une thérapie intégrative qui intègre l'ensemble des modèles thérapeutique... »*

3.3. Les aspects particuliers relatifs à la prise en charge des troubles du sommeil chroniques qui se dégagent des entretiens

Étant à la base le sujet de ce travail, les médecins ont pris le temps, tout au long des entretiens, d'aborder plus particulièrement le cas de la prise en charge des troubles du sommeil en tant qu'hypnothérapeute mais aussi en tant que médecin généraliste, que nous avons donc décidé de traiter dans une partie dédiée.

3.3.1. Fréquence de la demande pour traiter ses troubles avec l'hypnose

6 médecins ont répondu qu'il n'était **pas fréquent** que les patients qui se présentent pour des séances d'hypnothérapie viennent pour des troubles du sommeil. « *ce n'est pas un motif de consultation si fréquent que ça... ça apparaît bien entendu parmi des motifs de consultation...* », « *si on compte une semaine ou on va dire je vais avoir entre 25 patients par semaine en moyenne... il y en a deux mais pas plus..* »

Deux médecins admettent cependant qu'il s'agit d'un **motif de consultation récurrent** mais que c'est une demande parmi beaucoup d'autres. « *des gens qui viennent en disant "bonjour, je ne dors pas bien depuis toujours est-ce que l'hypnose peut m'aider ?" ça arrive assez souvent...* »

Le médecin I déclare qu'il a eu **30 patients** avec ce motif de consultation qu'il a pris en charge par l'hypnose médicale et qu'il a répertorié.

3.3.2. Les caractéristiques des patients se présentant pour des troubles du sommeil

Beaucoup des patients qui viennent dans cette indication ont **déjà un traitement médicamenteux** pour leur trouble du sommeil selon certains médecins. « *Beaucoup en ont déjà au départ...* »

Il s'agit souvent de **personnes âgées** présentant une insomnie ancienne traitée depuis longtemps par des somnifères. « *ceux qui restent encore résistant à arrêter les médicaments c'est les personnes âgées...* »

Le médecin L préfère envoyer les patients **trop dépendants aux hypnotiques** à des spécialistes du sommeil considérant qu'il s'agit réellement d'une addiction à traiter. « *j'ai l'impression que c'est bien de les mettre dans les mains d'un spécialiste du sommeil...* »

Les médecins J et L parlent aussi d'une patientèle qui n'ont **pas envie de prendre de médicaments** et qui cherchent une alternative. Il s'agit plus souvent de patient jeune. « *Il y a pas mal de gens que j'ai vu pour des troubles du sommeil, qui n'avait pas de traitement et qui était dans une approche anti-médicaments...* »

3 médecins ont abordé la **perception** ainsi que les rituels que les patients pouvaient avoir sur leur trouble du sommeil lorsqu'ils se présentent en consultation. « *C'est plus une représentation*

qu'une réalité », « dans un rituel qu'ils ont essayé qui ne marche pas mais qui les guide quand même... »

4 médecins rapportent que le problème relaté par les patients est souvent lié à **l'abandon du corps associé à des peurs**, à la perte de contrôle, à la peur de la mort. *« C'est ça la problématique des troubles du sommeil, c'est l'insécurité », « c'est souvent lié à la peur de mourir »*

Pour le médecin K ce sont des patients qui **n'arrivent plus à vivre avec leur trouble** : *« c'est quand ils sont plus adaptés dans leur vie de tous les jours... bon voilà là il y a une rupture.. »*

Pour quasiment tous les médecins, les troubles du sommeil sont très souvent liés à une **anxiété sous-jacente** qu'il faut prendre en charge. *« on va dire 90% des troubles de sommeil sont liés à une anxiété », « Je me rends compte quand même que ce sont des troubles du sommeil lié à des problèmes d'anxiété »*

Les médecins D, M et F parlent de **psychotraumatisme** dont le trouble du sommeil est une manifestation. *« il va y avoir une histoire psycho traumatisante à traiter... », « je pense très souvent au trauma »*

Cela a souvent ouvert sur le fait que les troubles du sommeil ouvrent sur une **problématique plus large**. Trois médecins ont utilisé la métaphore du fil qui dépasse de la bobine. *« C'est plutôt ce qu'il y a derrière les troubles du sommeil », « ça permet de trouver un petit bout de ficelle à tirer... », « quand on commence à soulever tu vas loin... », « en fait le vrai problème il n'est absolument pas dans le sommeil est ailleurs...voilà... »*

Le médecin C recherche dans la qualité du sommeil un **moyen de dépister des troubles sous-jacents** : *« j'utilise ça comme un moyen de dépistage, donc je demande aux gens comment ils dorment »*

La prise en charge va donc souvent plus loin que le traitement des insomnies ce qui nécessite de ne pas juste s'arrêter à ça et de **ne pas se cantonner au symptôme**. *« ne se traite pas uniquement comme de l'insomnie.. C'est l'insomnie qui s'inscrit dans le contexte de vie de la personne.. »*

3.3.3. L'évaluation préliminaire en tant que médecin généraliste

La grande majorité des médecins interrogés ont appuyé le fait qu'ils commençaient toujours par une **évaluation clinique** des troubles du sommeil en tant que médecin généraliste pour dépister un **trouble organique** ou un **trouble psychiatrique**. Il appuie donc le fait que c'est un **avantage d'être médecin généraliste** pour pouvoir avoir une évaluation plus complète. « *Il faut quand même faire un diagnostic dont je pense l'intérêt quand même d'être un peu médical pour traiter en hypnose...* », « *comme je suis quand même médecin, je vérifie qu'il n'y a pas d'apnée du sommeil, quand même vérifier ça..* », « *c'est à dire l'interrogatoire, l'ancienneté, et les solutions trouvées et les causes éventuelles, le reste des symptômes associés, est-ce qu'il y a un syndrome dépressif, anxieux, etc* »

Pour ce faire, deux des médecins utilisent fréquemment **l'agenda du sommeil**. « *J'utilise souvent l'agenda du sommeil dans les troubles du sommeil* »

Presque tous les médecins **recherche systématiquement une dépression** sous-jacente. « *Vérifié toujours qu'il n'y a pas des idées noires derrière alors après au niveau de l'abord* ». Le médecin L fait systématiquement une échelle GDS pouvant déboucher sur la prescription d'antidépresseur. « *Alors effectivement, si au Hamilton ils sont déprimés et qu'à l'interrogatoire ils me disent « ce n'est pas la joie », j'ai vraiment les antidépresseurs ultra faciles...* »

Les médecins font aussi le point sur **l'hygiène du sommeil**.

Le médecin M soulève le fait qu'il peut aussi y avoir des **obstacles** à un sommeil de qualité **indépendant de la personne**. « *Comme les gens qui vivent en hlm à côté d'un abruti qui met sa musique toute la nuit* »

3.3.4. L'attitude des médecins en fonction des différents types de trouble du sommeil

Au cours des entretiens, nous avons parlé des différents types de trouble du sommeil et les conséquences que cela pouvait avoir sur la prise en charge.

La majorité des médecins interrogés accordent une importance à ces différents troubles dans leur **évaluation somato-psychiatrique** mais déclarent **ne pas faire de différence** dans leur prise en charge en hypnothérapie. « *Il intervient simplement lorsqu'on analyse la qualité du sommeil* »

Certains médecins prennent en compte les **cauchemars** lorsqu'ils se répètent. « *Si les cauchemars reviennent souvent et sont répétitifs, je travaille dessus...* », « *un cauchemar parce que c'est un message que votre inconscient vous envoie pour souligner quelque chose...* »

Le médecin I relie les **troubles de l'endormissement à l'anxiété** et va plutôt travailler là-dessus « *l'axe de la posture insécure, l'angoisse, les peurs, l'enfant* »

En revanche lorsqu'il s'agit de réveil nocturne : « *A l'inverse quelqu'un qui se réveille dans la nuit, qu'est ce qui est à l'intérieur, qu'est ce qui refait surface et qui réveille et comment se rendormir...* », « *Je vais être un peu plus sur le passé quand c'est en cours de nuit* »

Le médecin M nous apprend que les troubles de **l'endormissement** sont **plus simples à traiter** et qu'ils nécessitent des techniques plus douces. « *des techniques assez légères qui ne font pas appel on va dire à une introspection* »

En ce qui concerne les **réveils nocturnes**, le médecin L dit être plus vigilant car cela peut souvent être associé à une dépression caractérisée. « *si c'est des réveils matinaux précoces, je leur fais toujours un Hamilton...* »

3.3.5. La prise en charge spécifiquement des troubles du sommeil pour les médecins interrogés

3 médecins passent d'abord un moment pour **dédramatiser** le trouble par rapport à la perception que s'en font les patients. « *Parce que souvent ils se mettent des enjeux dans leur croyance très importante sur le trouble du sommeil et donc dédramatiser ça va travailler là-dessus..* »

Trois médecins ont remarqué que l'hypnothérapie dans le cadre des troubles du sommeil **marche rapidement**, en général il faut **peu de séances** pour l'amélioration du sommeil. « *Ça va assez vite dans la résolution des troubles du sommeil* »

En ce qui concerne la **prescription de somnifères**, deux médecins ont avoué qu'ils leur arrivaient d'en prescrire mais pour des durées très courtes. L'important est de responsabiliser le patient. « *Sur les traitements pour dormir, je fais des prescriptions relativement courtes et je dis que c'est pour une durée déterminée...* », « *vous pouvez très bien avoir de temps en temps besoin d'un demi comprimé d'Imovane parce que vous savez que ça va vous aider", c'est responsabiliser le patient...* »

Les autres médecins étaient plutôt **contre leurs prescriptions**. « *Les hypnotiques je n'y peux rien, je n'aime pas ça... (mimique du visage)* », « *je ne prescrit quasiment pas de psychotropes* »

En tout cas, plus de la moitié des médecins considèrent **l'arrêt ou la diminution des hypnotiques** comme un but dans leur prise en charge. Il arrive aux médecins E et L de proposer l'hypnothérapie pour se sevrer des médicaments. « *Bon, quand est-ce que vous allez voir pour l'arrêter ?* », « *je propose un sevrage avec l'hypnose* »

Le médecin F évoque aussi la possibilité de **prescrire un traitement placebo** en y associant une suggestion hypnotique forte. « *Je peux donner un médicament placebo et mettre un pouvoir tel, en l'entourant d'un tas de rites que ça peut aider la personne à dormir...* »

Le médecin N explique que souvent la **prescription de somnifères est une solution de facilité**, utilisant les données d'une étude montrant qu'une séance sans prescription prenait plus de temps. « *les consultations sans prescription sont des consultations qui prennent le temps d'écouter...* », « *c'est souvent le premier réflexe quoi... (sourire)* »

En ce qui concerne la prise en charge par l'hypnose, trois médecins déclarent **ne pas avoir de protocole particulier**. « *Il ne faut pas rentrer dans un canevas* »

La plupart des médecins ont insisté sur le fait qu'ils ne faisaient **pas de distinguo en hypnose** pour la prise en charge des insomnies vu qu'il ne s'intéresse pas au symptôme. « *moi je ne fais pas de distinguo sur l'insomnie..* », « *ça ne peut pas se réduire à une technique liée aux symptômes...* »

Quatre médecins ont tout de même énuméré des **exemples de métaphores** qu'ils utilisent régulièrement pour les patients avec des troubles du sommeil en insistant bien sur le fait que ça dépendait du contexte. « *Pas tout le temps, ce n'est pas un truc obligatoire mais c'est le chemin ou c'est la fleur qui s'ouvre le matin qui se ferme le soir...* », « *Tous les bruits intérieurs qui s'accumulent dans leur tête peuvent être diminuées comme on diminue le son d'une radio* »

Une partie cible leur prise en charge sur **l'amélioration de l'anxiété** affirmant que lorsque le patient est moins anxieux le sommeil revient. « *Dès le moment que le trouble est réglé en général le sommeil revient...* »

Les médecins N et D axent leur prise en charge sur le **retour à une condition naturelle**, sur le non agir pour que le naturel revienne. « *Plus on veut moins ça marche* », « *il n'y a rien qui permet de fabriquer le sommeil, que le sommeil est une condition naturelle de la vie* »

Les médecins G et F parle de retrouver **un état de sécurité**. « *Cet espace de sécurité qui va lui permettre de fermer les yeux et de dormir* », « *Il faut les amener progressivement à un état de sécurisation.. ça prend du temps...* »

Pour les **troubles de l'endormissement** : « *"qu'est-ce que vous faites avant de vous endormir ?" c'est donc préparer un reconditionnement...* », « *Et donc je lui demande, en se couchant, transformer toutes ces questions et de les colorer pour les mettre de côté...* »

Comme évoqué précédemment, **l'auto-hypnose ou auto-activation** semble être efficace pour traiter les troubles du sommeil selon la majorité des médecins. « *C'était un apprentissage d'exercice* », « *Et donc je lui demande, en se couchant, comme exercice et séance d'auto hypnose...* »

Le médecin H propose aussi aux patients de **s'endormir sur de l'hypnose**. « les patients qui vont s'endormir dessus... notamment en balayage corporel allongé »

La plupart des médecins disent utiliser au moins **l'hypnose conversationnelle** dans les troubles du sommeil au moins, lorsqu'il donne les conseils hygiéno-diététiques. « *l'hypnose conversationnelle est très utile lorsque tu donnes des conseils pour modifier l'hygiène de vie* »

Le médecin H évoque aussi l'utilisation de l'hypnose pour faire **accepter par exemple un appareillage nocturne** chez les patients avec un SAOS.

Deux médecins ont pour habitude d'envoyer vers des **centres spécialisés du sommeil** en cas d'échec de leur prise en charge. « *S'il n'y a pas d'amélioration et que le patient souffre ...* »

Une des conséquences qui semblait étonnante aux médecins E, H et K, est qu'il n'est pas rare d'observer une **amélioration du sommeil** chez les patients pris en charge en hypnose alors que le **motif initial n'était pas les troubles du sommeil**. « *Même s'ils ne sont pas venus pour les troubles du sommeil une des choses qui s'améliore en fait* », « *ce n'est pas rare que ça s'associe à une amélioration du sommeil...* », « *Certains disent "depuis que j'ai fait les séances je dors mieux" alors que ce n'était pas leur demande première...* »

3.4. Résultats et impacts de la pratique de l'hypnose médicale du point de vue des médecins généralistes interrogés

Enfin, dans cette dernière partie nous allons exposer le ressenti des médecins sur les conséquences de cette pratique sur eux, leur pratique, leur patient ainsi que la façon dont ils

évaluent ces résultats, permettant ainsi d'avoir leur avis sur la pertinence de l'utilisation de l'hypnose médicale, question initialement posée pour ce travail.

3.4.1. L'apport de la formation en hypnose et de son utilisation pour la pratique du médecin généraliste

Tous ont répondu spontanément que cette thérapie avait aujourd'hui une place **fondamentale**.

Cela leur permettait dans leur pratique de médecin généraliste de proposer une **alternative thérapeutique** à leur patient qui peut faire **sortir d'impasse**. *« Je pense que moi ça m'a beaucoup apporté de clés pour sortir d'impasse quoi... c'est à dire de moment où si tu t'en tiens à la prise en charge standard, ba t'es arrivé au bout de ton petit algorithme... », « peut servir de catalyseur ou d'accélérateur pour des problématiques spécifiques de médecine générale »*

Les médecins N, C, I et K insistent plus précisément sur le fait d'avoir une **autre réponse que la prescription** systématique de médicaments. *« C'est un outil de non prescription, d'économie médicamenteuse », « je trouve que c'est très pertinent et les patients aussi, notamment par rapport aux médicaments »*

En effet, cela leur permet de répondre à la demande des patients face à des **symptômes d'inconfort** échappant à la médecine traditionnelle. *« Cette part importante moi j'ai trouvé les mécanismes, les stratégies et les manières d'y répondre... »*

Le médecin K décrit cette thérapie comme un **complément de sa pratique**.

3 médecins expliquent ainsi la place importante qu'a la **part psychologique** de toute pathologie et la souffrance associée aux pathologies chroniques dans le vécu des patients. *« ça représente à mon avis 20% environ de la médecine générale et 20 % auquel si tu réponds par des examens ou des comprimés ben ils vont revenir en disant "ça ne va pas mieux" », « le côté psychologique dans toutes les pathologies à une part, pour moi en tout cas, importante.. »*

Le médecin L parle donc d'un **outil psychothérapeutique**. *« Je suis plus dans quelque chose de psychothérapeutique. »*

Le médecin C considère qu'étant régulièrement confronté à ces situations tant que médecin généraliste, il n'est **pas possible de fermer les yeux** sur cette part non expliquée par la médecine basée sur les preuves. *« Tu ne peux pas dire bon ça c'est irrationnel, ce n'est pas prouver donc ça n'existe pas, ça ne marche pas... »*

Le médecin I tient quand même à dire qu'il s'agit d'un outil permettant de proposer une solution mais **pas La solution** aux problèmes des patients. « *C'est sûrement une solution, une aide mais ce n'est pas La solution... les gens ils entendent bien ça ils sont contents d'entendre ça* »

Tous en tout cas s'accordent à dire que l'apprentissage et la pratique de l'hypnose a **radicalement changé leur relation avec le patient** et leur façon de pratiquer la médecine générale. Mais aussi **changer leur position** en tant que médecin généraliste et même dans **leur vie personnelle**. « *Ça modifie complètement le rapport soignant-soigné.* », « *vous faite de la médecine mais différemment* », « *au bout d'un moment quand on est imprégné de ça c'est vrai que ça rejaillit sur toute la façon qu'on a de parler maladie... ou souffrance quelle qu'elle soi... (pause avec sourire)* »

« *C'est un vrai bonheur et la relation avec le patient est toujours privilégiée...* »

« *C'est passionnant... ça change complètement ton métier* »

Le médecin G ajoute que ce changement de positionnement modifie la qualité du soin. « *Je pense que ça modifie la relation et aussi probablement la qualité du soins* »

Le médecin J insiste aussi sur le fait que ça lui permet de **varier sa pratique**, « *faut changer enfin moi c'est mon point de vue...* »

Le médecin N observe qu'il fait de **moins en moins de différence** entre sa pratique de médecin généraliste et celle d'hypnothérapeute. « *dans mon esprit il y a de moins en moins de frontière entre ce qu'on appelle l'hypnose et puis ce qu'on appelle la médecine générale* »

Ils déclarent avoir **changé de regard et d'état d'esprit** et que cette pratique a modifié leur **confiance en eux**. « *C'est l'hypnothérapeute, c'est lui, ce n'est pas le médicament et donc c'est aussi une façon pour chacun de prendre confiance en lui dans sa pratique* », « *c'est à dire d'un certain regard sur la personne, sur ses ressources par rapport à ce dont elle se plaint...* »

Le médecin K parle de **richesse** « *je ne communique plus de la même façon mais que ce soit avec ma famille, avec mes amis et avec mes patients... (pause)* » et le médecin I parle d'une **seconde nature**.

Elle a aussi permis au médecin F de **réfléchir sur lui-même**.

Trois médecins, M, N et K expliquent que les principes de cette thérapie étaient en **cohérence avec leur philosophie personnelle de fond**. « *Correspond à ma façon d'être et de penser et de travailler.* », « *s'est intégré sans difficulté dans mon parcours, mon système de valeurs...* »

Les médecins J, M et A apprécient aussi le **caractère non violent de cette thérapie** ainsi que le côté rassurant d'être sûr de **ne pas faire de mal** au patient. « *De toute manière il ne peut rien se passer de grave au pire il ne se passe rien, rien ne bouge* », « *quoi que tu fasses il va se passer mieux que si tu ne fais rien... puisque c'est dans la relation qui est là... (sourire)* »

Il était aussi important de souligner pour tous les médecins que le fait de se former à l'hypnose leur a apporté un **outil de communication** même sans faire de l'hypnose à proprement parler. « *Un outil de communication à 100% avec tous les patients...* »

Pour la médecin J, cette pratique lui permet aussi de **ralentir le rythme** et de **prendre le temps**, ce qui n'est pas le cas avec ses consultations en tant que généraliste. « *Je fais une médecine autrement je prends mon temps ce qui n'est jamais le cas* »

Pour la plupart, cette compétence les a aidés à remettre le **patient au centre de la prise en charge** et de le traiter dans sa **globalité**.

Comme cité précédemment, deux médecins ont à nouveau souligné l'utilité que cela pouvait avoir pour effectuer des **gestes invasifs** dont on a parlé précédemment en consultation de médecine générale et ont ajouté qu'ils se sentaient plus en confiance pour les faire.

Deux médecins déclarent être halluciné par **certains résultats** obtenus avec des patients. « *j'ai eu des résultats sur des trucs mais complètement hallucinant donc voilà...* »

Par ailleurs, le médecin H souligne le fait que comparé à la médecine traditionnelle allopathique, le **résultat n'a pas vraiment d'importance**, étant convaincu que l'hypnose en elle-même a un effet thérapeutique et qu'elle est toujours très riche et permet dans tous les cas de découvrir des choses sur soi. « *La pratique de l'hypnose en elle-même, quelle que soit la façon de le faire, ça a un effet bénéfique de façon globale, mais aussi sur le sommeil...* », « *que le résultat soit conforme ou pas à ce qu'ils attendent voilà... (pause)* »

Les médecins J et K trouvent aussi **important qu'ils soient médecin** dans cette pratique et donc de se différencier du rôle de guérisseur ou du côté ésotérique. « *D'être à la fois médecin parce que d'abord ça rassure les patients* », « *c'est bien de pouvoir faire les deux* »

Quatre médecins affirment que cette **compétence devrait être enseigné** pendant nos études. « *Ça devrait être déjà un module de formation dès le départ pour la médecine..* », « *Je pense que l'hypnose devrait faire partie de la boîte à outils de chaque médecins généralistes* », « *j'aimerais bien que l'hypnose rentre un peu dans formation des médecins, simplement pour leur dire ça existe quoi...* »

Deux médecins parlent même de **carence de formation** lorsqu'il s'agit de prendre en charge ce type de trouble dont la réponse ne réside pas dans la prescription médicamenteuse. « *qu'est-ce qu'on a eu comme formation là-dessus... pas eu grand-chose* »

3.4.2. Le vécu du praticien dans sa pratique

3.4.2.1. Le confort que ça lui apporte

10 des 14 médecins interrogés ont souri lorsque le sujet de leur confort a été abordé. Et 7 ont répondu spontanément « très confortable ».

Les $\frac{3}{4}$ des médecins ont dit sans hésitation que l'hypnose avait **changé leur pratique en bien**. « *L'approche hypnotique a changé complètement ma pratique et a complètement changé ma vie...* », « *ça a modifié totalement ma façon de voir la vie, ma philosophie de vie, dans la relation...* », « *La façon d'aborder les patients entre maintenant et il y a encore trois quatre ans ça n'a rien à voir...* »

Les médecins C et A dit même avoir retrouvé du **plaisir** dans sa pratique. « *C'est vraiment ces moments où t'es heureux de faire ce métier quoi...* », « *en plus au quotidien ça m'apporte du plaisir dans la pratique...* »

Le médecin A dit en riant qu'il **se marre avec les patients** et que c'est formidable. « *tu peux rire avec les patients... tu peux t'amuser...* », « *ils viennent avec des trucs pas possibles et on se marre..* »

La médecin D relate que son **entourage est surpris** de son changement de comportement. « *Même mes enfants me disent "papa tu as complètement changé..."* »

Le médecin M décrit une **relation à présent privilégiée** avec ses patients. « *C'est un vrai bonheur et la relation avec le patient est toujours privilégiée...* »

Le médecin J souligne le fait que c'est fascinant de pouvoir **traiter une personne juste avec la parole**. « *Juste par la parole quoi en fait.. (haussement de sourcil) ... (pause)* »

Les médecins D et M ressentent **plus de confiance en eux** en consultation depuis qu'ils font de l'hypnose. « *L'approche hypnotique me donne de la confiance* »

Le médecin A apprécié le fait qu'il **peut être lui-même** en consultation et en hypnose. « *Elle permet d'être comme dans la vraie vie, presque comme avec un copain..* »

10 médecins ont utilisé plusieurs fois les mots **sérénités, apaisant, ressourçant, reposant**. « *c'est une pratique ressourçante.* » « *C'est confortable, agréable et tout sauf épuisant pour moi..* », « *c'est toujours un moment très ressourçant je trouve* », « *c'est apaisant.* », « *je rentre chez moi je suis frais comme un gardon...* »

Le médecin I dit se **sentir mieux dans sa peau**. Les médecin D et A affirment ressentir **moins de pression** dans leur travail. « *Je ne me fais plus emmerder...(pause) y a plus de pression... (pause longue)* », « *je n'ai plus rien à prouver donc c'est beaucoup plus facile....* »

En effet, ce propos est aussi tenu par le médecin A qui trouve confortable de ne pas être dans la pensée que l'on doit **sauver l'autre** « *à partir du moment où je sais que c'est lui qui a les cartes en main, ça rend plus léger les choses... (pause)* »

Le médecin J parle de **moment de respiration**.

Un autre médecin trouve ça **moins fatiguant que sa pratique de médecine générale**. « *l'avantage de l'hypnose éricksonienne c'est que ce n'est pas nous qui faisons... c'est le patient qui fait son travail ce n'est pas nous..* »

Le médecin E pourrait **en faire toute la journée**. « *Je trouve ça tellement extraordinaire* »

Le médecin C déclare que ça lui permet de **relever la tête** et laisser venir les émotions dans la relation avec le patient.

Le fait de pouvoir **prendre le temps** revient aussi souvent dans les propos de la plupart des praticiens. « *Parce que là je vais me permettre de prendre le temps* »

Quatre médecins ont souligné le fait qu'ils sont aussi en hypnose lorsqu'il la pratique et que cela pouvait permettre de **résoudre des problématiques personnels**. « *On est autant en été d'hypnose que les patients...* », « *moi aussi j'en profite...* », « *quand je suis en séance d'hypnose, dès la deuxième séance je suis moi-même dans un état hypnotique..* », « *lui il en a tiré bénéfice et curieusement moi le problème j'ai trouvé ma solution... alors ça c'est ça qui est assez bluffant..* »

Le médecin K me confie qu'il aurait aimé **découvrir ça plus tôt**. « *j'aurais été heureux de découvrir ça à 20 ans, qu'est-ce que ça aurait été facile* »

Le médecin F décrit l'hypnose comme de la **poésie**. « *C'est de la poésie, j'adore... (pause)* »

Le médecin C relève que ça stimule énormément la **créativité** en amenant une part de jeu. « *En plus le côté créatif... Il y a beaucoup de jeu finalement...* »

Le médecin D note avoir découvert grâce à ça des **ressources insoupçonnées de l'espèce humaine**. « *Je ne doute plus des ressources de l'espèce humaine... (pause longue)* »

Le médecin F le **conseil vivement**. « *Je conseille vivement de faire de l'hypnose, c'est fabuleux, c'est poétique...* »

Les médecins G et C ont trouvé beaucoup de confort dans le fait d'être **plus dans le ressenti** que dans la réflexion et de laisser plus de place à leurs **émotions** dans leur pratique. « *à savoir que je fais beaucoup plus attention à ce que je ressens face aux patients* »

Le médecin N considère être un confort de pouvoir **proposer une alternative** aux patients qui ont essayé de multiples méthodes en vain pour résoudre leurs problèmes. « *le confort c'est déjà de pouvoir répondre...* ». Le médecin N ajoute en plus que ça permet de faire avancer rapidement dans certaine problématique du patient ce qui est **gratifiant**.

I le formule en disant que c'est confortable de pouvoir **voir qu'il se passe quelque chose**, qu'il y a du changement. « *il se passe quelque chose, c'est pour ça que c'est confortable...* »

Cela a aussi permis au médecin E de diminuer le nombre de **consultation qu'il juge difficiles**. « *mais globalement ça a diminué des deux tiers.* »

Le médecin M dit que ça lui permet de **redécouvrir des patients** qu'il connaît depuis plus de 20 ans et trouve ça formidable. « *Tu découvres encore des gens que tu pensais connaître et ça c'est un vrai bonheur pour moi...* »

Le médecin I se sent aussi plus à l'aise à l'idée de ne **plus donner d'ordres**. « *ça fait longtemps que je n'ai plus envie de donner des ordres, j'ai horreur d'ordonner...* »

Le médecin K constate aussi **qu'être dans une pratique confortable** est primordial pour que la thérapie soit **efficace** pour les patients. « *Mais ça fonctionne bien si effectivement je suis aussi dans mon confort* »

Pour quatre médecins, le fait de ne ressentir **aucune difficulté** dans cette pratique est aussi confortable. Et **plus le temps passe plus la pratique est confortable**. « *Je n'éprouve pas de difficultés* », « *C'est extrêmement confortable... je n'ai aucune difficulté* »

3.4.2.2. Les difficultés ressenties par le médecin

Malgré leur enthousiasme général sur l'hypnose les médecins interrogés avouent rencontrer certaines difficultés dans leur pratique.

La première chose qui revient chez quasiment tous les médecins sont les **perdues de vue**. « *c'est vrai que c'est quand même dommage que je ne puisse pas le savoir autrement qu'en le croisant à la poste quoi... (pause avec haussement d'épaule)* », « la difficulté c'est quand on ne revoit pas les personnes... »

Alors que certains médecins déclarent **ne plus avoir de difficulté à présent** ils disent quand même en avoir éprouvées **au début de leur pratique**. « *si quand j'étais jeune peut-être j'avais peur que les gens ne s'endorment pas à l'époque on pensait qu'il s'endormait* », « *on avait un sentiment un peu de ramer clairement...* », « *Quand j'étais jeune médecin peut être ça aurait été une difficulté* »

Un des médecins pensent **qu'un peu d'expérience est importante** pour se sentir confortable. « *Quand tu es jeune et que tu as des patients qui ont plus de surface sociale que toi...* », « *Mais c'est vrai qu'au début, c'est comme faire du vélo, c'est un peu bizarre, on a beau donner toutes les explications tant qu'on n'est pas monté dessus... (bruit de bouche)* ». Cette prise en charge nécessite parfois de **créer une rupture** qui n'est pas facile à faire lorsqu'on est jeune médecin. « *Il faut faire de temps en temps une rupture, ça peut être une difficulté mais ce n'est même pas une difficulté parce que j'ai l'âge si tu veux..* », « *Mais c'est très difficile en quittant les études de médecine, il faut déjà avoir une confiance...* ».

Le médecin L dit qu'il lui arrive d'**adresser** vers un confrère lorsqu'il ne sent **pas assez expérimenté** pour traiter le ou la patiente. « *Écoutez, je pense que vous avez besoin de quelqu'un de plus expérimenté que moi...* »

La médecin J, L, M et E abordent aussi le sujet de la **contrainte de temps**. « *Quand il y en a 50 qui attendent à côté ce n'est pas toujours simple...* », « *pour le faire bien en 35 minutes ça veut dire qu'il faut qu'on aille très vite à l'essentiel !* », « *la seule chose c'est l'organisation du temps mais bon* »

Le médecin L trouve qu'il a déjà **trop de patient**. « *je prends plus de nouveaux patients parce que je suis, je suis trop plein.* »

Le médecin L parle aussi de **contraintes financières**. « *Comme c'est un cabinet de groupe, je ne peux pas me permettre de couler du fric à mes associés* », « *une heure d'hypnose à 25 euros s'est compliqué quoi...* »

Les médecins L, M, D et E trouvent quand même que c'est une pratique **fatigante** au quotidien parce que ça demande de la concentration et de l'attention. « *Ce qui m'épuise ce n'est pas de*

chercher le résultat ou quoi que ce soit, c'est d'être présent... » « attentif à la personne en face de soi.. sa demande d'une capacité de présence, d'observation.. (pause) qui fatigue quoi... », « je trouve que c'est crevant... »

Le médecin J **ne pourrait pas faire ça toute la journée.** *« Moi je ne me vois pas du tout faire une journée entière que ça... »*

Le fait d'**improviser** et de **beaucoup parler** est fastidieux. *« Je parle beaucoup, de moins en moins mais quand même beaucoup, j'invente pas mal, ça vous demande quand même un effort... (pause) »*

Le médecin J la décrit comme une **fatigue agréable.** *« c'est hyper agréable c'est fatigant aussi mais c'est hyper agréable », « mais ce n'est pas la même fatigue que les journées au cabinet. »*

Quatre médecins parlent des **a priori des gens** sur l'hypnose qui peuvent représenter une difficulté. *« il fallait passer plusieurs minutes pour dire ce n'est pas comme Messmer à la télé ou autre », « parce qu'il est chargé de plein de connotations », « Ba les difficultés c'est déjà la méfiance des gens vis-à-vis de l'hypnose parfois... »*

D'un autre côté les médecins D, E et K relèvent plutôt les **attentes de certains** patients qui peuvent être déçus. *« Donc le grand mage n'était pas un mage... (rire) », « c'est plus le trop d'effet de l'hypnose de ce qu'ils en attendent que les images et les représentations », « il peut y avoir éventuellement une déception du patient parce qu'il s'attendait à autre chose... »*

Le médecin C parle de **ses représentations à lui** qui peuvent représenter une difficulté. *« On projette beaucoup et du coup il y a des patients à qui on propose parce que on pense qu'ils vont être ouverts et à d'autres à qui on ne propose pas parce qu'on pense qu'ils ne seront pas ouverts, alors qu'en fait je pense qu'on se trompe assez souvent... »*

Il y a aussi certains patients **avec qui ça ne passe pas** selon les médecins N, C et K. *« ça m'arrive d'avoir des difficultés de contact avec certaine personne », « c'est la compatibilité aussi entre les gens... », « il y a des patients ou je ne suis pas à l'aise et c'est important je respecte ça aussi. »*

De plus, les médecins G, J, M et C disent encore avoir **l'appréhension que ça ne fonctionne pas** ou de ne **pas savoir quoi faire** pendant la consultation. *« Un patient qui n'arrive pas à se mettre en hypnose... », « je ne me demande pas quel bout je vais les prendre... », « je reste toujours inquiet avant de commencer », « que je sois un être trop rationnel et d'intellectualisé trop pour que ça marche... »*

Le médecin A a observé qu'il était parfois plus difficile de traiter **le sexe opposé**. « *la question de la sexualité, il y a quand même un cadre à bien respecter...* »

Le médecin H dit aussi qu'il n'est pas tous les jours facile de **percevoir la souffrance des patients**. « *Dans l'empathie avec les patients, la perception des émotions.. c'est plus ça qui est, peut-être plus inconfortable...* »

Le médecin D dit qu'il n'a pas été facile de faire le « **saut** » **dans cette pratique**. « *si elle ressent quelque part que moi je ne suis pas capable de sauter elle ne se sautera pas... (longue pause)* »

En effet, cette pratique nécessite un **investissement personnel** et une nouvelle façon de penser.

Un des médecins ne trouve **pas toujours facile de changer de casquette**. « *C'est de changer de casquette à l'intérieur de moi...* »

Le médecin L dit aussi que cette pratique nécessite **d'apprendre en permanence** ce qui n'est pas toujours évident. « *Il y a la difficulté que... (pause) j'ai l'impression que j'apprends en permanence...* »

La médecin J et G se trouvent **un peu seul dans cette pratique** et aimeraient pouvoir être plus accompagnées. « *vous avez le sentiment d'être un peu seul quoi... (pause réflexion)* »

3.4.3. L'effet sur les patients du point de vue des médecins issu de leur expérience et des retours

En ce qui concerne l'effet en consultation, deux médecins observent que les patients **pleurs** souvent la première fois.

« *en général la première fois ils pleurent et j'ai plein de mouchoir dans la corbeille..* »

Le médecin I raconte que les patients disent avoir **ressenti quelque chose** et avoir des **sensations étranges** en sortant de la consultation. « *Elle me dit qu'elle était bizarre en sortant, détendue et surtout qu'elle avait l'espoir que ça change...* »

L'expérience de l'hypnose leur permet **d'aborder des choses difficiles** selon le médecin A. « *ils me disent "c'est difficile ce que vous me demandez là"... quasiment tout le temps...* »

Le médecin D remarque que **le regard des patients** vis-à-vis de lui à changer depuis qu'il fait de l'hypnose : *« Comme moi ma position a changé l'attitude des patients qui viennent à changer aussi »*

Pour la majorité des médecins, l'hypnose a permis au patient d'observer des **améliorations sur des points inattendus**. Et donc de **résoudre des problématiques** qui ne leur étaient pas connues. *« Ils s'autorisent à changer des trucs dans leur vie qui n'ont rien à voir avec le motif annoncé. », « moi je me sens mieux et tous les gens qui me connaissent me disent que j'ai changé »*

Les médecins N, K, C, I et K observent que les patients apprécient le fait de **découvrir leurs ressources** et d'en **apprendre plus sur eux-mêmes** afin de voir les **choses différemment**, que la thérapie en elle-même ai été **un peu, beaucoup ou pas du tout efficace pour le problème initial**. *« c'est l'occasion pour eux de découvrir un trésor qui leur appartient et qui est à leur portée », « c'est toujours très riche pour les patients », « permettre de se reconnecter à eux-mêmes et de mieux vivre avec ce qu'ils ressentent... », « je l'ai aidé un petit peu mais c'est elle qui a fait le truc... »*

Le médecin G parle aussi de patient qui sont **surpris** lorsqu'il découvre leurs ressources. *« je n'aurais jamais pu m'asseoir une heure comme ça sans bouger" »*

Beaucoup de patients relatent selon les médecins que cela leur a permis de **reprendre le contrôle sur leur vie** et apprend **une nouvelle façon de fonctionner**. Certains relatent que le **patient se dit libérer**. *« L'occasion pour les gens de découvrir une certaine façon de fonctionner... », « de retrouver la main sur leur vie... », « de regarder leurs problèmes un peu différemment... », « découvrir un nouveau regard sur plein de choses »*

Le médecin B revient sur la notion de confort et dit que les patients sont plus **confortables** dans leur vie après. *« tous disaient je me sens plus confortable et moins anxieux.. »*

Les médecins K remarque que les patients se permettent alors de **croire que les choses peuvent changer** et donc que le changement est possible. *« Ils découvrent que, bah oui ça change les choses... »*

Par ailleurs, elle a aussi permis une **diminution de la prise de médicaments**. *« Elle n'a plus pris du tout du tout de stilnox ... (pause) »*

La médecin G a observé qu'il arrivait au patient d'oublier **complètement le trouble** pour lequel ils ont consulté. *« il y a des patients qui ont oublié complètement »*

Le médecin J décrit quand même des patients **chez qui ça n'a pas marché**. « *Chez des gens je sais que ça n'a pas marché du tout hein bon voilà, moi je leur dis bien ce n'est pas miraculeux non plus* »

3.4.4. L'évaluation de la pratique et de l'efficacité par les médecins

Enfin, dans cette dernière sous partie nous allons faire la lumière sur ce que pense les praticiens de l'évaluation de l'efficacité de leur pratique ainsi que les outils qu'ils utilisent.

La moitié des participants ont répondu **ne pas évaluer l'efficacité**. « *docteur.. un résultat.. et bah non... je m'émancipe de la solution.. je n'ai aucun résultat (pause) comme ça j'ai aucun échec (rire)* », « *Je ne pose pas vraiment la question de l'efficacité, du résultat...* », « *pour moi c'est important que le patient il est la conviction que c'est Lui... qui a guérit..* »

Les médecins L, M, N et H sont persuadés **qu'il se passe toujours quelque chose** même si ce changement n'est pas objectivable. « *Il se passe toujours quelque chose malgré tout..* », « *une personne à travailler de cette façon avec elle-même de toute façon c'est une source d'efficacité...* »

Le médecin K a aussi parlé de l'objectivation d'effet **au niveau cérébral vu à l'IRM**. « *En état d'hypnose il y a des zones du cerveau qui s'activent* »

La médecin G pense même qu'il n'est **pas productif de reparler du problème**, cela peut même le réenclencher. « *jamais jamais jamais... parce que ça peut re déclenché le symptôme...* », « *quand vous avez un trouble et que vous réussissez à régler grâce à l'hypnose ne faut surtout pas revenir et rediscuter de ça* »

Le médecin D dit que le **résultat n'est pas important**. « *ce n'est pas grave, ce n'est pas mon résultat... ce n'est pas mon problème (pause, recul sur sa chaise)* »

Le médecin L et K formule ça en disant que d'établir une **causalité entre l'amélioration et la thérapie hypnotique** n'est pas importante tant que le patient va mieux de son point de vue. « *Après est-ce qu'il y a un lien de causalité, j'en ai aucune idée et en vraie je m'en fou* », « *ma part elle n'est pas très importante...* »

D'autres en revanche prennent **un temps en début de consultation** pour discuter de ce qui a changé avec le patient afin de définir la suite de la prise en charge. « *Est ce qu'il y a quelque*

chose qui a changé depuis la dernière fois ? », « dire de synthèse de la première séance avant de commencer la seconde », « j'évalue qualitativement, "qu'est-ce que vous diriez qui va mieux"... »

Le médecin A évalue aussi **à la fin des séances**. *« Peu de mes séances ne se termine pas par la question "voilà est-ce que ça va bien comme ça pour aujourd'hui est ce que ça suffit ?" »*

L'évaluation est importante pour certains **patients** selon le médecin B. *« Les patients déjà en tient compte dans leurs demandes »*

Presque tous évaluent l'efficacité grâce à **l'arrêt ou la diminution des médicaments** tout au long du suivi. *« la déprescription pour moi est un résultat enfin est une évaluation positive évidente et ça arrive... », « c'est un vrai résultat positif pour moi. », « bien sur l'arrêt des traitements ça c'est la règle de base », « Si ça va mieux ils en prennent moins... »*

Les médecins M et I essayent d'utiliser des **modes d'évaluation existant**. *« pour savoir s'ils dorment mieux si... moi j'utilise souvent l'agenda du sommeil », « Je l'évalue facilement sur des échelles de qualité de vie et de qualité de sommeil »*

Alors que les médecins A, I et E font **leurs propres échelles** uniquement pour objectiver un avancement avec le patient. *« "à combien on est ? 100 % ça va très bien, 0 % vous ne seriez pas revenu six fois donc à combien vous évaluez la progression » « je demande sur une échelle de 1 à 10 comment vous vous sentez »*

Certains pensent qu'il n'y a **pas de possibilité d'évaluation** ou du moins qu'il est difficile d'évaluer : *« il y a aucune possibilité d'évaluation aujourd'hui.. même les études ont du mal à évaluer les résultats.. », « je n'utilise pas d'échelles.. D'abord les échelles n'ont pas été validée », « c'est un peu difficile... l'hypnose est une thérapie sur mesure », « c'est compliqué de faire derrière des tests pour valider... », « parce que la médecine par les preuves c'est compliqué... »*

Le médecin I fait le constat d'une amélioration lorsque le patient commence à vouloir **espacer les séances**. *« L'espacement des séances et le fait qu'un moment donné les gens ça leur va bien »*

4 médecins ont à nouveau parlé des **perdus de vue** en argumentant qu'il y a plusieurs façons de voir les choses, cela peut donc être considéré comme une efficacité ou un échec. *« je ne sais pas toujours ce qui se passe après la première séance.. »*

Il y a aussi le **retour d'efficacité directe** des patients. *« La personne qui revient et qui me dit qu'elle a réglé son problème de tabac ou de sommeil » « je vois bien qu'il y a certaines choses qui bougent... », « tu vois la progression, la réponse... », « quand les gens viennent et qu'on en*

parle... au fur et à mesure des consultations... », « de l'extérieur elle était parfaitement bien... », « je constate quand même que les gens sont mieux », « je suis une vraie scientifique donc je ne crois que ce que je vois et donc ça marche... »

Les résultats parfois **peuvent être inattendu**, le docteur L parle d'un cas où la thérapie a été efficace mais il ne pensait pas que ça pouvait marcher. « J'étais sûr que ça ne marcherait pas ça pour laquelle ça a marché... c'est curieux... »

Pour le médecin C c'est dans la **qualité du lien créer** est un marqueur d'efficacité. « tu la mesure déjà dans la qualité du lien que tu construis avec ton patients »

Les médecins D raconte avoir fait **l'expérience d'efficacité immédiate**, presque miraculeuse. « Elle ressort de ça, elle se lève, elle oublie sa canne... »

Le médecin I note ses consultations et sont suivis dans un logiciel. Cela lui permet d'avoir un **aperçu de l'efficacité** de la thérapie.

6 médecins considèrent que le fait que les patients **reviennent en consultation** est un signe suffisant d'efficacité. D'autres disent constater une efficacité lorsque de nouveaux patients **consultent sous les recommandations d'autres**. « *les seuls résultats que je peux évaluer c'est la bouche à oreille* », « *j'ai régulièrement des gens qui viennent qui me recommandent donc ça, ça me suffit* », « *quand c'est d'autres personnes qui viennent de la part de quelqu'un et là on peut dire c'était bien..* », « *c'est intel qui m'a dit de revenir, d'ailleurs il ne fume toujours pas donc c'est bon son sevrage fonctionne... c'est souvent comme ça...* »

Deux médecins remarquent qu'il est **très difficile d'évaluer scientifiquement** cette thérapie du fait du côté unique de chaque patient et des résultats. « *on n'a pas réussi à bâtir une approche expérimentale critique de l'hypnose..* », « *c'est la spécificité de l'hypnose c'est que ce n'est pas quelque chose qui est très scientifique ...* »

Les médecins B et G rapporte tout de même certaines **études scientifiques** de bonnes qualités retrouvant une **efficacité**. « *Des articles scientifiques d'évidence base médecine, donc en essayant d'éliminer le maximum de biais et qui montre que oui c'est actif, notre approche aide le mauvais dormeur à mieux dormir...* », « *maintenant les études montrent clairement quand une séance d'hypnose est bien menée tranquillement, en toute liberté etc, il y a des résultats donc... (pause)* »

Quatrième partie : DISCUSSION

1. Validité méthodologique

1.1. Les limites de l'étude

1.1.1. La population étudiée

Une partie des médecins contactés m'ont été recommandés par des médecins interrogés au début de l'étude, ce qui a pu limiter la diversité de l'échantillon. Il s'agissait souvent de médecins s'étant rencontrés au cours d'une formation commune à l'hypnose.

La population étudiée était composée, pour des raisons de transport, de médecins généralistes exerçant uniquement en Île-de-France.

Même si l'âge des praticiens n'était pas un critère de sélection, nous avons essayé d'interroger des médecins avec des panels d'expériences très différents, afin d'avoir un échantillon large. Cependant, 7 utilisaient l'hypnose depuis plus de 10 ans et 3 depuis plus de 5 ans, ce qui représente une majorité de médecins très expérimentés.

La parité des genres n'a pas été respectée dans cette étude. En effet, seul 2 médecins femmes ont répondu positivement, sur 8 demandes d'entretien par mail. Ce profil est aussi différent de la population étudiée lors d'un autre travail de thèse sur le sujet qui présentait presque la moitié de médecins femmes (83). Il est possible que cette répartition inéquitable ai limité la diversité des résultats obtenus.

1.1.2. Les entretiens

Les entretiens ont été effectués sous la forme d'entretien semi-dirigé. Des entretiens par *Focus Group* auraient pu être menés. En effet, cette technique permet d'appréhender, en plus des représentations des participants, l'argumentaire qui se construit dans le groupe. Autre avantage non négligeable, le *Focus Group* est déjà en soi, un mini-débat qui s'avère être intéressant dans le cadre d'une étude qualitative sur les représentations d'une pratique. Cependant, la répartition géographique de l'échantillon était grande ce qui rendait très compliqué l'organisation de cette technique. De plus, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels pour conserver

une certaine intimité, permettre une meilleure liberté de parole et éviter l'homogénéisation des données autour de leader d'opinions.

Un guide d'entretien a été réalisé afin de dégager une trame de questions. Si le guide présente de nombreux avantages, il peut également avoir des inconvénients : apprendre à se détacher du guide, rester ouvert dans les questions, expliquer son usage à l'interlocuteur et savoir l'adapter en fonction de la direction de la discussion afin de ne pas influencer les réponses du sujets interrogés.

Les limites constatées à l'utilisation du guide et lors des entretiens sont les suivantes :

- Le guide n'était pas assez orienté pour la prise en charge des troubles du sommeil, ainsi les médecins ont beaucoup évoqué leur pratique de l'hypnose de manière générale plutôt que dans le traitement des insomnies, malgré les tentatives d'amélioration du guide au fur et à mesure. Cependant, pour quasiment tous les médecins, il n'y avait pas de différence fondamentale entre l'hypnothérapie des troubles du sommeil et celle d'autres troubles. Cette constatation peut mettre en lumière un contraste existant entre la perception actuelle d'une médecine centrée sur le symptôme et le principe fondamental d'une thérapie par l'hypnose centrée sur la globalité du patient.
- Au cours des entretiens, il a parfois été difficile de guider la discussion. En effet, par respect pour les médecins interrogés et pour qu'ils se sentent libres de donner des informations approfondies, l'opérateur a préféré ne pas couper la parole dans leurs interventions en les laissant aller au bout de leur idée, amenant certains hors-sujets.
- Il est aussi important de remarquer qu'au cours des discussions, du fait des méthodes de communication des médecins interrogés, l'opérateur a pu être en état d'hypnose. Cet état modifié de conscience peut être accompagné de distorsions temporelles et affecter l'attention consciente portée sur le langage non verbal et les relances.
- Durant les premiers entretiens, il est arrivé que les relances soient des questions fermées n'incitant pas le praticien à développer plus son idée. Nous avons par la suite, par des modifications du guide, fait plus attention aux formulations des relances.
- Un des entretiens n'a pas été enregistré suite à un problème technique avec l'enregistreur vocal. Il a été décidé de ne pas l'inclure.

1.1.3. La méthode analyse

Par manque de temps, une deuxième lecture n'a pas pu être réalisée par le directeur de thèse, mais un double codage a été réalisé sur un des entretiens afin de corroborer les résultats et de s'assurer de la reproductibilité de la méthode. Ceci peut quand même être considéré comme une limite de la validité des résultats codés.

À la lecture des retranscriptions, le texte a été codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. L'émergence et l'ordonnement des thèmes sont subjectifs et présentent un risque de biais interprétatif. En effet, la mise en ordre tient compte de l'importance d'un thème par rapport aux autres et de sa pertinence en référence à l'objet de la recherche, il est ainsi difficile de supprimer l'implication du chercheur.

Néanmoins, la méthode des recherches qualitatives consiste à s'adapter aux propos exprimés par les sujets interrogés et de les analyser avec le moins de biais d'interprétation possible. Par conséquent, l'idée exprimée par la majorité des médecins reposant sur l'absence de protocole spécifique à l'insomnie, et créant un déséquilibre entre les propos sur la pratique de l'hypnose en général et celle spécifique aux troubles du sommeil, n'empêche pas la cohérence avec les objectifs de l'étude.

1.2. Les Force de l'étude

1.2.1. La population étudiée

Premièrement, le recrutement des praticiens interrogés a permis d'atteindre la saturation des données après 12 entretiens. Les deux derniers ont permis de vérifier qu'il n'y avait plus de nouvelles données.

Nous avons essayé d'inclure un échantillon aussi large que possible parmi des praticiens généralistes hypnothérapeutes afin de recueillir une grande diversité de propos. La variété des formations chez les praticiens représente une force de l'étude. En effet, 4 médecins ont été formés à l'Institut Milton Erickson de Lyon, 3 à l'UNAFORMEC Ile-de-France, 3 à l'Institut Français d'Hypnose et 3 médecins ont fait le DU de la Pitié Salpêtrière.

La population de l'étude était composée de 14 médecins généralistes d'Île-de-France avec une médiane d'âge de 57 ans. 12 médecins avaient plus de 50 ans et 2 moins de 50 ans. Même si l'objectif n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif, l'échantillon est cohérent avec l'âge dans la population de médecine générale.

Parmi la population, une minorité exerçait en milieu rural, ce qui diffère des études du Dr Gallet (83) et du Dr Desmars (81) pour lesquels la majorité des médecins exerçaient en zone rurale. Ces études se déroulaient à Tours et à Rennes ce qui peut expliquer cette différence. Ainsi, une force de notre étude est qu'elle apporte de nouvelles données issues d'un milieu majoritairement urbain.

Onze des quatorze médecins interrogés pratiquaient une activité complémentaire à leur pratique de médecine générale (médecine thermale, ostéopathie, mésothérapie, maladie infectieuse, sexologie, addictologie, acupuncture, échographie).

1.2.2. Les entretiens

Un guide d'entretien a été rédigé afin d'avoir une trame souple de questions ouvertes, cohérentes avec les objectifs de la thèse, les plus neutres possible, simples et faciles à comprendre afin de donner au sujet interrogé la plus grande liberté de parole. Ce guide a aussi été adapté après chacun des entretiens afin de mieux orienter la discussion vers la question initiale et aborder des sujets qui n'avaient pas été repérés au départ.

Deux entretiens non enregistrés avec deux médecins volontaires ont été réalisés pour évaluer la cohérence des questions ainsi qu'anticiper la durée des entretiens.

Les entretiens se sont tous passés dans un climat de confiance, de respect mutuel et de bienveillance. Tous les médecins ont pris le temps d'élaborer des réponses construites aux questions posées et de formuler verbalement un vécu implicite nécessitant une prise de recul sur leur pratique quotidienne. Les entretiens ont été très instructifs pour ce travail.

1.2.3. La méthode d'analyse

La retranscription des données a été faite en verbatim et s'est déroulée au fur et à mesure des entretiens, permettant d'adapter le guide mais aussi de déterminer le moment de la saturation d'idées et terminer le recueil de données. Le maximum a été fait pour relever toutes les expressions langagières (onomatopées, figures de style, silences) afin de faire une analyse linguistique la plus juste possible. Les retranscriptions ont été soumises aux participants respectifs afin d'en assurer l'exactitude et éventuellement permettre l'émergence d'idées nouvelles, augmentant ainsi la validité.

2. Discussion des résultats

2.1. Synthèse des résultats de l'étude

Les propos recueillis semblent montrer une pertinence à utiliser l'hypnose en médecine générale sachant que tous les médecins ont dit utiliser de façon régulière cet outil thérapeutique. En effet, tous sauf un déclaraient, d'une façon ou d'une autre, que l'hypnose avait une place importante dans leur pratique.

Notre étude a montré que l'hypnose entraînait de manière unanime des changements dans la pratique médicale quotidienne des médecins. La moitié se considéraient plus apaisés, reposés et moins sous pression. Un praticien parle même d'avoir pu bénéficier de ses séances pour résoudre des problèmes personnels. Ce bien-être et ce confort professionnel sont liés essentiellement à un sentiment de valorisation de leur travail. Cette pratique a aussi apporté globalement aux médecins un nouveau regard sur eux même.

La majorité des médecins ont dit se sentir à l'aise dans cette pratique. Les contraintes de temps et financières induites par le manque de reconnaissance étaient les principaux freins exprimés. Les représentations et attentes des patients étaient aussi des difficultés fréquemment abordées.

Aucun patient n'a été interrogé dans cette étude, par conséquent, les informations décrites sont uniquement issues du ressenti des médecins rencontrés. L'idée qui revenait, chez tous les praticiens, était de permettre au patient d'ouvrir un espace de plus grande liberté dans sa prise en charge en le responsabilisant et en l'autonomisant. En outre, la majorité des médecins ont relaté une modification chez les patients de la perception de leur propre trouble ainsi que de leur regard sur eux même, induisant un changement dans leur fonctionnement.

Selon les médecins, le fait d'être médecin généraliste représentait aussi un apport non négligeable dans la prise en charge en hypnothérapie. Cela permettrait de rassurer les patients et d'aborder les problèmes de manière plus holistique. L'existence et le renforcement de la relation de confiance médecin-patient a aussi été très présente dans les entretiens.

En ce qui concerne les troubles du sommeil chroniques, la moitié des médecins déclaraient qu'ils n'étaient que rarement le motif principal de consultation. Neuf praticiens ont précisé qu'il n'y avait pas de technique spécifique d'hypnose pour le traitement des troubles du sommeil par rapport aux autres troubles. L'avis général des médecins de notre étude semble donc plutôt aller à l'encontre de l'idée d'une « recette » ciblée et adaptée à un problème.

Cependant, 6 médecins remarquaient que les troubles du sommeil étaient régulièrement une des premières améliorations constatées par les patients, que ce soit au cours d'une prise en charge

spécifique ou non. En effet, même lorsque le motif principal n'était pas les insomnies, il n'était pas rare pour les patients d'observer une amélioration de leur sommeil.

La pratique de l'auto-hypnose avait aussi une place fondamentale pour presque tous les médecins interrogés dans la prise en charge des insomnies et ce sujet a été abordé par tous.

Tous les médecins ont discuté de la place des médicaments dans le traitement des troubles du sommeil. Par exemple, 3 constataient que la plupart des patients vus en consultation d'hypnose et souffrant d'un trouble du sommeil avaient déjà un traitement hypnotique prescrit, 3 autres observaient que la demande des patients pouvait souvent être celle d'une alternative thérapeutique non médicamenteuse pour la prise en charge des insomnies. Tous les médecins ont en tout cas reconnu fixer comme objectif à leur prise en charge la diminution, l'arrêt ou la non prescription d'hypnotique. Huit médecins ont aussi remarqué que l'arrêt des médicaments ou la diminution de leur demande pouvaient représenter le marqueur le plus concret de l'efficacité de la thérapie, ils précisaient que ces situations étaient fréquentes.

Dix des 14 médecins se disaient satisfaits des résultats de l'hypnose, sans avoir forcément à les rechercher. Tous ont observé systématiquement un impact, au moins dans le cadre de la relation médecin-patient. Ceci étant dit, 10 médecins ont déclaré ne pas évaluer l'efficacité, six d'entre eux insistant sur l'absence de moyen d'évaluation fiable. En outre, tous les médecins ont rapporté qu'une des complications majeures de l'évaluation était le nombre important de perdus de vue. En effet, il est pour les médecins difficile d'évaluer si l'arrêt prématuré de la prise en charge était lié à une amélioration du problème ou une déception de la thérapie. Enfin, 5 médecins considéraient cette pratique sans risque pour le patient qu'elle soit efficace ou non.

2.2. La place de l'hypnose dans la pratique des médecins

2.2.1. Organisation des séances

Au sein de l'échantillon des médecins, 8 ont déclaré avoir des horaires dédiées, 4 programmaient des consultations en fonction de la demande sans horaires prédéfinies, un autre disait consacrer la quasi-totalité de son temps à l'hypnose et le dernier disait ne pas avoir la possibilité d'une pratique régulière. Ainsi, l'organisation diffère entre les participants mais une majorité de notre échantillon ressentaient le besoin d'avoir un moment établi et privilégié pour pratiquer l'hypnose. Pour 8 praticiens sur 14, il y avait un désir d'accroître cette activité. Pour les 6 autres, leur pratique suffisait, voire avait pris trop d'ampleur selon l'un d'eux. Nous observons donc que tous ont intégré de façon régulière l'hypnose dans leur pratique.

Le temps de consultation au cours de séances dédiées variait entre 30 minutes et une heure. Ces durées de consultation sont cohérentes avec celles relevées par des études similaires (81, 83-86).

L'utilisation de l'hypnose a lieu le plus souvent au cabinet médical. Onze médecins disaient utiliser la même pièce que leur cabinet de médecine générale, 3 évoquaient un lieu spécifique.

Il est intéressant de constater que les médecins trouvaient important d'être dans une posture confortable afin de ressentir une tranquillité physique et psychique pour les séances. De plus, le besoin de ne pas être dérangé durant l'hypnose semble être plus important que lors d'une consultation de médecine générale, cela peut être expliqué par le fait que le patient a besoin d'une ambiance calme et de se sentir en sécurité. Ce constat est retrouvé dans d'autres études qualitatives évaluant la pratique de l'hypnose chez les médecins généralistes (81, 83).

2.2.2. Recrutement

En ce qui concerne le recrutement des patients, 13 médecins ont évoqué le « bouche à oreille » comme étant la source principale de recrutement. L'autre modalité évoquée était l'adressage par des confrères ou autre professionnel de santé. La plupart des médecins proposaient de pratiquer l'hypnose à leurs propres patients. Deux seulement ont déclaré différencier catégoriquement leur patientèle suivie en hypnothérapie de celle suivie en médecine générale, qu'ils réorientaient, en cas d'indication, vers d'autres hypnothérapeutes. Ils précisait le fait de vouloir établir une différence entre leur pratique de médecin généraliste et celle de l'hypnose en tant que thérapie.

Enfin, la caractérisation de leur statut et de leur fonction lorsqu'ils pratiquent l'hypnose, a été abordée par 7 médecins. Parmi eux, 4 pouvaient se présenter comme psychothérapeutes en consultation dédiée. A l'inverse, trois ne voulaient pas s'attribuer ce titre. Ainsi, même si tous proposent des séances dédiées à l'hypnothérapie, tandis qu'une partie des médecins semblent considérer l'hypnose comme une psychothérapie à part entière, d'autres la considèrent comme un outil thérapeutique pour le médecin généraliste.

2.2.3. Publicité de leur pratique

Quatre médecins disaient ne pas faire de publicité pour leur pratique. Dans une étude de 2005 sur la pratique de l'hypnose en médecine générale, l'affichage de la pratique de l'hypnose aux patients était le suivant : « affichage sur la plaque professionnelle pour 9% des médecins, précision sur l'ordonnance pour 27%, affichage en salle d'attente chez 18 %, 14 % d'autre type d'affichage et 55% ne l'affichant pas » (85)

2.2.4. Application de l'hypnose en cabinet

Sept médecins notaient qu'être formé à l'hypnose permettait de pouvoir répondre aux troubles psychiques, comme à la part psychologique associée à toute pathologie, maladies chroniques surtout. Il s'agit d'un point important appuyé par une étude publiée dans l'Encéphale en 2009 qui relève la prévalence très importante de troubles d'ordre psychique en consultation de médecine générale (92), justifiant le nombre toujours plus important d'études consacrées à la santé mentale en médecine générale. Ce constat témoigne de l'augmentation de cette préoccupation chez les médecins généralistes.

Plus largement, les motifs de consultation d'hypnose étaient décrits comme relativement variés. Quatre médecins remarquaient que le tabac et l'anxiété étaient les motifs les plus fréquents, ceci est concordant avec une étude quantitative de 2013 qui a répertorié les résultats des motifs de consultation de 90 patients demandeurs d'une thérapie par l'hypnose. Les deux motifs les plus fréquents étaient l'addiction au tabac (24,4%) et l'anxiété ou angoisse (22,2%) (87). Cependant, 4 médecins interrogés dans notre étude disaient ne pas vouloir utiliser l'hypnose pour le sevrage tabagique ou la perte de poids du fait d'une indication précise et jugée trop restreinte. Ces propos mettent en lumière leur intérêt limité pour des thérapies centrées sur un problème au profit de problématiques plus complexes considérant le patient dans sa globalité, malgré le fait que ces motifs reviennent souvent dans la demande des patients. L'étude des différentes indications de l'hypnose ne faisait pas partie de nos objectifs, mais d'autres travaux ont montré que l'hypnose était utilisée pour des indications variées (81, 83, 84) correspondant aux motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale, décrits par le rapport de la SFMG (93). Ce constat oriente vers le fait qu'un grand nombre de patients de médecine générale pourraient bénéficier de cette thérapie.

Un seul médecin a évoqué l'emploi de l'hypnose pour des troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie, se disant très vigilant voire contre cette utilisation. Il n'existe pas d'étude pouvant justifier ou non cette indication, d'après un article de la revue Cochrane de juin 2012, précisant que les études dans ce domaine sont rares, de petite taille, mal documentées et dépassées. Les auteurs concluent que l'hypnose pourrait être utile chez les patients souffrant de schizophrénie, mais qu'il faudrait des études randomisées et contrôlée pour documenter son efficacité (94). L'absence d'étude sur le sujet correspond peut-être à l'appréhension courante en médecine générale de prendre en charge des troubles psychiatriques.

Trois médecins ont déclaré adresser les patients à un confrère s'ils ne se sentent pas capable de les prendre en charge. Cet élément pose la question de la responsabilisation des médecins quant à leur capacité d'autoévaluation à s'engager dans des prises en charges hypnothérapeutiques.

La moitié des médecins parlaient de l'utilisation de l'hypnose associée aux gestes invasifs en médecine générale tel que les vaccins ou les sutures. Cela conforte l'idée que la formation à l'hypnose apporte un outil dans la pratique courante de la médecine générale et non pas uniquement dans une démarche de soin psychothérapeutique.

La prise en charge pédiatrique a été abordée par 4 médecins surtout en ce qui concerne l'hypnose conversationnelle. Un seul médecin l'évoque dans le cadre d'une thérapie dédiée sans entrer dans les détails. De nombreuses études sur l'utilisation de l'hypnose chez les enfants ont été réalisées mais principalement en milieu hospitalier (95, 96). Un article de C. Wood et A. Bioy (97) a montré que les enfants sont particulièrement répondeurs à l'hypnose et cite plusieurs travaux évaluant un intérêt de celle-ci pour diminuer la douleur et l'anxiété lors de gestes médicaux.

Dans ce sens, tous les médecins ont reconnu utiliser l'hypnose dans quasiment toutes leurs consultations par leur façon de parler ou de donner des consignes aux patients. Pour eux, ce langage consiste principalement à utiliser des mots flous, des suggestions et des métaphores, en s'adaptant au système de représentations et de croyances du patient et en apportant des messages plus aptes à être entendus dans leur cadre de référence. L'utilisation de l'hypnose conversationnelle est citée par 11 médecins, un cite l'utilisation de « l'hypnose flash », et deux parlent de modification systématique de leur façon de parler en consultation. On retrouve ces mêmes informations dans d'autres travaux qualitatifs concernant les médecins généralistes pratiquant l'hypnose (81, 83). Cette utilisation n'est apparemment pas perçue par les patients consultant un médecin hypnothérapeute, d'après une étude réalisée à Rennes en 2013 ayant inclus et recueillant l'avis de 34 patients (82). Il pourrait être intéressant d'évaluer la différence de ressenti des patients sur plusieurs critères tels que l'adhésion aux conseils ou la qualité de la relation avec des médecins formés à l'hypnose.

2.2.5. Pratiques associées

La moitié des médecins rapportaient que leur pratique de l'hypnose était associée à d'autres types de thérapies comme l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), les techniques de relaxation ou la méditation pleine conscience. Un des médecins a dit ne plus réellement faire d'hypnose. Il expliquait son vécu du concept d'hypnose comme pouvant être parfois freiné par les représentations de la population générale et disait participer à un courant visant à faire évoluer la pratique vers une thérapie appelée ACT pour Acceptance and Commitment Therapy ou Thérapie d'Acceptation et d'Engagement. En plus de l'intégration de nouvelles données apportées par la science, il a ainsi mis en avant l'affranchissement des limites associées au mot « hypnose ». Un nombre croissant d'études sur le sujet sont menées afin

d'étudier l'efficacité de l'ACT dans différentes indications, comme le montre une méta-analyse réalisée en 2009 (98). Néanmoins, il pourrait s'avérer intéressant de faire une étude qualitative sur cette pratique, en évaluant le niveau d'informations sur le sujet auprès des médecins déjà formés à l'hypnose ainsi que sur l'éventuelle motivation de transition de la pratique de l'hypnose classique vers l'ACT.

2.2.6. Aspect financier

Seulement 4 médecins ont abordé l'aspect financier de la pratique, qui ainsi ne semblait pas apparaître au premier plan. Un facteur culturel peut être évoqué, retenant les praticiens interrogés d'aborder spontanément la question financière sans qu'elle n'ait été posée. Ceux qui l'ont abordée déploraient le fait que l'hypnose ne soit pas remboursée par la sécurité sociale ou considéraient que l'aspect financier était une contrainte dans leur pratique.

En conclusion de cette partie concernant la place de l'hypnose dans la pratique des médecins généralistes interrogés, l'ensemble de ces résultats va dans le sens d'un vécu plutôt positif de la pratique de l'hypnose. Nous pouvons questionner ici la présence d'un biais de sélection. En effet, les médecins ayant accepté de participer à l'étude, pouvaient avoir un investissement particulier dans cette pratique et dans l'envie de la faire connaître. Ce constat est également abordé dans les études similaires citées précédemment (81, 83, 84, 85).

2.3. L'impact sur les médecins : l'apport, leur confort et leurs difficultés

2.3.1. Changement dans la pratique de médecin généraliste

L'hypnose est perçue par 5 médecins comme un nouvel outil permettant de sortir d'une impasse thérapeutique. Avoir plusieurs outils différents permet au médecin d'utiliser celui qui lui semble le plus approprié et le plus adapté en fonction du problème et de la demande du patient.

En outre, plus de la moitié définissait cette pratique comme un outil de communication. Neuf médecins considéraient aussi qu'elle améliore le lien entre patient et médecin en favorisant une approche globale ainsi qu'en laissant plus de place aux émotions. Un des médecins constatait avoir une relation plus privilégiée avec ses patients. Quatre reconnaissaient se détacher en partie de la médecine allopathique en soulignant le fait de se sentir plus à l'aise de traiter les gens avec la parole plutôt qu'en leur prescrivant un traitement.

Il ressortait aussi que les médecins considéraient prendre plus de temps avec leur patient en augmentant le temps d'écoute ce qui permet de consolider la relation médecin-malade. Un autre ajoute même que « plus on accorde du temps à la consultation plus on a de chance de ne pas avoir à prescrire de médicament ». Cette donnée est confirmée par une étude de la HAS sur le développement de la prescription non médicamenteuse (30).

Quatre médecins insistaient sur la position basse du médecin comme étant une posture confortable ainsi que sur le caractère non violent de cette prise en charge.

La satisfaction des soignants semblait renforcée par les retours positifs des patients qui exprimaient directement aux médecins leur reconnaissance et leur satisfaction suite à l'amélioration de leur santé et à la résolution de leurs problèmes. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'une étude réalisée par Dr Terrat auprès de 41 médecins généralistes, qui retrouvait 23 médecins de la population interrogée considérant que l'hypnose permettait d'enrichir leur pratique. La notion d'avoir un « nouvel outil » était reprise par 16 médecins (84). L'étude du Dr Brel, évaluant l'intérêt de l'hypnose pour des médecins généralistes à la Réunion, est encore plus parlante, montrant que la quasi-totalité des médecins inclus exprimaient que leur formation à l'hypnose avait modifié positivement leur approche des patients, la moitié détaillant en premier lieu un meilleur accueil et une approche plus globale des patients (86).

Un constat général est que la formation et la pratique de l'hypnose a un impact positif important sur la façon d'exercer la médecine générale et que ce changement va dans le sens du modèle décrit par le Dr Georges Libman Engel. Ce modèle présente de manière critique la vision dualiste de la médecine qui sépare le corps et l'esprit, et reconnaît que la relation médecin-patient influence l'issue médicale (99). Ces considérations sont aujourd'hui de plus en plus valorisées, par exemple la formation actuelle des médecins généralistes met davantage en avant l'acquisition de compétences de communication et de positionnement dans la relation médecin-malade (100). Une préoccupation qu'exprimait l'un des médecins concernant le renforcement de ce lien était la difficulté de percevoir quotidiennement la souffrance des patients. En effet, à partir du moment où l'on s'ouvre à cette relation, on est confronté aux émotions du patient qu'il faut savoir gérer. Cette difficulté est relatée dans un article du Dr Vanotti sur l'empathie (101).

2.3.2. L'impact du point de vue personnel

Sept des médecins disaient être en état d'hypnose pendant la consultation et 3 reconnaissaient pratiquer personnellement l'auto-hypnose. Ainsi, l'apprentissage de l'hypnose ne semble pas être une simple accumulation de connaissances. Il suscite également des changements positifs de repères et de conception, tant dans la sphère professionnelle que privée. Deux médecins ont parlé de « philosophie de vie ». Trois médecins caractérisaient les séances d'hypnose comme

un moment de respiration. Ceci va dans le sens de l'étude du Dr Terra (84), dans laquelle 8 médecins avaient une sensation d'être moins stressés, 4 étaient plus apaisés, et 2 disaient avoir plus confiance en eux. Dans l'étude du Dr Brel (86), sur 26 médecins interrogés, l'intérêt sur le développement personnel et une meilleure connaissance de soi étaient rapportés par 8 participants, la diminution du stress ainsi qu'un apaisement étaient aussi rapportés par 5 autres. Des résultats similaires ressortaient de l'étude du Dr Desmars (81).

Ainsi, la pratique de l'hypnose peut apporter un bien-être notable au praticien. Ce résultat a son importance, lorsqu'on tient compte de la proportion de plus en plus importante du burn-out chez les médecins généralistes. En effet, plusieurs études, comme celle du Dr Vaquin-Villeminey et al., ou une revue de la littérature publiée en 2017 par les Dr Edey Gamassou et Dr Moisson-Duthoit, montrent une prévalence non négligeable de médecins généralistes en état de souffrance psychologique (102, 103). Il serait intéressant de réaliser une étude sur la prévalence du burn-out chez les médecins généralistes pratiquant l'hypnose.

L'épanouissement personnel des médecins généralistes contribue aussi probablement à améliorer leur pratique professionnelle et leur efficacité thérapeutique même si cela est difficilement démontrable. Cependant, certains médecins inclus dans cette étude trouvaient la pratique « fatigante ». En effet, 4 constataient que la concentration exigée afin d'être constamment présent pour le patient demande beaucoup d'énergie. Cependant, 2 médecins ont ajouté que cette fatigue était « différente », « plus agréable » que la fatigue ressentie à la fin d'une journée de consultation en médecine générale.

De plus, 6 médecins ont considéré qu'il fallait avoir une certaine confiance dans sa pratique pour pouvoir ressentir de la tranquillité et de la sérénité qui sont essentielles pour utiliser cette thérapie. Trois ajoutaient qu'il fallait de l'expérience pour savoir « brusquer » le patient. Ces résultats confirment que l'apprentissage et l'expérience sont des conditions nécessaires pour pratiquer l'hypnose dans de bonnes conditions. Une étude pourrait être conduite afin de mieux caractériser les difficultés des jeunes médecins dans cette pratique.

Alors que 7 médecins expérimentés dans la pratique de l'hypnose déclaraient ne pas utiliser de protocole thérapeutique pendant leur séance, un chapitre du livre du Dr Hammond, recueillant des techniques et métaphores pour des indications, relève que les scripts hypnotiques sont utiles pour augmenter la confiance en soi des thérapeutes débutants (104).

2.3.3. Les freins à la pratique

La contrainte de temps était un des freins évoqués par les médecins interrogés. Ce constat ressort aussi dans les études citées précédemment (81, 83, 86). L'étude du Dr Terra retrouve

par exemple 29 des 41 médecins inclus évoquant la problématique du temps (84). En effet, les médecins de notre échantillon déclaraient qu'une séance d'hypnose dure 30 minutes à une heure alors qu'une consultation de médecine générale dure en moyenne 15 à 19 minutes selon un rapport de la DRESS de 2006 (105). Ainsi, cette différence nécessite une organisation particulière qui semble présenter des difficultés.

Deux médecins interrogés exprimaient que l'absence d'encadrement à la suite de la formation initiale à l'hypnose était une difficulté. L'isolement dans cette pratique représentait aussi un frein dans deux autres études (81, 86). Pour pallier à cela, un des médecins déclaraient participer à des groupes de pairs afin de pouvoir parler des difficultés rencontrées pendant les séances. Il semble donc important de pouvoir échanger sur ses expériences et ses difficultés.

Quatre médecins relataient des difficultés imputables aux représentations ou aux attentes des patients. La peur de la manipulation ou du côté magique de l'hypnose ainsi que de la « non réceptivité » ou la « non suggestibilité » à cette méthode étaient les conceptions les plus souvent évoquées. Les médecins reliaient fréquemment ces représentations à l'image renvoyé par l'hypnose spectacle. Les études déjà cités retrouvaient ces mêmes craintes (81-83, 86, 87, 106). Ainsi, 7 médecins de l'étude prenaient le temps de désacraliser les a priori sur l'hypnose lorsqu'ils présentaient la thérapie aux patients. Pour la majorité d'entre eux, une première consultation à visée uniquement explicative des concepts de l'hypnose était fréquemment organisée. L'absence de remboursement ainsi que l'absence de reconnaissance par les institutions de santé, s'ajoutant au poids de leurs préjugés, semble aussi ne pas permettre la réassurance des patients.

Il est intéressant de relever que 5 médecins disaient ne ressentir aucune difficulté dans leur pratique et que 4 autres déclaraient en avoir ressenti au début de leur pratique mais que ce n'était plus le cas à présent. Cette pratique est donc dans l'ensemble plutôt confortable pour les médecins inclus. Nous pouvons ajouter que le confort semble augmenter avec l'expérience de la pratique comme cela a été dit précédemment.

2.3.4. Le manque de formation et de reconnaissance

Des médecins de l'étude exprimaient leur regret de ne pas avoir été formés plus tôt à l'hypnose. D'autres déploraient l'absence de formation ou leur brièveté au cours de l'internat de médecine générale. En effet, l'hypnothérapie semble être un outil important à connaître pour un médecin généraliste, ne serait-ce que pour son apport sur les méthodes de communication, sans nécessairement la pratiquer en séance dédiée. L'apprentissage des bases de la thérapeutique pourrait permettre aux futurs médecins d'améliorer la relation médecin-malade. Cette idée est aussi évoquée dans l'étude réalisé par le Dr Demars en 2011 (81).

La réalisation d'une étude qualitative ou par questionnaire pourrait être conduite afin de recueillir l'avis des étudiants en médecine générale sur le désir de formation à des techniques ou des outils thérapeutiques tel que l'hypnose. Une étude considérant l'avis d'internes ayant fait un stage de niveau 1 chez un généraliste hypnothérapeute mettait en évidence que le stage leur apportait des connaissances théoriques souvent en contraste avec leurs conceptions initiales de l'hypnose ainsi qu'une modification de leur pratique à l'issue (107).

Il semble important d'ajouter que 2 médecins ont déplorés l'absence de reconnaissance institutionnelle par l'Ordre des Médecins ou par la sécurité sociale. Dans l'étude du Dr Terra (84), 34% font part de cette difficulté. A ce jour, le Conseil National de l'Ordre des Médecins ne permet toujours pas d'afficher cette pratique sur la plaque ou les ordonnances, même s'ils sont titulaires du Diplôme Universitaire (108). La contrainte financière évoquée précédemment se rattache à cette notion du fait du « non remboursement » par la Sécurité Sociale. Cela impacte les médecins mais aussi les patients qui ne peuvent pas se permettre d'investir cet argent dans la thérapie alors qu'ils pourraient en bénéficier. Ainsi, notre étude associée à celles précédemment citées pourrait permettre d'apporter à nos institutions de santé des arguments valorisant les bénéfices de cette pratique pour un large échantillon de la population. Quelques discrètes avancées ont été constatées depuis 2005, avec la mise en place par la sécurité sociale d'une cotation pour l'hypnose. Cependant, la reconnaissance reste partielle dans la mesure où la cotation prévue est de 0 euro (ANRP001). Enfin, l'absence de réglementation quant à la pratique de l'hypnose en France fait que tout individu peut s'auto proclamer hypnothérapeute, qu'il soit un professionnel de santé ou non, ce qui peut aboutir à des dérives d'usage.

Nous pouvons conclure cette partie en disant que malgré certaines difficultés retrouvées, les médecins de l'étude pratiquaient encore cette thérapie, certains depuis très longtemps. Le rapport confort-difficulté semble donc positif même si l'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale d'hypnothérapeute.

2.4. Les patients

2.4.1. Autonomisation et responsabilisation des patients

Tous les médecins rapportaient avoir pour objectif d'ouvrir un espace de plus grande liberté aux patients dans leur prise en charge. En effet, le concept actuel prédominant de l'individu perçu comme autonome et responsable, place la relation médecin-malade au cœur de nouveaux enjeux. Une étude du Dr Fournier et al., réalisée en 2005, définit l'implication du patient dans

les choix relatifs à sa santé comme un élément capital de cette relation (108). Ce constat rejoint les propos des médecins interrogés concernant la responsabilisation du patient afin qu'il soit l'acteur de son bien-être et de son changement. Ainsi, les médecins ne portent plus le patient mais l'accompagnent dans sa démarche de guérison. Ceci marque la transition d'un modèle paternaliste à un modèle dans lequel le patient est impliqué dans sa prise en charge, comme l'explique Verspieren en 2005 (110) en constatant l'évolution du partenariat entre le médecin et le malade. Ces données rejoignent le modèle biopsychosocial de G.L. Engel décrit précédemment. Cet équilibre de positionnements a un apport positif pour le patient mais aussi pour le médecin qui n'est plus l'unique responsable de la réussite ou de l'échec de la guérison. Ce changement a été perçu par les médecins interrogés comme un soulagement dans leur pratique.

La prise en charge en hypnose et la responsabilisation du patient vis-à-vis de son trouble passe aussi par l'apprentissage de l'auto-hypnose qui a eu une place importante dans nos entretiens. En effet, la plupart des médecins incluait systématiquement cette démarche d'apprentissage dans leur prise en charge. Cependant, 5 d'entre eux observaient que les patients avaient du mal à pratiquer l'auto-hypnose par manque de temps ou de motivation et que la plupart préférait être accompagné.

Cette idée d'autonomisation du patient, grâce aux techniques hypnotiques et à l'autohypnose, est retrouvée dans les autres études sur le sujet (81, 83, 84, 86).

2.4.2. L'apport pour le patient

Cinq des 14 médecins constataient que les patients retrouvaient confiance en eux. Deux médecins rapportaient des changements permettant aux patients de s'ouvrir à ses émotions et de les utiliser. Trois ajoutaient que, même si le problème initial n'était pas résolu, les patients sentaient presque toujours qu'il s'était passé quelque chose qui leur avait permis d'en apprendre plus sur eux. Ces résultats peuvent nous faire penser que la thérapie a pu apporter à des patients des bénéfices sur des composantes plus globale de leur vie que la pathologie qui les avait amenés à consulter.

Ces apports pour les patients se retrouvent dans l'étude du Dr Guichard évaluant le ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale. En effet, les patients exprimaient davantage de sérénité, une meilleure gestion de ses émotions, une plus grande confiance en soi, une amélioration des relations avec d'autres personnes, un changement dans la façon de penser avec une prise de recul, une meilleure compréhension de soi et une plus grande capacité à s'accorder du temps pour soi (82). Des données similaires ont été rapportées dans l'étude du Dr Seris réalisée à Bordeaux en 2013 chez 90 patients ayant eu recours à l'hypnose (87).

Trois médecins de notre étude remarquaient aussi que les patients étaient souvent surpris lorsqu'ils leur exposaient ce sur quoi cette thérapie pouvait être efficace. Cette même notion est retrouvée dans l'étude du Dr Bosc (106) dans laquelle les patients n'imaginaient pas que l'hypnose pouvait traiter des problèmes somatiques.

Deux médecins apercevaient également que l'amélioration du bien-être général du patient réduisait le nombre de consultations. Il ne s'agit que d'un constat non chiffré mais cela peut suggérer la réalisation d'une étude qui permettrait peut-être de confirmer cette diminution. Ces résultats pourraient être intéressants pour le patient d'une part, mais aussi en termes de santé publique afin de réduire le nombre d'actes remboursés.

Plus de la moitié des médecins ont déclaré que cette thérapie n'avait pas d'effet secondaire si elle était pratiquée avec déontologie. Ces résultats se retrouvent dans l'étude du Dr Guichard (82) dans laquelle les patients rapportaient en majorité ne pas avoir eu d'effets négatifs. Nous discuterons des études concernant la sécurité de l'utilisation dans la dernière partie.

2.4.3. Les patients demandeurs

Quatre médecins relatent qu'un certain nombre de patients consultant pour de l'hypnose avaient déjà eu recours à d'autres types de thérapies non médicamenteuses, ce qui va dans le sens des résultats de l'étude du Dr Bosc (106), dans laquelle plusieurs patients interrogés ont évoqué un besoin de retour aux médecines dites « naturelles », en opposition à la médecine « chimique ». De même, dans l'étude du Dr Guichard (82), les patients ont, pour la plupart, déjà eu un contact avec les médecines douces. Cela pourrait s'expliquer par une possible déception de la médecine allopathique, mais une étude réalisée en 1998 par Dr Astin a montré que le recours à ce type de pratiques reposerait davantage sur la quête d'une cohérence avec ses propres valeurs, croyances et conceptions de la vie et de la santé, que sur une expérience décevante de la médecine conventionnelle (111).

2.4.4. Les représentations

Nous avons parlé dans la partie précédente des représentations et des attentes des patients comme une difficulté que pouvaient éprouver certains médecins. Les études évaluant les représentations de la population sur l'hypnose permettent de corroborer ce que ressentent les médecins (82, 87, 89, 105). Selon une étude publiée en 2005 (113), la perception de l'hypnose en population générale correspond à un état de sommeil pendant lequel le sujet hypnotisé, fondamentalement faible et vulnérable, perd toute conscience et toute volonté. L'hypnotiseur devient une sorte de magicien disposant de pouvoirs exceptionnels lui permettant d'hypnotiser.

Ces représentations issues de la culture populaire, alimentées par le spectacle et les médias (113), pourraient expliquer pourquoi l'hypnose est encore considérée comme une médecine alternative et pourquoi les institutions de santé lui accordent une place encore limitée. La médecine alternative étant définie par l'OMS comme : « se rapportant aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé ».

Une étude réalisée en 2007 auprès de médecins généralistes non formés à l'hypnose, montrait que 44% des médecins interrogés avaient une connaissance réduite de l'hypnose et 45% des médecins énonçaient des fausses croyances (114). Ces résultats viennent appuyer l'image erronée en population générale sur l'hypnose.

A visée de contre-exemple, 3 médecins interrogés trouvaient que les patients se présentant à eux étaient relativement ouverts. Ceci peut aller en faveur d'une évolution progressive des mentalités ou peut être spécifique de patients ayant déjà fait des recherches antérieures sur cette pratique.

2.4.5. La notion de confiance et de motivation au changement

Pour 4 praticiens, la pratique de l'hypnose par des médecins ayant une formation médicale et un code déontologique permet de rassurer les patients. D'après 2 médecins de l'étude, la pratique de l'hypnose par des médecins permettrait également de ne pas passer à côté de pathologies organiques face aux plaintes amenant les patients à consulter.

La notion de réassurance recoupe celle de la confiance que doivent ressentir les patients dans cette prise en charge. En effet, 7 médecins ont exprimé que le patient devait se sentir en confiance pour pouvoir permettre le processus de changement. Cette confiance repose intimement sur la relation médecin-malade évoquée précédemment et cette dernière augmente lorsque le patient se sent écouté de manière bienveillante (115).

D'après les études du Dr Guichard et du Dr Seris (82, 87) s'intéressant au point de vue des patients, la notion de confiance était présente dans tous les entretiens. Il ressortait alors que tous les sujets évoquaient la nécessité d'avoir confiance en la personne qui pratiquait l'hypnose et que cette confiance était plus facile à acquérir si cette personne était médecin. De plus, le médecin généraliste voyant régulièrement ses patients, cette dernière pouvait déjà être présente antérieurement à la prise en charge.

De plus, il était important pour 5 médecins interrogés d'insister sur le fait que le patient doit préalablement avoir une motivation à changer et que pour cela, s'il accepte de démarrer une prise en charge en hypnose, il doit être prêt à accepter ce qui va émerger. Cela nécessite donc de définir au préalable les objectifs de la prise en charge, notion appuyée par un des médecins qui notait que la thérapie était plus efficace lorsque le patient avait un objectif précis. Ces données soulignent encore une fois l'importance de l'investissement du patient.

On retrouve cet élément dans une étude d'Oakley et al. (116) qui explique qu'une volonté accrue d'accepter des suggestions de manière moins critique, une réceptivité à de nouvelles informations et une souplesse dans l'évolution des comportements, augmentent l'effet thérapeutique.

Pour résumer cette partie, les médecins inclus tendaient plutôt à dire que l'hypnose a toujours un impact sur le patient, qu'il soit celui attendu ou non. De plus, le principal apport de la thérapie repose sur l'autonomisation du patient au regard de sa santé.

2.5. L'utilisation dans le cadre des troubles du sommeil

Dans cette partie, nous confronterons nos résultats à la littérature évaluant l'hypnose dans le cadre de la prise en charge des troubles du sommeil.

2.5.1. Importance des demandes pour la prise en charge des troubles du sommeil

La moitié des médecins avouaient que les troubles du sommeil étaient rarement le principal motif de consultation. Deux autres avaient, pour leur part, un nombre significatif de demandes à ce sujet.

Cependant, presque tous observaient que des troubles du sommeil étaient souvent associés chez les patients se présentant pour d'autres motifs tels que l'anxiété, la dépression, les douleurs chroniques, un psychotraumatisme ou un trouble phobique. Quatre médecins insistaient sur le fait que les troubles du sommeil sont souvent une manifestation de l'anxiété par la peur de l'abandon du corps et de la perte de contrôle liée à l'endormissement. Plusieurs études ont notamment mis en évidence une relation entre l'insomnie et la dépression et/ou l'anxiété (117, 118). Tous s'accordaient donc à dire que l'insomnie peut être une manifestation d'une problématique plus large. Les troubles du sommeil peuvent donc être diminués par

l'amélioration d'autres plaintes des patients suite à l'utilisation de l'hypnose. C'est ce que montre Dr Modlin en 2002 en expliquant que l'hypnose clinique est une méthode sûre et efficace de traitement de l'insomnie car elle permet au clinicien d'accéder au problème sous-jacent (119).

2.5.2. Spécificité de prise en charge

Neuf médecins déclaraient ne pas utiliser de technique spécifique pour la prise en charge des troubles du sommeil en hypnose. En effet, 3 disaient ne pas utiliser de métaphore particulière au sommeil. Six autres remarquaient que le traitement était adapté à la personne et non au symptôme.

Cette absence de spécificité complique la mise en place d'un groupe contrôle placebo dans les études expérimentales. En effet, l'hypnothérapie et l'hypnothérapie placebo semblent partager un mécanisme sous-jacent de suggestibilité. Une étude du Dr Gholamrezai a essayé de définir une différence entre des suggestions spécifiques à une maladie et des suggestions génériques (120). Cependant, cette étude concédait que les suggestions génériques ne sont pas inertes et ne peuvent pas vraiment être considérées comme un placebo. Un essai contrôlé randomisé d'hypnothérapie destiné au traitement de l'insomnie a néanmoins essayé d'utiliser ces critères pour le groupe contrôle. Les résultats ont montré des améliorations significatives des variables subjectives du sommeil avec une taille d'effet allant de modérée à grande. Néanmoins, seule une légère supériorité des suggestions spécifiques par rapport aux suggestions génériques a été détectée mais ces résultats ne faisaient partie du critère de jugement principal de l'étude (50).

Par ailleurs, 4 médecins interrogés ont tout de même donné des exemples de métaphores qu'ils pouvaient utiliser dans le cadre des troubles du sommeil tels que la métaphore d'une fleur qui s'ouvre le matin et qui se ferme le soir, celle du marchand de sable ou celle de baisser les bruits intérieurs avant de s'endormir « comme on le ferait avec une radio ». Néanmoins, ces derniers insistaient sur le fait que leurs utilisations n'étaient pas systématiques. Certaines revues ont tenté d'évaluer l'efficacité ou de proposer certaines métaphores particulières dans l'indication des troubles du sommeil (51, 53, 59, 104). Aucune étude n'a montré de résultat significatif. Trois praticiens citaient l'utilisation de « l'état ressource » et du « lieu sûr » en précisant que cela n'était pas spécifique des troubles du sommeil.

La majorité des médecins exprimaient un avis défavorable à l'utilisation de « recette » particulière ciblée à un problème. La recherche de techniques spécifiques standardisées semble être liée à une envie permanente de trouver des outils efficaces, concrets et reproductibles à l'image de la démarche scientifique pour les traitements dit « conventionnels » (90). Cette étude qualitative ainsi que celle de mes confrères et consœurs cités précédemment montrent bien qu'il est très difficile d'avoir une attitude systématisée dans ce champ de la médecine, car chaque

patient est unique dans ses schémas de vie, ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins. Néanmoins, le manque de standardisation peut venir alimenter les problèmes liés à l'hétérogénéité des prises en charge et ne permet pas de décrire clairement la composante active du soin ni d'évaluer l'apport spécifique d'une technique isolée.

Enfin, 5 médecins remarquaient que la désacralisation des idées que les patients avaient de leur trouble était une étape importante du processus de changement. Ils ajoutaient que l'hypnose en séance dédiée ou conversationnelle pouvait aider dans cette démarche.

2.5.3. Amélioration rapide des troubles

Quatre médecins rapportaient une amélioration rapide après les premières séances, souvent en 1 à 3 séances. Une étude réalisée en Clinique du Sommeil montrait qu'une hypnothérapie brève de trois séances ou moins entraînait une amélioration à long terme chez trois des six patients présentant une insomnie persistante. Les sujets répondants avaient donné l'impression que l'intervention hypnothérapeutique était le principal facteur entraînant une amélioration du sommeil (69). Cependant, la puissance de l'étude n'était pas suffisante. D'autres travaux sur l'hypnothérapie pour l'insomnie montraient une amélioration du sommeil en quelques séances seulement (70, 71, 72, 78). Une méta-analyse de 1994 portant sur 59 études a montré que des interventions hypnotiques d'une durée moyenne totale de 5 heures produisaient des changements fiables dans l'apparition du sommeil et le temps passé éveiller après le réveil (73). Une revue systématique incluant 24 essais contrôlés et études prospectives a révélé que 58,3% d'entre eux indiquaient que l'hypnose était bénéfique pour le sommeil et que le résultat positif était maintenu dans l'analyse des sous-groupes dans les études présentant un faible niveau de biais (121).

2.5.4. L'auto-hypnose

L'auto-hypnose correspond à une prescription de tâche apprise en consultation avec pour objectif final une autonomie et indépendance du patient vis-à-vis du soignant. Un des médecins ne parle pas d'auto-hypnose mais d'auto-activation rejoignant les mêmes principes d'apprentissage. La grande majorité des médecins lui accordaient une place importante dans leur pratique. Le désir d'autonomiser le patient et de lui permettre d'avoir accès à ses ressources sans la présence du soignant semble être l'objectif principal des médecins de l'études. Deux autres se montraient plus réservés sur son utilisation et faisaient le constat que la mise en

pratique de ces techniques par les patients était difficile. Ils disaient utiliser cet apprentissage dans certaines situations mais ne le proposaient pas spontanément, le réservant aux patients avec une demande ainsi qu'une motivation initiale à faire ces exercices.

L'auto-hypnose semble offrir une méthode pour gérer l'anxiété en facilitant un état de relaxation permettant de réduire l'hyperactivité mentale et l'excitation physiologique régulièrement retrouvés dans les insomnies (72). Dans une revue sur l'hypnose dans le traitement de l'anxiété et des troubles associés, l'auteur indique que l'auto-hypnose permettrait de faciliter la relaxation musculaire profonde ainsi que le contrôle de l'hyperactivité cognitive associée aux difficultés d'endormissement (122). L'efficacité de cette méthode a aussi été analysée dans une étude publiée en 2006, dans laquelle l'auto-hypnose a été appliquée à un groupe de 75 enfants souffrant d'insomnie (74). Pour la plupart des sujets inclus, le sommeil s'était amélioré après seulement une ou deux séances. La différence d'âge entre les patients était évoquée comme une limite de l'étude (7 à 17 ans). En effet, cela a pu influencer la compréhension, l'apprentissage et l'application réelle du processus. Toutefois, l'étude présente des arguments relativement cohérents en faveur de l'utilisation de l'auto-hypnose.

De plus, un support vocal tel qu'un CD peut faciliter la pratique de l'auto-hypnose grâce à l'enregistrement d'inductions hypnotiques et d'exercices de visualisation. Deux médecins inclus disaient avoir déjà donné ce type de support à leurs patients pour faciliter l'induction.

Un des médecins disait rappeler aux patients que l'hypnose pouvait aider pour les insomnies en spécifiant que ce n'était pas un état de sommeil. Une revue sur les représentations de l'hypnose notait effectivement que cette distinction n'est pas toujours faite dans les idées préconçues sur l'hypnose (113). Bien que ces états semblent similaires en apparence, le sommeil et l'hypnose sont neurophysiologiquement très différents, comme le montre les études citées en introduction (61-64). L'hypnose peut cependant être utile pour induire un état de relaxation physique compatible avec l'endormissement, en diminuant l'excitation sympathique habituellement associée aux préoccupations anxieuses (50). Celle-ci peut aussi être utilisée afin de renforcer l'adhésion aux règles d'hygiène du sommeil, selon les propos de médecins interrogés.

Un des médecins disait avoir réussi à faire accepter un appareillage nocturne grâce à l'hypnose. Ce constat montre que cette thérapie peut avoir des bénéfices même si elle ne permet pas de traiter le problème initial du patient, s'agissant dans ce cas d'un syndrome d'apnée du sommeil.

2.5.5. Insomnie et anxiété

Dans la partie précédente, nous avons discuté de l'utilité de l'auto-hypnose pour diminuer l'anxiété souvent associées aux troubles du sommeil. Cette comorbidité entre trouble du sommeil et anxiété a été rapportée par tous les médecins interrogés. On retrouve cette association dans plusieurs études évaluant le rapport entre l'insomnie, la dépression et l'anxiété (15, 123). Les médecins remarquaient qu'une diminution de l'anxiété grâce à l'hypnose entraînait régulièrement une amélioration du sommeil. Une revue de la littérature a aussi montré que l'hypnose, seule ou en association avec d'autres thérapies tel que les TCC, était efficace dans les troubles anxieux et les manifestations associées dont l'insomnie (122). Cependant, une autre revue incluant des études cliniques, réalisée en 2016, et cherchant à évaluer l'efficacité de l'hypnose dans les troubles anxieux chroniques, montrait que les données de la littérature étaient négatives ou insuffisantes pour attester de l'efficacité thérapeutique (124). De nouvelles études contrôlées portant sur le traitement des troubles anxieux par l'hypnose semblent nécessaires.

2.5.6. Les médicaments somnifères

Tous les médecins ont abordé la place des médicaments dans la prise en charge. Alors que 3 médecins relataient que la plupart des patients avaient déjà un traitement hypnotique prescrit, 3 autres observaient que les patients qui consultaient pour des séances d'hypnose cherchaient une solution sans vouloir recourir à une prescription médicamenteuse.

La diminution, l'arrêt ou la non prescription de médicament était un des objectifs principaux exprimés par tous les médecins interrogés. Une étude du Dr Geoffrion (88), concernant l'influence de l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées, a observé une nette diminution de la consommation d'hypnotiques après l'hypnothérapie. En effet, 42% des sujets l'avaient arrêté et 29% l'avaient diminué. Cependant, la faible puissance de l'étude et la présence de biais reconnus par l'auteur ne permettaient pas de tirer de conclusions statistiquement significatives. Une étude contrôlée de plus grande ampleur, avec une bonne méthodologie, pourrait être très intéressante afin d'établir un réel apport de l'hypnothérapie sur la déprescription ou la diminution des médicaments à visée hypnotique. A notre connaissance, aucune étude de ce type n'a été menée.

Nous retrouvons aussi dans la littérature qu'à ce jour l'insomnie est le plus souvent traitée avec une pharmacothérapie, celle-ci peut être efficace à court terme (125, 126) mais elle ne permet pas de traiter pas la maladie sous-jacente (127). De plus, le rapport de l'ANSM sur la consommation des benzodiazépines et molécules apparentées montre clairement une surconsommation en France (31). Néanmoins, une étude récente a mis en évidence que la prescription médicamenteuse présente des bénéfices et cela pour plusieurs raisons : elle permet

de faire comprendre au patient que nous entendons sa plainte, elle légitimise notre compétence et dans le contexte de la pratique de médecine générale elle fidélise le patient (128). De plus, la conjoncture économique actuelle permet le remboursement de ces médicaments, ce qui favorise leur prescription. Il semblerait aussi que le manque de formation à la communication des médecins joue un rôle important dans le nombre de prescriptions, comme le montrent les résultats d'une intervention auprès de médecins généralistes dans le cadre d'une FMC sur les troubles du sommeil (129). Les premiers prescripteurs d'hypnotiques sont les médecins généralistes (31). Au vu des résultats de l'étude, il s'avère que des outils thérapeutiques tels que l'hypnose pour soigner et accompagner les patients pourraient représenter une alternative à la prescription médicamenteuse. Cet effet théorique reste cependant à prouver par des études quantitatives.

Cependant, comme nous avons pu le discuter dans la partie concernant les difficultés de la pratique, l'accès aux thérapies non médicamenteuses s'avère complexe. Nous pouvons espérer que les études avec des résultats positifs ainsi que l'intérêt croissant pour ces thérapies par le personnel soignant et la population générale en fasse évoluer l'accessibilité.

2.5.7. L'apport du généraliste

Plus de la moitié des médecins interrogés évoquaient le bénéfice de l'approche du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du sommeil. Cette compétence pourrait permettre une analyse globale du symptôme avant de débiter une hypnothérapie, afin de dépister une éventuelle atteinte somatique ou psychiatrique sous-jacente. Ils citaient alors la recherche d'une dépression, d'un syndrome d'apnée du sommeil, l'évaluation de l'hygiène du sommeil avec l'aide d'un agenda du sommeil.

Pour conclure, les résultats semblent montrer une efficacité de l'hypnose et de l'auto-hypnose dans le traitement des insomnies sans utiliser de protocoles spécifiques. Des recherches expérimentales de forte puissance et de bonne qualité méthodologique seront nécessaires pour confirmer l'efficacité de l'hypnose pour l'insomnie.

2.6. L'évaluation de l'efficacité

Comme nous l'avons dit précédemment, notre enquête s'est intéressée uniquement à l'appréciation subjective de l'efficacité selon les médecins. Il est difficile de faire la différence

entre la satisfaction due au résultat lui-même (l'efficacité thérapeutique et l'amélioration de l'état de santé du patient) et la satisfaction de tout ce qui entoure la relation médecin-patient. Par conséquent, les propos concernant l'efficacité ne permettent pas de tirer de conclusion mais d'avoir le ressenti des médecins sur leurs résultats.

2.6.1. Méthode d'évaluation

Dix médecins déclaraient ne pas évaluer l'efficacité, dont 2 précisant que le résultat appartenait au patient et 4 autres qu'elle n'avait pas d'importance étant convaincu de l'apport de l'hypnothérapie. Un médecin remarquait que reparler du symptôme pouvait le faire ressurgir. Six d'entre eux reconnaissaient qu'il n'y avait pas de moyen d'évaluation fiable. Cela recoupe les idées discutées antérieurement sur la difficulté d'application de protocole standardisé en hypnose sachant que chaque thérapie est faite « sur mesure ».

Quatre médecins se basaient, pour leur évaluation, sur le retour direct des patients. Ils prenaient un temps en début ou en fin de consultation pour faire le point sur ce qui avait changé, ce qui n'avait pas changé et les objectifs pour la séance à venir. Deux médecins utilisaient des échelles numériques pour quantifier l'amélioration. Cette démarche recoupe les résultats observés dans une étude Suisse de 2002 (130) sur l'intérêt de l'hypnose en médecine générale. En effet, les médecins évaluaient le plus souvent leurs patients de façon intuitive ou selon les propos du patient qui sont préalablement explorés. Dans cette étude, la majorité des médecins étaient désireux d'avoir à leur disposition une échelle adaptée. Il n'existe cependant pas d'échelle d'évaluation de l'hypnose ambulatoire de référence. Ainsi, une étude pourrait être menée afin d'évaluer quelles composantes seraient à inclure dans une échelle d'évaluation.

Tous les médecins ont rapporté qu'une des complications majeures de l'évaluation était le nombre important de perdus de vue. Or, 6 médecins considéraient comme un résultat positif le fait que des nouveaux patients se présentaient sur les recommandations d'un ancien patient perdu de vue. Le nombre important de patient interrompant le suivi représente aussi un biais pour les études évaluant l'efficacité de la pratique.

2.6.2 Sentiment d'efficacité

La moitié des médecins se disaient satisfaits des résultats de l'hypnose sans avoir forcément à les rechercher. Deux autres médecins parlaient d'effet parfois « miraculeux » en une séance. La majorité a pu dire qu'il « se passait toujours quelque chose ».

Nous n'avons pas étudié le point de vue des patients dans notre étude mais d'autres études s'intéressant aux patients mentionnés précédemment ont noté que ces derniers étaient en majorité aussi satisfaits de cette prise en charge que ce soit dans l'amélioration de la relation avec le médecin, dans la découverte de leurs ressources, du travail sur soi ou dans l'efficacité sur le symptôme initial (82, 87, 89). Une grande partie des personnes interrogées dans ces études conseillaient l'hypnose à leur entourage.

2.6.3 Déprescription médicamenteuse

D'après la majorité des médecins interrogés, l'efficacité n'est pas évaluable ou n'est pas à évaluer. Huit médecins ont cependant remarqué que la diminution de la demande médicamenteuse ou l'arrêt des médicaments pouvaient représenter le marqueur le plus concret de l'efficacité de la thérapie et que cela arrivait régulièrement. Il n'en reste pas moins que l'imputabilité à l'hypnose ne peut être évoquée sur ces simples constats non chiffrés et qu'il faudra pour cela réaliser une étude quantitative contrôlée qui pourrait avoir un vrai impact en cas de preuve d'effet. En effet, l'intérêt serait multiple : une diminution du coût pour la Sécurité Sociale, une iatrogénie moindre et un vrai argument de reconnaissance de cette pratique par nos institutions de santé. Nous avons déjà discuté de ce point dans la partie précédente concernant les médicaments à visée hypnotique.

Nous pourrions ajouter ici que l'étude du Dr Brel (86) retrouvait que 71% des médecins constataient une diminution des prescriptions médicamenteuses chez des patients avec qui ils avaient utilisé des techniques d'hypnose dont 40% à qui cela est arrivé « souvent ». Cette diminution médicamenteuse concernait principalement les antalgiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs.

2.6.4 Sécurité de la pratique

Un quart des médecins décrivaient la pratique de l'hypnose comme une pratique sans risque pour le patient. D'autres études vont dans le même sens, que ce soit d'après le ressenti du médecin ou celui du patient (81-89).

De même, dans son rapport de 2015, l'INSERM conclut, par une revue systématique de la littérature, que malgré le manque d'études et de cas cliniques, les données concernant la sécurité de la pratique de l'hypnose sont rassurantes dans l'ensemble. Les auteurs ajoutaient que le risque d'effets secondaires ne pouvait pas être exclu, mais que s'ils existaient, leur incidence

serait relativement faible (58). Ils proposent, en conclusion, la mise en place d'un système de surveillance (équivalent à la pharmacovigilance). Cette même étude décrit également que les risques semblent très limités lorsque l'hypnose est utilisée comme un outil complémentaire par des professionnels de santé formés et qualifiés, ce qui assure une certaine éthique d'utilisation. Ce point semble important pour les organisations d'hypnose françaises telles que la CFHTB (Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves), qui précise en effet dans sa charte éthique que « l'hypnopraticien doit avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique » (131).

Cinquième partie : CONCLUSION

L'étude visait à évaluer la pertinence de l'utilisation de l'hypnose en médecine générale pour traiter les troubles du sommeil chroniques. Ainsi, bien qu'il ne soit pas possible de conclure à une efficacité par le biais d'étude qualitative, l'avis général des médecins interrogés était favorable à son utilisation dans cette indication mais pas uniquement.

En effet, les propos recueillis ont permis de mettre en évidence l'expérience positive de l'hypnothérapie vécue par les praticiens ainsi que la place importante qu'elle a prise dans leur pratique de médecin généraliste. Il apparaît que cette pratique a eu des bénéfices autant professionnels que personnels pour tous les médecins interrogés. Sur le plan personnel, les médecins se sentaient plus apaisés, moins stressés et disaient avoir modifié leur manière de communiquer avec leur entourage. Sur le plan professionnel, ils notaient des changements bénéfiques dans leur rapport au patient en considérant l'hypnose à la fois comme une technique favorisant l'autonomisation, essentielle dans le processus de guérison, et comme une alternative thérapeutique, dénuée de risque, adaptée à la personnalité de chacun et permettant d'apporter une réponse à des symptômes fréquents mal contenus par la médecine conventionnelle. Ces éléments participent à la valorisation du travail du soignant et contribuent à son bien-être.

L'épanouissement personnel perçu par les participants, au regard de l'augmentation du nombre de burn-out en médecine générale, pourrait amener à réaliser une étude ayant comme critère principal la prévalence de l'épuisement au travail chez des médecins formés et pratiquant l'hypnose.

Cette étude rapporte également l'intérêt de l'utilisation des techniques hypnotiques en pratique courante, hors des séances d'hypnose formelle, sous la forme d'hypnose conversationnelle. Elles peuvent être utilisées dans le cadre de la communication avec chaque patient ou lors de la réalisation de gestes courants de médecine générale. Il serait intéressant de réaliser une enquête auprès de patients pour évaluer leurs ressentis après une consultation dans laquelle le praticien aurait utilisé des techniques d'hypnose conversationnelle. Différents critères pourraient ainsi être étudiés tels que la compréhension et l'adhésion aux informations reçues pendant la consultation, le vécu personnel du patient ou la qualité de la relation avec le médecin.

L'hypnose médicale semble ainsi s'inscrire comme un outil permettant de soigner dans le confort d'une relation médecin-malade renforcée, avec un patient responsabilisé sur sa santé. Son utilisation semble donc particulièrement pertinente et adaptée à l'exercice de la médecine

générale, en raison de son large éventail d'applications, et en permettant une approche thérapeutique à la fois globale et centrée sur la personne. Depuis plusieurs années, des diplômes universitaires sont disponibles aux professionnels mais ceux-ci requièrent une démarche personnelle, au même titre que les diverses formations privées proposées actuellement. Cependant, aux vues de nos résultats et des autres études menées sur le sujet, nous pouvons penser que cette compétence aurait sa place dans la formation initiale des médecins généralistes, au moins dans le but d'améliorer la qualité de la communication médecin-malade, comme l'ont noté plusieurs médecins interrogés. Cela pourrait éventuellement s'articuler autour d'une ou deux journées de formation à visée d'initiation. L'approfondissement ultérieur de la maîtrise de cet outil pourrait rester une démarche personnelle. Une étude recueillant l'avis des étudiants en médecine générale sur le désir de formation à des outils thérapeutiques tel que l'hypnose pourrait s'avérer intéressante pour en évaluer la demande.

Il convient aussi d'ajouter que les propos recueillis se positionnaient dans une approche ericksonienne de l'hypnose décrite en introduction. En effet, tous les médecins interrogés étaient formés à cette discipline basées sur les principes d'autonomie du patient ainsi que d'utilisation de suggestions indirectes et de métaphores adaptées au cadre de référence de ce dernier afin de permettre la mobilisation de ses ressources. L'interprétation des résultats restait donc dans le champ de l'hypnose ericksonienne qui est le modèle le plus largement enseigné en France dans l'éventail de formations disponibles.

En ce qui concerne la prise en charge des insomnies chroniques, le premier élément que nous avons observé est que l'approche hypnothérapeutique des troubles du sommeil ne semble pas différente de celle des autres indications. En effet, l'avis général des médecins reposait sur une démarche thérapeutique plus globale ne s'arrêtant pas au symptôme initial, ce qui ne permet donc pas de présupposer de techniques spécifiques et reproductibles dans cette indication. Cela pourrait expliquer que les études qui ont essayé de rechercher les composantes actives du soin hypnotique les plus efficaces pour les troubles du sommeil se soient retrouvées confrontées à plusieurs difficultés dont la reproductibilité, l'élaboration d'un groupe contrôle ou placebo adapté et d'un critère de jugement principal spécifique.

Cependant, la grande majorité des participants de l'étude relate tout de même avoir constaté une amélioration du sommeil grâce à l'utilisation de l'hypnose, indépendamment du motif de consultation du patient. Ces propos sont cohérents avec ceux des études sur le sujet, qui fournissent généralement des arguments en faveur de l'hypnose en tant que méthode efficace contre l'insomnie, même si aucune n'a pour l'instant permis de conclure à des résultats standardisables, limitées par des biais importants. En effet, l'évaluation de l'efficacité s'avère

complexe devant l'absence d'échelle validée et reproductible associé à la difficulté d'en mettre en place. En outre, les obstacles méthodologiques liés à la nature même de l'hypnose et des thérapies apparentées, ne semblent pas permettre de mener à bien des essais contrôlés, randomisés et standardisés incontournable pour mesurer l'effet d'un traitement, du moins aux yeux de la communauté scientifique. Ainsi, il nous semble que la communauté scientifique devra s'interroger sur le développement de nouvelles méthodes d'évaluation désignées comme « de haut niveau de preuve » adaptées aux thérapies basées sur une approche globale, par opposition au médicament par exemple.

Néanmoins, un des facteurs d'efficacité le plus fréquemment évoqué par les participants de l'étude étaient la diminution voire l'arrêt des médicaments hypnotiques suite à une intervention hypnothérapeutique. Aucune étude n'a actuellement permis d'objectiver de manière significative cette déprescription. Par conséquent, il serait intéressant, à partir du constat de ce travail, de réaliser une étude expérimentale prospective de puissance suffisante afin de montrer un effet significatif de l'utilisation de l'hypnose sur la diminution de la consommation de benzodiazépine ou molécules apparentés dans les troubles du sommeil. En effet, l'intérêt en serait multiple : une diminution du coût pour la Sécurité sociale, une iatrogénie moindre et un vrai argument de reconnaissance de cette pratique pour nos institutions de santé qui rendent actuellement difficile l'organisation des soins en hypnose. Mais les difficultés méthodologiques de tels projets d'études restent considérables. La prise en charge de l'insomnie nécessite des approches thérapeutiques complexes adaptées à chaque cas. Il en est de même de l'hypnose médicale qui repose sur une prise en charge très personnalisée où il est difficile de dissocier l'effet propre de l'hypnose des effets liés à la relation médecin-patient. Ceci rend alors compliquée la démonstration de la relation cause à effet.

L'avis des patients n'a pas été pris en compte dans cette étude. Les médecins interrogés ont donné leur point de vue sur ce qu'ils pensaient des attentes, des représentations et des résultats attendus et observés par les patients. Alors qu'un des buts principaux de cette pratique est de responsabiliser le patient dans son processus thérapeutique, il semble intéressant d'entreprendre des études permettant d'évaluer la motivation et les attentes propres aux patients afin de déterminer le rôle que cela peut avoir dans l'amélioration de leur condition initiale.

Enfin, la sécurité satisfaisante de la pratique de l'hypnose, lorsqu'elle est utilisée avec professionnalisme, éthique et bienveillance, a été rapporté par la majorité des praticiens interrogés. Nous pouvons rapprocher ces conclusions de celles du rapport d'évaluation de l'INSERM de juin 2015 (58) constatant que cette sécurité est bonne, à la condition qu'elle soit

exercée par des thérapeutes possédant par ailleurs un diplôme de soignant de type diplôme d'état, et dans le cadre d'une éthique rigoureuse et exigeante. Ainsi, bien que peu d'effets secondaires spécifiques n'aient été retrouvés par l'utilisation de cette thérapie, il serait intéressant de conduire des études supplémentaires visant spécifiquement à évaluer la sûreté de son emploi concernant les considérations éthiques de la pratique tel que le cadre d'utilisation des suggestions ou les questions de l'influence et de la manipulation.

Nous pouvons donc conclure en disant que l'hypnose est une approche plutôt sûre lorsqu'elle est pratiquée par un professionnel de santé, adaptée à la pratique de médecine générale, dont l'utilité a été retrouvée dans plusieurs domaines incluant les troubles du sommeil mais dont les bénéfices dépassent la simple question de l'efficacité spécifique. L'intérêt grandissant pour cette pratique par les soignants et les patients nous laisse espérer que de nombreuses autres études seront financées et menées sur le sujet afin de valoriser son utilisation et permettre une reconnaissance par nos institutions de santé ainsi que par la population générale.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Benoit O, Foret J. Le sommeil humain : bases expérimentales, physiologiques et physiopathologiques. Paris : Masson, 1995 : 232 p.
- (2) Campbell SS, Tobler I. Animal sleep: A review of sleep duration across phylogeny. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. sept 1984; 8(3):269-300.
- (3) Mistlberger RE. Circadian regulation of sleep in mammals : role of the suprachiasmatic nucleus. *Brain Res Rev*. nov 2005; 49(3):429-54.
- (4) Valatx J.L. Régulation du cycle veille-sommeil. Dans: Benoit O, Foret J. Le sommeil humain. Paris: Masson, 1995; 25-37.
- (5) Zhdanova IV, Wurtman RJ et al. Endogenous melatonin levels and the fate of exogenous melatonin: age effects. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juill 1998; 53(4):293-8.
- (6) Claude Gottesmann. Psychophysiologie du sommeil. *Année Psychol*. 1971; (2):451.
- (7) Beck F, Richard JB, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. *BEH* 2012; 44-45:497-501. [consulté le 11/01/2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/prevalence-insomnie.pdf>
- (8) Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *J Sleep Res* 2000; 9: 35-42.
- (9) American Academy of Sleep Medicine. International classification of Sleep Disorders, 3rd edn. American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, 2014.
- (10) Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décembre 2006. [consulté le 22/12/2018] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf>
- (11) Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) avec le soutien de la Haute autorité de santé (HAS). Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. décembre 2006. [consulté le 12/01/2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_argumentaire_mel.pdf
- (12) Institut du Sommeil et de la Vigilance. Sommeil : un enjeu de santé publique. 2005. [consulté le 25/01/2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse-5.pdf
- (13) Leger D, Allaert FA, Massuel MA. La perception de l'insomnie en médecine générale. Enquête auprès de 6043 médecins généralistes. *Presse Med* 2005;34:1358-62.

- (14) Signoret J. L'évolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. [Thèse de doctorat d'université en médecine générale]. 2012, Saint-Quentin en Yveline : UNIVERSITE DE VERSAILLES.
- (15) Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Bush AJ. Epidemiology of Insomnia, Depression, and Anxiety. *Sleep*. 1 nov 2005; 28(11):1457-64.
- (16) Ohayon MM, Lemoine P. A connection between insomnia and psychiatric disorders in the French general population. *L'Encephale*. oct 2002; 28(5 Pt 1):420-8.
- (17) Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010; 33:414–20.
- (18) Singh M, Drake CL, Roehrs T, Hudgel DW, Roth T. The association between obesity and short sleep duration : a population-based study. *J Clin Sleep Med* 2005;1:357–63
- (19) Mallon L, Broman JE, Hetta J. Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *J Intern Med* 2002; 251:207-16.
- (20) Philip P, Sagaspe P, Lagarde E, Leger D, Ohayon MM, Bioulac B, Boussuge J, Taillard J. Sleep disorders and accidental risk in a large group of regular registered highway drivers. *Sleep Med* 2001; 11(10):973-9.
- (21) Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998; 352(9137):1331-6.
- (22) Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depress Anxiety*. 2003; 18(4):163- 76.
- (23) Chau N, Mur JM, Touron C, Benamghar L, Dehaene D. Correlates of occupational injuries for various jobs in railway workers: a case-control study. *J Occup Health* 2004; 46:272–80.
- (24) Leger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard M. Medical and socioprofessional impact of insomnia. *Sleep* 2002; 25:625-9.
- (25) Ohayon MM. Epidemiology of Insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6:97-111.
- (26) Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. déc 2011; 59(6):409-22.

- (27) Blais FC, Morin CM, Boisclair A, Grenier V. Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice. *Can Fam Physician* 2001; 47, 759-67
- (28) Cugy D, Penide D, Paty J, Balan J et al. Prévalence de la plainte relative aux troubles du sommeil : suivi de 205 347 sujets de 1988 à 1998. *L'Encéphale*, 2004 ; 30:228-35
- (29) Haute autorité de santé. Arrêt des benzodiazépines et molécules apparentées : démarche du médecin traitant en ambulatoire. [consulté le 25/01/2019]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines__2015_06_17.pdf
- (30) Haute autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Avril 2011 [consulté le 20/01/2019] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_syntheses.pdf
- (31) ANS. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France Avril 2017, coordonnée par Nathalie Richard. [consulté le 20/01/2019] Disponible sur : https://ansm.sante.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM_Rapport_Benzo_2017-2.pdf
- (32) Lecadet J et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. *Rev Med Ass Maladie* 2003; 34:75-84
- (33) Cadet-Taïrou A, Canarelli T, Escots S, et al. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. Les éditions Inserm; 2012 [cité le 8 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2072>
- (34) Guay B, Morin CM. Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines à doses thérapeutiques, *Le Médecin du Québec* 1998 ; 33(4):96.
- (35) Gasquet I et al. Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France ; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study. *Encephale* 2005; 31:195-206
- (36) Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014; 349:g5205.
- (37) Shash D, Kurth T et al. Benzodiazepine, psychotropic medication, and dementia: A population-based cohort study. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc.* 2016 May; 12(5):604–13.

- (38) Gallacher J, Elwood P, Pickering J, Bayer A, Fish M, Ben-Shlomo Y. Benzodiazepine use and risk of dementia: evidence from the Caerphilly Prospective Study (CaPS). *J Epidemiol Community Health*. oct 2012; 66(10):869-73.
- (39) Hartikainen S et al. Medication as a risk factor for falls : Critical systematic review. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 2007; 62(10):1172-1181.
- (40) Van Der Hooft et al. Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2008; 66(2):276-282+335
- (41) Orriols L, Luxcey A, Contrand B, Gadegbeku B, Delorme B, Tricotel A, et al. Road traffic crash risk associated with benzodiazepine and z-hypnotic use after implementation of a colour-graded pictogram: a responsibility study. *Br J Clin Pharmacol*. 2016; 82(6):1625-35.
- (42) Duffaud S, Liébart, S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique*, 2014; 26(3):323-330.
- (43) Haute Autorité de Santé. Benzodiazépines hypnotiques au long cours : un intérêt thérapeutique limité, [en ligne]. [cité 8 févr 2019] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1756665/fr/benzodiazepines-hypnotiques- au-long-cours-un-interet-therapeutique-limite
- (44) Haute Autorité de Santé. Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées, [en ligne]. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1299994/fr/troubles- du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees
- (45) Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des BZD et médicaments apparentés chez le patient âgé, [en ligne]. [cité 8 févr 2019] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des- benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
- (46) Morin CM, Vallieres A, Guay B, Ivers H, Savard J, Merette C, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301:2005–2015.
- (47) Mitchell M, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012; 13:40.

- (48) Backhaus J, Hohagen F, Voderholzer U, Riemann D. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251(1):35-41.
- (49) Morin CM, LeBlanc M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 2006; 7:123-30.
- (50) Lam TH, Chung KF, Yeung WF, Yu BYM, Yung KP, Ng THY. Hypnotherapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*. oct 2015; 23(5):719-32.
- (51) Stanton HE. Hypnotic relaxation and the reduction of sleep onset insomnia. *Int J Psychosom*. 1989; 36:64-68.
- (52) Becker PM. Hypnosis in the Management of Sleep Disorders. *Sleep Med Clin*. mars 2015; 10(1):85-92.
- (53) Institut français d'hypnose humaniste et Ericksonienne. Histoire de l'hypnose [en ligne]. Disponible sur : <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/#2>
- (54) Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, et al. L'Aide-mémoire d'hypnose : en 50 notions. 2^{ème} édition. Edition DUNOD. 2010. 368p.
- (55) Haley J, Cayrol A. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. 1995. Edition Desclée de Brouwer. 380p.
- (56) Benhaïem JM. L'hypnose médicale, 2eme édition. Med-line Editions. 2012. p67-103
- (57) Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr* 2013; 171(9):658–61.
- (58) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). Rapport sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose; 2015 [En ligne], (consulté 03/01/2019). Disponible sur : <http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/rapports-publies/hypnose-rapport-evaluation-juin-2015>
- (59) Spiegel H, Spiegel D. *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*. 2nd ed. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004. 576p
- (60) Musselec H. Principes neurophysiologiques de l'hypnose. Cinquième congrès international hypnose et douleur [En ligne]. La Rochelle. Emergence; 2014 Vidéo : 34

min 35. Disponible : <http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/principes-neurophysiologiques-de-lhypnose/>.

- (61) Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cereb Cortex* 2017; 27(8):4083-93.
- (62) Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* 1999; 45(3):327-33.
- (63) Rainville P, Hofbauer R, Paus T, et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999; 11(1):110-25.
- (64) Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci* 2002; 14(6):887-901.
- (65) Van hauden huysse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol* 2014; 44(4):343-53.
- (66) Fry A. Hypnosis in the treatment of insomnia. *Med World*. 1963; 99:194-199.
- (67) Graci GM, Hardie JC. Evidenced-based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007; 55:288-302.
- (68) Ng BY, Lee TS. Hypnotherapy for sleep disorder. *Ann Acad Med Singap*. 2008; 37:683-688.
- (69) Becker PM. Chronic Insomnia: Outcome of Hypnotherapeutic Intervention in Six Cases. *Am J Clin Hypn*. oct 1993; 36(2):98-105.
- (70) Graham KR, Wright GW, Toman WJ, Mark CB. Relaxation and Hypnosis in the Treatment of Insomnia. *Am J Clin Hypn*. juill 1975; 18(1):39-42.
- (71) Anderson JAD, Dalton ER, Basker MA. Insomnia and Hypnotherapy. *J R Soc Med*. oct 1979; 72(10):734-9.
- (72) Bauer KE, McCanne TR. An hypnotic technique for treating insomnia. *Int J Clin Exp Hypn*. janv 1980; 28(1):1-5.
- (73) Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*. août 1994;151(8):1172-80.

- (74) Anbar RD, Slothower MP. Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review. *BMC Pediatr*. 16 août 2006; 6:23.
- (75) Hauri PJ, Silber MH, Boeve BF. The Treatment of Parasomnias with Hypnosis: a 5-Year Follow-Up Study. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 15 juin 2007; 3(4):369-73.
- (76) Lam T. Hypnosis for insomnia: an exaggerated myth or an underrated intervention? *Sleep Med*. déc 2013; 14:e176.
- (77) Paterson DC. Hypnosis: An Alternate Approach to Insomnia. 1982; 28:3.
- (78) Borkovec TD, Fowles DC. Controlled investigation of the effects of progressive and hypnotic relaxation on insomnia. *J Abnorm Psychol*. août 1973; 82(1):153-8.
- (79) Stewart JH. Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clin Proc* 2005; 80:511-24.
- (80) Raineri F, Jousselin C, Becchio J, et al. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. *Documents de recherches en médecine générale, SFMG*, 1997; 49:46-57.
- (81) Desmars C. Intérêts de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose éricksonienne [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. 2011. Rennes : Université de Rennes 1.
- (82) Guichard J. Ressenti des patients sur l'hypnose en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de patients, certains en ayant eu l'expérience et d'autres ne connaissant pas l'hypnose, sous la direction de Delamare Bénédicte, [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. 2103. Rennes: Université de Rennes 1. Disponible sur : <https://docs.google.com/file/d/0ByTgu1UK8zwcwOVI5bURiZW5FYUE/>
- (83) Gallet E. Pratique de l'hypnose en médecine générale. Sous la direction de Michel Sebban. [Thèse doctorat : Médecine]. 2011. Tours : Université François-Rabelais, Faculté de médecine de Tours. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011_Medecine_GalletEtienne.pdf
- (84) Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France Médecine humaine et pathologie, sous la direction de Bioy Antoine, [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. 2016. Paris Descartes. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922/document>

- (85) Verfaillie F. Le médecin généraliste et l'hypnose. Etude descriptive sur la pratique de l'hypnose par les médecins généralistes libéraux inscrits au Diplôme universitaire d'hypnose médicale de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI (2001- 2003). Paris, 2005. Mémoire de Diplôme Universitaire, Université Pierre et Marie Curie Paris VI.
- (86) Brel M. Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés, sous la direction de Cruanes Laurent, [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. 2013. Bordeaux. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955884/document>
- (87) Seris E. Exploration des résultats de consultation de l'hypnose en médecine générale : Étude transversale par entretien individuel à propos de 90 patients, en Aquitaine, sous la direction de Castera Philippe et Farine Michel, [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. 2013. Bordeaux 2.
- (88) Geoffrion J. Influence de l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées chez des patients en Ile-et-Vilaine et Côtes d'Armor. Sous la direction du Dr DELAMARE Bénédicte [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. Décembre 2016. Université de Rennes 1. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/4fd239ea-8fdf-49fd-a3ee-4d01981e7a21?inline>
- (89) Bouyer-Troussard AS. Intérêts et place de l'hypnose en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. 2014. Nantes : Université de Nantes. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/b0c0da61-2d23-422e-8daf-8ee5b52b57c9>
- (90) Thurin JM. Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies. Bull Psychol. 2006; Numéro 486(6):575-84.
- (91) Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en région île-de-France Situation en janvier 2016, CNOM. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
- (92) Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire :

adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. 1 déc 2009; 35(6):560-9.

- (93) SFMG. Un réseau épidémiologique en accès libre sur Internet : l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale. [consulté le 22/01/2019]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
- (94) Izquierdo SA, Khan M. Hypnosis for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (3):CD004160.
- (95) Heidari Gorji A, Taebei M, Ranjbar M, Babaei Hatkehlouei M, Goudarzian AH. Effect of Distraction Technique and Hypnosis in Pain of Bone Marrow Aspiration in Children: a Narrative Review. *Int J Pediatr*. 1 mars 2017; 5(3):4521-31.
- (96) Chester SJ, Tyack Z, De Young A, Kipping B, Griffin B, Stockton K, et al. Efficacy of hypnosis on pain, wound-healing, anxiety, and stress in children with acute burn injuries: a randomized controlled trial. *Pain*. sept 2018; 159(9):1790-801.
- (97) Wood C, Bioy A. Pratiques de l'hypnose chez l'enfant douloureux. *Douleur Analgésie*. 1 mars 2008; 21(1):20-6.
- (98) Powers MB., Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78(2):73-80.
- (99) Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 2008; 260(7):52-5
- (100) Compagnon L et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale, *exercer* 2013; 108:148-55. [consulté le 24/01/2019] Disponible sur : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/S%C3%A9minaires%202013/S1/Biblio/2013%20D%C3%A9finition%20comp%C3%A9tences%20MG%20Compagnon%20Exercer%20108.pdf>
- (101) Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2002; 29(2):213-37.
- (102) Vaquin-Villeminy C. Prévalence du burn-out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles, dirigée par Docteur Olivier Wong [thèse pour le doctorat de médecine générale]. 2007. Université Paris V Descartes. Disponible sur : <https://www.sentiweb.fr/document/734>

- (103) Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature. 2017. Disponible en ligne sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01528826/document>
- (104) Hammond DC. Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors. New York: W. W. Norton, 1990. 589p
- (105) Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats 2006;481:1–8.
- (106) Bosc A. Représentations sociales de l’hypnose chez les patients de médecine générale n’ayant jamais eu recours à l’hypnose : Étude qualitative en Île de France, Bretagne et Pays de Loire. Sous la direction de François Raineri. [Thèse doctorat de Médecine]. 2013, Le Kremlin-Bicêtre, Université de Paris-Sud. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/903/fichier_these_adeline_bosc61229.pdf
- (107) Poncet C. Hypnose et stage chez le praticien. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'internes en médecine générale. Dirigée par la Dr Bénédicte DELAMARE [Thèse doctorat de Médecine] 2016, Rennes : Université de Rennes 1. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/c11e9234-34a7-4075-8a8a-8d91a5371528?inline>
- (108) Conseil National de l’Ordre des Médecins. Titres autorisés [En ligne]. Juin 2017 Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/titres.pdf>
- (109) Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Sante Publique (Bucur). 2007; Vol.19(5):413-25.
- (110) Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. Etudes. 2005; Tome 402(1):27-38. [En ligne]. Disponible sur cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2005-1-page-27.htm?contenu=article>
- (111) Astin JA. Why patients use alternative medicine. JAMA 1998 ; 279:1548-1553.
- (112) Michaux D. La représentation sociale de l’hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l’hypnose. Perspect Psy. 2005; Vol. 44(5):341-5.
- (113) Bioy A. place des représentations en hypnose, Santé Mentale, 2005; 103:32-36

- (114) Goodall J. Hypnose thérapeutique en médecine générale : une enquête départementale sur l'intérêt, les connaissances et les croyances des médecins sur l'hypnose médicale. [Thèse de médecine Générale]; 2007. Paris : Université de Paris 7 Denis Diderot.
- (115) Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. Collège National des Généralistes Enseignants, *exercer* 2017; 132:187, disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/132/page/187/pdf/>
- (116) Oakley D, Alden P, Degun-Mather M. The use of hypnosis in therapy with adults. *The Psychologist* 1996; 9:502-5.
- (117) Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 1996; 39(6):411-18.
- (118) Johna U, Meyera C, Rumpfb HJ, Hapke U. Relationships of psychiatric disorders with sleep duration in an adult general population sample. *Journal of Psychiatric Research*, 2005; 39(6):577-83.
- (119) Modlin T. Sleep disorders and hypnosis: To cope or cure? *Sleep & Hypnosis*, 2002 ; 4:39-46.
- (120) Gholamrezaei A, Emami MH. How to put hypnosis into a placebo pill? *Complement Ther Med*. 2008; 16:52–54.
- (121) Chamine I, Atchley R, Oken BS. Hypnosis intervention effects on sleep outcomes: a systematic review. *J Clin Sleep Med*. 2018; 14:271–83.
- (122) Hammond DC. Hypnosis in the treatment of anxiety and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2010 ; 10(2):263-273.
- (123) Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res*. 1 janv 2003; 37(1):9-15.
- (124) Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *Presse Médicale*. 1 mars 2016; 45(3):284-90.
- (125) Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2000; 162(2):225–33.

- (126) Krystal AD. A compendium of placebo controlled trials of the risks/benefits of pharmacological treatments for insomnia: The empirical basis for U.S. clinical practice. *Sleep Medicine Reviews*, 2009; 13(4):265–74.
- (127) Nowell P, Mazumdar S, Buysse D. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278 (24):2170–7.
- (128) Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoire bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? *Pratiques et Organisation des Soins* [En ligne]. 2012; vol. 43:111-19 [Cité le 08/02/2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2012-2-page-111.htm>
- (129) Volcler N, Paumier F, Gaboreau I, Moreau-Gaudry A. Prise en charge des troubles du sommeil en médecine générale. Étude d'impact chez des médecins généralistes ayant participé à une action de FMC. *Exercer* 2011; 95(supp1):423-35.
- (130) Roggiari W. Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internistes du canton de Genève pour l'hypnose médicale. Sous la direction du Dr Alain Forster [Thèse de médecine]. 2002, Université de Genève, faculté de médecine.
- (131) Le code éthique de la CFHTB, confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves. Disponible sur : <https://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>

Annexes

Tableau N°5 L'organisation pratique de l'utilisation de l'hypnothérapie dans la pratique des médecins généralistes interrogés		
Codage	Citation	Verbatim
Place dans leur activité de médecine générale		
Place importante	« très importante », « presque permanente », « importante... (pause), « très présente », « importante... », « la place de l'hypnose... très présente », « très présente aujourd'hui »	K, B, A, G, H F, N
Pas en faire autant qu'il le voudrait.	« en termes de séances dédiées ce n'est pas beaucoup... c'est grand maximum une consultation par semaine... c'est du ponctuel »	C
Pourcentage de l'activité	« Ça représente à peu près entre 5 et 10% sur l'hypnose dédié », « C'est un peu plus que 50% en temps horaire de ma pratique. », « J'ai 600 patients à qui j'ai pratiqué l'hypnose, ce qui représente entre l'hypnose et autres types de psychothérapies 80% de ma pratique... », « c'est les 2/3 de ma pratique facilement... »	M, I, A, H
Pratique grandissante.	« Pour moi c'est une place je dirais grandissante... », « j'ai des projets de faire beaucoup plus d'hypnose ensuite quand je pourrai me libérer du temps ce qui n'est pas si facile en ce moment »	K, M
S'y consacrer entièrement.	« Le jour où l'hypnose, où j'ai une demande importante d'hypnose je pense que je me consacrerai à cette pratique... »	K
Surpris par le nombre, trop de consultation	« Et puis je me suis fait vachement surprendre par le succès du truc... C'est à dire je ne pensais pas qu'il y avait autant de demandes pour l'hypnothérapie... » « J'ai changé il n'y a pas longtemps mon planning, parce que j'en avait trop... (pause) », « C'est probablement aussi parce que j'ai trop de demande en hypnose... C'est difficile de la proposer quand le prochain rendez-vous est dans 6 mois... », « Moi je ne veux pas pour le moment augmenter, c'est pour ça que je reste plutôt discrète »	L, J
Présente dans toutes les consultations de médecine générale	« Six qui sont étiquetées hypnose et on fait le rituel. Et le reste où je leur fais de l'état de veille sans leur dire... et sans les fracturer... », « pour les gens extrêmement mal, que je sentais extrêmement mal, je leur faisais cinq minutes sans leur dire, ce que j'appelle de l'hypnose flash en consultation de médecine générale... », « il y a même des patients avec qui j'utilisent un petit peu les outils de l'hypnose sans le dire... », « je peux utiliser soit comme thérapie, soit dans mon discours avec les autres quand je leur parle... », « ma pratique de médecine générale est une pratique très teintée d'hypnose conversationnelle et d'alliance thérapeutique », « dans toutes mes consultations je l'utilise... », « c'est toujours présent dans mes consultations de médecine générale, dans ma façon de parler », « Après dans avec mes patients je leur parle différemment... j'utilise ce qu'on appelle l'hypnose conversationnelle », « mes patients, je ne leur parle plus pareil... », « j'utilise des techniques de communication avec tous mes patients maintenant », « Quand je te dis que c'est en permanence, c'est en permanence dans mon métier de médecin généraliste qui n'est pas un métier de psychologue »	L, J, K, N, I, A, B, E, G, M, F
Frontière de plus en plus floue.	« Dans mon esprit il y a de moins en moins de frontière entre ce qu'on appelle l'hypnose et puis ce qu'on appelle la médecine générale... il n'y a pas de la médecine générale classique avec une consultation qui concernait seulement la dimension somatique et puis la prescription médicamenteuse, donc ces frontières s'estompent »	H
Changer de casquette	« Quand tu commences à toucher à ce qui est vraiment psychologie, tu changes de casquette... », « elle n'est pas reconnu par le conseil de l'ordre malheureusement ni par la sécurité sociale donc j'ai complètement sortie de l'activité de médecine, pour que ce soit vraiment bien dans un cadre qui lui est dédié parce que sinon après il y a des confusions... », « non l'autre fois j'ai une patiente à moi et elle m'a dit "vous ne	F, J, J, N, A

	<i>pouvez pas me faire une ordonnance" j'ai dit non vous revenez pour ça... moi je ne veux pas mélanger... », « Quand les gens viennent pour des séances d'hypnose je ne suis pas leur médecin traitant et donc qui viennent uniquement pour ça. », « c'est de me dire oui je suis psychothérapeute, oui je fais un travail de psychothérapeute, ouais je passe d'un monde à l'autre... »</i>	
Pas psychothérapeute.	<i>« Je rappelle toujours qu'évidemment, je ne suis pas psychothérapeute... », « comme ce n'est pas de la psychothérapie »</i>	N, G
Englobe un tout dans la prise en charge	<i>« Pour moi la démarche de santé elle n'est pas cantonnée dans une spécialité ou dans une autre, toutes les portes sont ouvertes... »</i>	N
<u>Le recrutement des patients</u>		
Le bouche à oreille	<i>« Ils laissent un message au secrétariat ou ils m'appellent sur mon portable parce que quelqu'un leur a parlé de moi. Le bouche à oreille de plus en plus... », « je pense que entre une personne sur deux et deux personnes sur trois viennent en disant "j'ai vu machin, il a changé, je lui ai dit comment t'as fait..." », « globalement c'est surtout le bouche à oreille », « et puis ceux qui viennent parce qu'on leur a parlé de moi... », « beaucoup de bouche à oreille », « les gens viennent parce que ça a marché pour un proche », « le bouche à oreille surtout... », « ceux pour qui ça a marché, ba ils en parlent... », « beaucoup viennent recommandé par d'autres patient... »</i>	I, A, G, B, J, H, K, D, N
Adressés par des confrères, par des psychologues, par des réseaux de correspondant.	<i>« Soit par des collègues psychologues ou médecins, on commence à me connaître un petit peu c'est un réseau », « des confrères aussi qui savent que je pratique », « mais tous les correspondant du secteur, ça fait 20 ans que je suis là, donne soit mon secrétariat soit mon téléphone portable. », « Et puis à force de faire des interventions et des formations, j'ai des confrères qui commence à m'envoyer du monde aussi... », « il y a les centres du sommeil comme Senlis qui me les envois »</i>	F, K, I, A, D
Patient viennent spontanément	<i>« C'est plus eux qui viennent vers moi.. », « comme à un certain moment j'étais assez médiatisé... comme aujourd'hui je passais au journal de tfl il la donc aussitôt il y a plein de coups de téléphone qui arrive, des gens qui appellent voilà ça c'était mon recrutement.. », « je suis répertoriés aussi en tant qu'hypnothérapeute, donc les gens viennent »</i>	H, B, G
Aucune publicité	<i>« Je fais aucune publicité parce que je ne l'ai mis nulle part ni sur mes plaques ni autre », « je ne l'ai pas mis dehors par exemple... », « je ne fais pas de publicité, mais je le propose à mes patients et puis je commence à avoir des gens qui me connaissent », « je ne fais pas particulièrement de publicité. »</i>	M, J, I, N
Présent sur la plateforme de prise de rendez-vous	<i>« Maintenant les gens depuis 2012 savent que j'en fais, spontanément... ils viennent, sinon... J'ai un secrétariat externalisé et j'ai aussi doctolib qui est une plateforme de prise de rendez-vous via internet et donc sur doctolib je suis répertoriée aussi en tant qu'hypnothérapeute, donc les gens viennent soit par doctolib »</i>	G
Propose à leur patientèle de médecine générale.	<i>« Il y a aussi mes patients de médecine générale... (pause) pour qui je peux suggérer la possibilité de faire ça en leur expliquant ce que c'est et ils ont le choix aussi d'accéder à ça.. », « c'est vrai que déjà dans ma clientèle quand je repérais des troubles du sommeil systématiquement je leur apprenais des exercices d'auto hypnose... », « je recrute mes patients à travers ma clientèle en général c'est souvent même des gens que je connais bien », « j'ai plus aucun problème par rapport à ça, je m'étais posé la question à un moment mais que ces gens soit de ma clientèle ou pas dès que je sens qu'il y a une possibilité ou un intérêt je propose l'hypnose... », « Par exemple quand les gens viennent pour douleurs, je leur renouvelle leur traitement, je réévalue leur traitement anti douleur et puis je leur dis si vous voulez... On pourrait reparler un jour ou l'autre, d'hypnose... »</i>	K, B, M, N, I
N'insiste pas	<i>« Déjà je ne vais pas aller faire de l'hypnose avec quelqu'un qui ne veut pas en faire », « Toutes les raisons sont les bienvenus donc je n'insiste pas en général »</i>	I, E
Pas intrusif, peut ne pas proposer	<i>« Des fois, il y a des gens ils découvrent que je fais de l'hypnose alors qu'ils me connaissent depuis longtemps... Donc je ne suis pas intrusif », « Je le propose des »</i>	I

	<i>fois, il y a des fois ou je pourrais le proposer mais je ne le fais pas, ce n'est pas systématique, ça dépend du contexte »</i>	
Refus de prendre en charge leur patientèle de médecine générale	<i>« Après la plupart du temps comme médecin je les redirige, je ne les prends pas en hypnothérapie... On ne prend jamais quelqu'un en hypnothérapie de sa clientèle... tu renvoies à quelqu'un... », « je ne propose jamais l'hypnose pendant mes consultations de médecine générale, jamais... »</i>	F, G
Sélectionne une prise en charge qui l'intéresse.	<i>« Souvent dans les recrutements je sais c'est derrière qu'il y a un problème de type psychotraumatiques à traiter et c'est ce qui m'intéresse », « plus c'est difficile plus ça m'amuse... (rire) parce que les cas faciles ça m'amuse moins (rire)... donc maintenant avec l'expérience, j'aime bien les cas difficiles... je dis envoyé les moi...(pause) »</i>	M, A
Ne pas vouloir faire de l'arrêt du tabac	<i>« Le tabac oui très bien on peut arrêter certaines addictions, ça peut aider énormément les gens donc je le fais quelquefois mais ça m'emmerde... (rire) ça m'emmerde puissamment... » « Les gens ils viennent beaucoup plus pour arrêter de fumer, la première demande c'est celle-là », « Je n'ai pas envie de l'hypnose d'amaigrissement ou d'arrêt de tabac », « les gens qui veulent perdre du poids je ne les prends pas, je leur dis "ça c'est très compliqué, je le sens pas du tout" même si j'ai fait une formation sur l'anorexie.. »</i>	F, M, J
Mettre un cadre	<i>« Et là je me retrouve avec une dame qui a peur des lézards mais seulement quand il bouge... (rire) et là je me dis... je dis oui parce qu'elle était gentille la dame, elle était rigolote avec son lézard en peluche mais je n'aurais peut-être pas dû »</i>	L
Pas de critère de sélection particulier	<i>« Le symptôme je m'en fiche complètement... que les gens viennent pour des troubles du sommeil, viennent pour de l'alcool, viennent pour des TOCs, viennent pour des troubles du comportement alimentaire, pour de la dépression, je leur dis je m'en fous... (pause) ça ne m'intéresse pas... »</i>	A
Pratiquer l'hypnose avec les enfants	<i>« J'ai quand même pas mal d'enfants », « ceux avec qui j'exerce le plus finalement c'est avec les enfants, pour leur faire les vaccins », « Ça m'arrive souvent d'en faire avec les enfants... ils répondent bien aux suggestions »</i>	J, C, D
Pas encore de recrutement spécifique	<i>« Déjà les patients ils ne viennent pas me consulter moi directement à la base puisque je suis remplaçants, je n'ai pas de notoriété en tant qu'hypnothérapeute pour l'instant »</i>	C
Plus de nouveau patient	<i>« Je prends plus de nouveaux patients parce que je suis, je suis trop plein. Je crois que je dois être à 4 ou 6 mois de rendez-vous... du coup je pense que je vais être de plus en plus sélectifs en disant qu'on va prioriser les patients qui sont suivis au cabinet dont on est le médecin traitant, pour éviter de se retrouver à six mois d'attentes », « il n'y avait pas vraiment de demande médicale. Et c'est vrai que la prochaine fois que je verrais des patients avec ce profil-là, je pense que je refuserai. »</i>	L
Consultation avant pour sélectionner	<i>« Mais le fait que maintenant je les vois 2-3 fois en médecine générale avant ça permet d'écrêter un peu les gens qui viennent parce que « tiens je m'embête, si j'allais faire de l'hypnose » ... (pause) »</i>	L
Pas les pathologies psychiatriques lourdes	<i>« Et vraiment les grands dépressifs qui viennent pour ça je leur dis non, vous allez voir un psychiatre, hypnothérapeute si vous voulez mais pas moi ou les schizophrènes par exemple, j'ai deux patients schizophrènes je ne me lancerai pas là-dedans... »</i>	J
<u>Temps accordé à la prise en charge</u>		
Le temps moyen de consultation	<i>« Toutes mes consultations dure 40 minutes quarante minutes c'est un peu court », « consultations qui durent à peu près une demi-heure », « A peu près une heure... », « la consultation, on essaie de faire court parce qu'on est contraint dans la mesure où on ne fait pas cher... donc on est des plages de 35 minutes... », « Quand on parle de séance d'hypnose, il y a un temps particulier je dis une heure même si ça dure un petit peu moins », « je leur dis voilà "les séances durent environ 40 minutes mais je</i>	D, B, G, L, N, A, E

	<i>vous demande de prendre au moins une heure pour vous" », « la consultation dure environ 30 minutes »</i>	
Plus de temps à la première consultation	<i>« Après la première séance ça dépend comment elle se déroule et la durée de l'entretien... elle peut durer 1h 30 », « bon alors c'est vrai j'ai des consultations peut-être un peu plus longues lors de la première... »</i>	H
Plus court avec les enfants	<i>« Je les disperse dans la semaine parce que je les vois moins longtemps on ne peut pas faire une heure avec les enfants je pense que ce n'est pas possible et donc j'en rajoute parfois dans la semaine... 30 à 40 minutes »</i>	J
Séances « flash » courtes en consultation de médecine générale	<i>« Par contre quand je fais un petit travail avec outil hypnotique en consultation comme ça ça peut prendre dix minutes ou cinq minutes.. »</i>	M
Plus de temps que pour leur consultation de médecine générale	<i>« en médecine générale mes consultations durent 15 minutes »</i>	I
Nombre de séance	<i>« Je leur consacrait trois quatre cinq séances pour leur apprendre ces exercices à pratiquer soit dans l'endormissement soit dans la journée selon le type de troubles du sommeil.. », « 4 maximum cinq pas plus.. », « pour les troubles du sommeil en général, je leur propose un protocole de six séances d'une grosse demi-heure, allongée, induction, métaphore, réveil... mais en vrai si on rajoute les 2/3 consultation va peut-être être quelque part entre huit et dix consultes.. », « on va dire entre une et trois séances en général à peu près... », « je rappelle aux gens qu'on est dans le cadre de thérapies brèves donc on reste centrée sur le symptôme et que ça dépendra largement de ce que ressent et retire... (pause) au-delà de ça je dis que c'est un schéma qui tourne entre 3 et 5 séances », « les thérapies brèves c'est 12 à 15 séances dans la théorie mais avec l'hypnose je vous propose de partir pour six séances... », « En générale, c'est plutôt entre 3 et 10. », « Ça peut être des thérapies courtes mais c'est rarement en une séance... »</i>	B, J, L, M, N, A, E, F
Tabac se résout rapidement	<i>« Sur l'arrêt du tabac par exemple, c'est étonnant, je le fais en une séance, tout le temps... », « j'ai souvent des gens que j'ai vu une seule fois avec des améliorations... », « deux fois c'est plus sur le tabac. »</i>	L, M, H
Dépend de l'ancienneté	<i>« Et si c'est un trouble du sommeil ancien ça peut prendre 5-10 séances pour changer les choses... »</i>	I
Jamais plus de 20 séances	<i>« Ça fait 30 ans que je n'ai jamais dépassé 20 séances »</i>	E
Jamais plus de 12 séances	<i>« Le maximum de séance que j'ai fait je crois que ça doit être 11 ou 12 »</i>	M
Pas plus de 10 séances	<i>« Pour moi à dix séances on a fait le tour... Un vrai outil de base.. »</i>	H
Une seule séance	<i>« Non moi je dis une séance... si on redemande, si on dit à la personne il faut faire une deuxième séance c'est que la première n'est pas bonne c'est que la première ne vaut rien, on recommence à zéro », « je fonctionne de la façon suivante, je ne propose qu'une séance, quel que soit le trouble. Je fonctionne toujours comme ça.. Je ne donne jamais de rendez-vous après une première séance.. »</i>	D, G
Ne peut pas proposer de suivi	<i>« C'est la limite de mon exercice pour l'instant, c'est que comme je ne suis pas là de façon régulière et qu'en plus ce n'est pas mes patients bon voilà, je ne peux pas encore... »</i>	C
Ne programme rien à l'avance	<i>« Du coup moi je n'ai pas de programme je ne propose jamais un programme à l'avance, c'est le patient qui choisit le rythme l'éventuelle séance.. C'est libre et ça fonctionne très bien comme ça je trouve... »</i>	G
Le point à la fin de chaque séance	<i>« C'est souvent cinq minutes de la séance et puis je leur demande combien de séances il leur faut encore à leur avis et très souvent on tombe d'accord... »</i>	A

L'espace entre les séances	« C'est de la même manière que lancer une locomotive à vapeur faut parfois beaucoup d'énergie au début, "si vous avez besoin de venir toutes les semaines au début, vous pouvez venir toutes les semaines au début pour relancer le processus"... "ne laissez pas trop de temps entre les premières séances" »	A
Un cadre	« 6 séances espacées d'environ tous les quinze jours, pour qu'il y ait un cadre »	A
Variable	« Ça peut être très variable, mais des gens qui continuent de venir une fois tous les 15 jours, d'autres une fois par mois, d'autres deux fois par mois, d'autres que je ne vois pas pendant deux ans qui reviennent deux-trois fois à la demande »	H
Le choix appartient au patient	« Ce n'est pas moi qui vais décider.. (pause) pour toutes les indications... c'est TRES très rare que je demande à une personne de revenir.. », « je dis aux gens je vous propose de laisser au moins quinze jours, deux semaines et en fonction du ressenti libre à vous de reprendre rendez-vous (pause) », « c'est le patient qui choisit de revenir et ou de ne pas revenir parce que ça lui plait pas peut-être.. », « Et sinon les gens moi je ne les voit pas très souvent... je laisse libre du temps entre chaque consultation » « Puis alors après je leur dis vous faite comme vous voulez, comme vous sentez vous rappelez vous rappelez pas c'est comme ça », « je vais leur dire "qu'est-ce que vous pouvez faire"... », « ça peut être trois semaines, voire un mois, et les gens choisissent en général très bien ce qui leur va bien... », « c'est patient dépendant donc je peux pas dire voilà c'est 3-6-12-15... j'en sais rien du tout.. Moi vous avez envie de venir vous venez », « j'ai des patients qui viennent deux fois par semaine, il y en a qui viennent une fois par semaine, il y en a qui viennent toutes les six semaines... C'est lui... il n'y a pas de règles... moi je suis à la disposition du patient pour avancer avec lui, à son rythme. »	D, G, J, L, A, K
Dit d'appeler ou d'envoyer un mail	« "vous me rappelez, vous m'envoyez un mail" en fonction des places que j'ai gardé libre et les places qui se désistent je vous placeraï »	D
Certains ne reviennent pas pendant longtemps	« Pendant cinq mois je n'ai pas vu parce que c'était totalement partie et puis que ça recommençait un peu à revenir et donc comme elle n'avait pas du tout du tout envie de revenir même dans les schémas donc elle est tout de suite revenue me voir »	J
L'organisation des séances d'hypnose		
Entretien téléphonique au préalable	« Je rappelle les gens, je leur dis vous venez pour quoi ta ta ta.. Je ne prépare pas la consultation mais je leur demande le motif de consultation », « il y a un entretien avant », « j'ai toujours un contact téléphonique préliminaire à la première consultation, c'est une conversation qui dure 4-5 minutes... »	J, N, I
Bon état psychologique et conditions de tranquillité	« il y a un contexte je pense que vraiment pour profiter pour une hypnose faut avoir le contexte, c'est à dire se dire "voilà aujourd'hui j'ai choisi mon endroit, j'ai choisi mon jour, j'ai choisi la personne avec laquelle je vais le faire". », « je pense qu'il faut bien réfléchir quand on fait des séances d'hypnose à ce qu'elles soient faites dans des très bonnes conditions, de silence et de tranquillité, il n'y a pas un téléphone qui sonne quatre fois et c'est donc ça c'est important des conditions matérielles, d'être bien installés, bien assis » « surtout les conditions d'un petit peu de disponibilité psychologique du médecin »	G, M
Salle dédiée	« J'ai un local a part... », « j'ai un sous-sol aménagé, une cave.. (rire) mais c'est une très jolie cave (rire) que ça me sort vraiment aussi de ma pratique, pour qu'il n'y a pas d'imbroglio »	G, J
Un fauteuil spécifique pour les patients	« Quand on est dans du protocole hypnose c'est allongé avec une vraie induction... », « les gens vont de là au fauteuil et c'est dans le fauteuil que se déroule la séance d'hypnose », « ça se fait souvent en tout cas et au départ dans le gros fauteuil bleu qui est à côté.. C'est un fauteuil qui s'allonge... Souvent plutôt en position demi allongée ou demi assis... puis quelque fois assis aussi c'est pour ça qu'il y a aussi d'autres fauteuils, on change de fauteuil éventuellement...»	L, N, H
Une posture différente que celle de médecin généraliste	« on a une posture avec deux fauteuils qui sont quand même... c'est cardé », « on est côte à côte, on a plus la barrière du bureau », « on ne fait pas la séance d'hypnose proprement dite coucher parce que même si l'hypnose c'est un moment de repos, c'est aussi un moment de travail » « symboliquement c'est important de garder une	A, E, N, H

	<i>certain position du corps qui lui signifie qu'on est en situation de travail et non pas en situation de dormir mais c'est une situation de travail spécial », « moi je ne suis pas tellement debout... toutes les techniques de type chute en arrière tout ça j'en fait pas du tout... »</i>	
Cérémonie pour marquer l'entrée dans le travail	<i>« On demande une cérémonie particulière pour marquer le coup.. Cette cérémonie inaugure quelque chose dans la démarche dans la plainte du patient ou dans son avenir tels qu'il se le représente »</i>	N
Un temps de débriefing à la fin	<i>« Puis le débriefing après »</i>	N
La patientèle selon les médecins interrogés		
Beaucoup de personnes âgées.	<i>« J'en fais quand même pas mal pour les personnes âgées... (pause) »</i>	G
L'arrêt du tabac	<i>« Les gens ils viennent beaucoup plus pour arrêter de fumer voilà c'est la première demande c'est celle-là .. »</i>	J
Troubles liés à leur travail	<i>« Aujourd'hui on voit beaucoup de trouble qui sont en rapport avec le travail, le surmenage des choses comme ça »</i>	G
Les malades chroniques	<i>« Quelqu'un qui a un diabète, une bronchite chronique, un cancer.. C'est des choses qui vont durer dans le temps dans lequel ils vont faire eux même l'expérience de la douleur, du désespoir, du questionnement sur le sens de leur vie »</i>	N
Certains essayent toutes les thérapies	<i>« Je me suis quand même fait avoir un peu par une folle dingue mais bon ce n'est pas grave.. Ces gens comme ça qui essaye un peu tout et n'importe quoi.. », « Il y en a quelques-uns qui m'inquiètent un peu parce qu'ils sont un peu dans les ondes, les vibrations, et puis « si vous m'ouvriez les chakras ça serait cool », les vies antérieures, etc. »</i>	J, L
Veulent juste essayer	<i>« Elle était venu pour voir parce qu'on lui avait dit que c'était rigolo, il n'y avait pas vraiment de demande médical »</i>	L
Problème qui affecte leur qualité de vie	<i>« Il y a des patients qui viennent pour l'hypnose en espérant trouver dans l'hypnose des réponses à leurs problèmes.. », « Quand les gens arrivent ils sont souvent complètement débordés, ils en peuvent plus... », « les gens ils viennent parce qu'ils ont un besoin, une souffrance »</i>	N, A, E
La dernière chance	<i>« Souvent ils viennent en disant "vous êtes la dernière chance" »</i>	A
Veulent prendre moins de médicaments	<i>« Quand même maintenant les médicaments.. Les gens sont là "quand même non, je vais prendre des plantes"... ils veulent plus prendre de médicaments donc il cherche quand même des espèces de trucs un peu annexes... », « ils ont déjà fait l'expérience ou qu'ils redoutent plus ou moins qui est la prescription des médicaments... »</i>	J, N
Patientèle de médecine générale avec des troubles psys associés	<i>« C'est au moins 20% et c'est valider par des chiffres que ce soit de l'observatoire de la SFMG, des consultations en médecine générale, qui sont des patients qui ont un besoin intense d'être pris en charge au niveau de la psychothérapie »</i>	A
Les personnes ne connaissent pas toutes les applications de l'hypnothérapie	<i>« C'est parce que les gens souvent dans la salle d'attente ils me disent "ah mais vous faite de l'hypnose, ça marche pour quoi ?" alors moi je déroule le catalogue et les gens sont complètement surpris ... »</i>	J
Viennent parce qu'ils veulent venir	<i>« Il n'y a pas d'agressivité globalement les gens ils viennent d'abord parce qu'ils veulent venir ce qui n'est pas le cas lorsqu'on fait de la médecine générale... »</i>	E
Les attentes des patients	<i>« Je pense et elle voulait expérimenter l'hypnose et elle s'est imagé son truc de foire.. J'ai beau lui avoir expliqué elle n'a pas compris... », « les gens viennent en disant je veux quelque chose d'extraordinaire... je veux quelque chose qui change » « les gens veulent un moment en particulier où il se passe quelque chose... » « Du coup certains sont déçus en disant qu'ils voulaient voir un gourou magnétiseur... », « ça peut être ces attentes des patients qui pensent que ça doit se penser comme au spectacle, qui doivent être inconscients en hypnose, qu'ils ne devraient pas être là,</i>	D, L, H, K, B, F, M, N, C

	<i>"j'ai pas dormi" donc "si j'étais pas inconscient c'est qu'il ne s'est rien passé"... », « c'est dans les notions de profondeur d'hypnose comme s'il fallait absolument dans des profondeurs extrêmes, ce qui n'est pas nécessaire... », « ils viennent un peu pour la baguette magique.. "moi je ne vais rien faire c'est vous qui allez tout faire et puis je m'en vais, je suis bien et je suis guérit quoi" », « ils viennent forcément avec des attentes... », « quand ils arrivent, ils s'attendent toujours à quelque chose d'extraordinaire... (rire) », « Il y a aussi ce qu'attend la personne en amont. », « ils s'attendent à de la magie », « ils pensent que ça va se résoudre en un claquement de doigt... (rire) »</i>	
Les représentations que les patients peuvent se faire de l'hypnose	<i>« ils me disent "est-ce que je vais être réceptif" » « ceux qui sont inquiets et qui me pose la question je leur donne cet exemple-là, et ils comprennent très bien, c'est pas du spectacle ici moi j'ai pas besoin de vous faire des tests » « les yeux c'est votre affaire vous en faites ce que vous voulez vous les surveiller toute la pièce pendant une heure il y a pas de problème ça fonctionne aussi... », « c'est toujours la peur de l'hypnose, de la manipulation, de l'hypnose de quartier de l'hypnose qu'il voit à la télé », « on est perçue très souvent par les gens qui font la demande de réponse à l'insomnie comme les détenteurs d'un certain nombre de petits secrets », « c'est dans les représentations du spectacle qui a pris un peu d'ampleur ces dernières années... », « elle m'a dit "écoutez franchement vous n'auriez pas été mon médecin traitant tout ce que vous m'avez raconté je vous aurais pris pour un fou et je ne serais pas revenu mais bon" »</i>	G, M, N, H, K
L'hypnose médical est plus répandue de nos jours	<i>« En fait je trouve que ça s'est pas mal démocratisé l'hypnose et dans les médias on en a entendu parler pour ce qui est arrêter de fumer et puis aussi tout ce qui anesthésie »</i>	C
Pas encore entré dans le langage courant	<i>« Ce n'est pas encore passé dans le langage courant »</i>	J
Être médecin généraliste augmente la confiance dès le départ	<i>« Il y a le pouvoir rassurant du médecin et la façon dont il les prépare, ils sont chez un médecin, c'est une chose importante. Qu'ils doivent être convaincus qu'ici on est là pour le soin, on n'est pas là pour faire du cirque... »</i>	F
Majoritairement ouverts	<i>« J'ai l'impression qu'il y en a plein qui sont ouverts. Il y en a peu qui ont des idées limitantes... », « ça a beaucoup changé depuis quelques années, par rapport à dix, quinze, vingt ans on a moins ce blocage ou ces obstacles... là les gens ils sont assez ouverts en fait... il y a plus ces choses qui sont limitants.. »</i>	L, E
Rare qu'ils n'y croient pas du tout	<i>« Mais le plus souvent, c'est rare que les gens viennent pour voir un hypnothérapeute en se disant « je n'y crois pas mais... ». »</i>	L
Les croyances des patients sur leur trouble	<i>« Souvent ils se mettent des enjeux dans leur croyance très importante sur le trouble, en particulier dans les troubles du sommeil des gens qui sont souvent basées sur des croyances terribles... »</i>	M
Liberté du patient à décider	<i>« Bon et puis après c'est le patient qui décide... (pause) » « parce qu'il y a des gens qui sont très hermétique à tout ça, bon bah on reste sur la médecine classique... », « s'ils ne veulent pas, bah il ne le font pas et puis c'est tout... », « Il y en a qui ne veulent pas, c'est leur choix, c'est eux qui décident. »</i>	K, G, I
Certains ne veulent pas essayer	<i>« Certains patients ils ont vraiment besoin et puis finalement ils ne vont pas avoir le déclencheur, bon bah tant pis hein.. » « Il y a un monsieur ça fait trois fois qu'il me demande bah je lui ai dit vous téléphonez, vous prenez rendez-vous bah il ne m'a toujours pas appelé.. Donc c'est qu'il n'est pas prêt... », « D'autant que les patients eux-mêmes pendant ce temps-là, ils ont très souvent besoin d'un papa ou d'un chef qui les gronde et qui fait le boulot hein... Parce que tous les patients ne sont pas prêts du tout... »</i>	J, I
Lorsque le patient fait la démarche seul de venir faire	<i>« Cas le fait qu'ils soient venus pour un travail d'hypnose... ça signifie une certaine envie de travailler sur eux » « quand ils viennent me voir pour de l'hypnose c'est qu'ils ont déjà tiré un bilan ou qu'ils ont commencé à faire un bilan de leur pratique</i>	N, F

de l'hypnose il est prêt à jouer le jeu	<i>antérieur avec les prises d'antidépresseurs ou anxiolytiques », « déjà quand les gens rentrent chez toi, qui viennent faire de l'hypnose ils sont déjà préparés »</i>	
L'aspect financier		
Pas remboursé	<i>« Comme ce n'est pas remboursé moi je ne fais pas de feuilles de soins du tout, je fais des feuilles d'honoraires », « parce qu'il n'y a pas de remboursement en l'occurrence... »</i>	G, A
S'arrangent avec le patient	<i>« Je leur demande de payer en espèces... parce que je pense qu'il faut vraiment se payer quelque chose, je leur fais une facture, et si vous ne pouvez pas payer je vous fais crédit autant de temps que vous voudrez, vous me dites combien c'est possible de mettre dans la séance, dites-moi combien vous pouvez mettre... »</i>	A
Veut que ce soit accessible	<i>« Pour les gens qui sont CMU, aide médical etc on fait 25 euros remboursé sécu, l'idée c'est quand même que ce soit accessible... »</i>	L
Une contrainte financière	<i>« Évidemment quand je fais 40 minutes de traitement en facturant 25 sécu, dont il reste 7 pour moi, je ne peux pas tout le temps... », « je compte comme un acte de med gé... »</i>	L, C

Tableau N°6 Les principes et les différentes techniques concernant l'hypnose médicale énoncés par les médecins au cours des entretiens

Codage	Citation	Verbatim
Les principes concernant le praticien hypnothérapeute		
Responsabiliser le patient dans son processus de changement	<i>« J'essaie toujours de responsabiliser les patients dans la prise en charge de leur santé.. "c'est vous qui pilotez votre vie", "c'est vous qui savez" "vous êtes le meilleur spécialiste de vous" "moi je ne sais pas ce qui est bon pour vous savez.. », « chacun de nous est quand même un peu responsable de son sommeil, c'est à dire ça remet... se regard là... ça permet à la personne de se dire « c'est à moi de m'occuper de mon sommeil », « alors que le médicament par définition, ou la médecine traditionnelle, classique va dire « c'est moi qui vais m'occuper de votre sommeil »... (pause) », « Le but vraiment c'est de le responsabilisé... », « Qu'ils comprennent que c'est de sa responsabilité d'aller mieux », « Quand il vient et qu'il me dit qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi, je leur dit non c'est à vous de faire pas à moi... il faut les responsabiliser », « Responsabilisé le patient dans sa prise en charge, c'est ça le plus important... (pause) C'est lui qui fait pas moi... », « On fait comprendre qu'il est responsable de son changement... »</i>	K, I, F, G, M, D, N
L'aider a trouvé ses propres ressources	<i>« J'utilise les ressources du patient... je prends ce que m'a donné le patient », « des techniques de travail sur les ressources », « c'est vous qui faites parce que vous l'avez testé, vous avez expérimenté et vous avez constaté que c'est mieux, mais sachez que très rapidement vous pourrez vous en passer... », « Mobilisation des ressources qui se met au service du désir de changement »</i>	J, M, K, N
Un état de confiance et de sécurité pour le patient	<i>« travailler un petit peu justement sur la reprise de confiance... », « tu arrives à la faire sécréter un cocon dans lequel ils se sentent complètement protégé, dans lequel ils sont eux-mêmes », « Il faut les amener progressivement a un état de sécurisation... ça prend du temps... », « parce que il faut qu'ils soient dans une confiance totale », « il y a un accompagnement et c'est important que le patient ait confiance dans l'aide qu'on apporte, qu'il n'ait pas peur... », « 'est parce qu'il y a cette confiance et le patient sait s'il n'a pas confiance, il est sur ses gardes... »</i>	M, F, E, K
Changer le regard du patient	<i>« « mec ta vie c'est toi qui l'invente... tu veux changer de vie, mieux dormir... change ton regard, change la direction de tes pas »... », « ça permet de faire entendre à nos patients qu'il y a une autre voie » « je peux être amené à indiquer la façon, (pause longue) qu'on va dire non violente par exemple... de se comporter avec soit même (pause) », « permettre aux gens d'aller faire un voyage en hypnose, pour diriger le voyage sur le changement qui veulent mettre en place et pour mettre en place du changement dans leur être », « c'est bien qu'elle puisse à un moment se rendre compte que c'est un cache-misère le traitement et que le problème il est ailleurs »</i>	L, N, A, K

Donne la permission au patient de changer	« <i>Vraiment faire sentir aux patients qu'il est capable d'y aller et si vous lui faite sentir qu'il est capable d'y aller... » « les gens qui viennent nous voir ils sont là pour y être donc il suffit juste de leur dire que c'est ok et c'est tout... ça va tout seul », « on propose aux gens d'aller mieux et puis ils vont s'en saisir... »</i>	G, L
Amener la personne à se sentir libre	« <i>Amener la personne à se sentir libre de faire ce qui est bon pour elle... »</i>	I
Un accompagnement pour le patient et non d'un formatage	« <i>Parce que le but ce n'est pas de charger le patient avec des contraintes », « On sait qu'un être humain souvent fait mieux les choses quand il est accompagné que quand il est seul », « c'est comme les enfants quand vous leur prenez la main pour les aider à se mettre debout. Vous ne leur apprenez pas à marcher en fait juste vous les encourager à se mettre debout », « on est là uniquement pour accompagner quelqu'un... », « c'est un accompagnement et il n'y a pas de formatage... »</i>	G, N, K
D'autres voies sans chercher le pourquoi	« <i>Comme ce n'est pas de la psychothérapie je n'ai pas été chercher pourquoi comment... »</i>	G
Le côté pudique de cette pratique	« <i>C'est très pudique comme pratique en fait... »</i>	C
Ne rien vouloir pour le patient	« <i>Comme disait François Roustand surtout ne rien vouloir pour le patient.. (pause) je ne veux surtout pas la guérison du patient (pause) je ne veux rien, ça fausse »</i>	D
Changer de regard sur sa place en tant que médecin	« <i>« En hypnose plus vous vous débarrasser de tout ce que vous avez appris en médecine et mieux ça va » c'est très paradoxal... », « "Oh merci docteur vous êtes génial" t'es nul... (longue pause) Aah c'est sûr que... (longue pause) ça déstabilise... (soupir) », « tu sors de ta démarche diagnostique, tu sors de tes arbres diagnostic qu'on t'a inculqué.. parce qu'on est formaté comme ça, on a appris à mettre des petites cases partout dans notre tête et en fait j'ai appris à casser ça, j'ai appris à déstructurer ses cases... », « il faut se détacher de la vision du médecin tout puissant... »</i>	G, D, C, F
Un simple outil à la disposition du patient	« <i>moi je suis juste un outil que vous pouvez utiliser pour vous et pour vous accompagner dans une démarche qui est une démarche personnelle, moi je suis juste un facteur favorisant mais pas plus.. un accompagnateur » »</i>	K
Se repositionner comme n'étant rien	« <i>"ton inexistentialité.. tu n'es rien... quelle prétention aurais-tu de vouloir faire quelque chose" (longue pause) pas plus compliqué que ça... (longue pause) »</i>	D
La position basse du médecin	« <i>la position basse est une des règles de l'hypnose... c'est à dire "moi je ne sais pas faire mais vous vous savez faire.. et je vais vous permettre de retrouver vos ressources pour savoir-faire"... », « La toute-puissance ça n'existe pas... Faut rester à son niveau », « c'est une position plus basse... le médecin en général il a plutôt une position haute "j'ai le savoir dites-moi vos symptômes, je vous fais une ordonnance, vous prenez ça et puis voilà" mais non... » « c'est bien d'avoir toujours cette humilité et pouvoir dire à la fin, "vous pouvez revenir si vous le souhaitez mais libre à vous" », « il s'agit d'une position plus... basse, plus humble... », « faut savoir rester humble avec le patient », « On descend de notre pied d'estale et on se met au niveau du patient », « Il ne faut pas être prétentieux. »</i>	A, F, K, I, C, M, F
Un bon état psychologique	« <i>Des conditions pour le médecin d'être dans un bon état psychologique », « surtout les conditions d'un petit peu de disponibilité psychologique du médecin »</i>	M
Au présent avec le patient et de pouvoir partager des émotions	« <i>faut être présent à tout... Faut regarder la personne non pas dans les yeux, il faut la traverser pour regarder dans le champ périphérique et juste sentir ça comme là.. », « c'est juste de rester présent au patient, de rester présent aussi à son ressenti par rapport aux patients... », « juste pour être là... simplement une prise de conscience », « et simplement le fait que je sois là avec lui... Il y un effet comme ça d'hypnose, je pense vraiment de présence... pour moi il y a une présence hypnotique... », « Soit j'accepte que les émotions fassent partie de la vie et la famille fait partie de la vie et</i>	D, G, L, H, A

	<i>qu'au niveau où la personne a besoin de me porter ce qui ne peut pas porter tout seul, ba je suis prêt à l'entendre, je suis prêt à l'aider, je suis prêt à l'accompagner. »</i>	
Dialogue à 4 avec le conscient et les inconscients du thérapeute et du patient	<i>« je dis toujours aux patients "quand on est ensemble on n'est pas deux, on est quatre : il y a votre conscient, il y a mon conscient mais il y a votre inconscient et également mon inconscient et les discours ils sont à plusieurs niveaux... »</i>	K
Mis au centre de la prise en charge	<i>« mais que ce soit que ça les empêche de dormir, que ça les amène à boire, que ça les amène à se ronger les ongles, à faire le ménages toutes les heures, à s'engueuler avec tout leur entourage ou autre chose, c'est de eux dont il s'agit... », « je ne vois pas trop ça comme une technique pour certaines indications... je vois plus ça dans une approche très globale », « en général maintenant, les insomnies on les traite comme un patch, comme un symptôme en mettant un traitement hypnotique alors qu'en fait ça relève d'une prise en charge plus globale. », « c'est une approche très globale du patient... ce n'est pas un symptôme qu'on prend en charge c'est le patient dans toute sa complexité », « Le patient est au centre de sa prise en charge dans tout ce qu'il est... », « on ne va pas traiter tel ou tel symptôme, on va prendre tout ce qui vient avec le patient dans sa globalité. Ce qu'il voudra traiter c'est lui qui le décidera. »</i>	A, C, F, M, N, E
Faire du sur mesure	<i>« c'est très personnes dépendantes il n'y a pas de recette », « ça dépend à 100% de la personnalité, de la culture, du métier, de l'environnement du patient, de son rythme, de son vocabulaire », « s'est adapté à chaque personne, c'est unique... », « en restant au plus près des mots qu'ils ont utilisés, des sensations, de ce qu'est la réalité de leurs vie... (geste des mains qui englobent) », « Si le thérapeute suit le manuel pas à pas ça ne marche pas. Si je fais du sur mesure pour le patient qui est là ça fonctionne... », « Je m'applique à prendre des images qui vont dans le cadre culturel des gens et dans leur cadre de référence, parce que si ce sont les miennes elles ne leur parlent pas... », « j'ai toujours intérêt à savoir qu'est ce qu'ils font, qu'est ce qu'ils sont.. c'est ça qui fait du sur mesure et qui fait que c'est adapter à la personne.. (pause) », « je m'adapte beaucoup à la personne, aux gens », « c'est de savoir les protocoles, savoir comment les choses se font, et après de le personnaliser... tout en respectant les règles qui font que on sait où on va... »</i>	I, B, G, N, A, E, K
Capacités d'improvisation	<i>« moi je raconte beaucoup d'histoires oulala j'invente.. je fais des tas d'histoires donc ça ça marche bien avec les enfants oui.. bon voilà donc moi je raconte beaucoup d'histoires », « c'est l'improvisation... c'est ça que j'aime beaucoup d'ailleurs, c'est que c'est un processus très créatif... ça demande de laisser venir les trucs »</i>	J, C
Calibrage des paroles et du langage non verbal du patient	<i>« des fois c'est autre chose, des fois on vient sur un tout petit détail... un tout petit truc.. c'est pour ça qu'il faut être à l'affût de tout, du moindre geste » « ce petit mouvement de la tête et après on part on se met en synchro, les mains qui viennent à bouger et voilà... (pause) et c'est parti... (mouvement de tête) », « "c'est tellement lourd", "j'en ai marre c'est trop lourd", "j'explose" il y a des mots comme ça qui reviennent "j'étouffe" il faut utiliser ces mots là et puis les remettre dans un autre contexte pour pouvoir libérer...(pause) », « qui me disais que ce qui l'empêchait de dormir c'était la coulée de lave incandescente qui avait le long de sa colonne quand il bougeait dans son lit et que ça ça l'empêchait de dormir, une coulée de lave incandescente... », « selon ce que la personne va me dire, je vais m'adapter en fait ... », « c'est tout ce qui est là quoi... s'il y a une métaphore, un vocabulaire... Elle me dit c'est quand même bizarre « parce que sinon j'ai quand même la niaque », la niaque... (pause) Voilà ce mot-là qui vient, « c'est quoi la niaque pour vous ? » et ba je vais accentuer la niaque »...Voilà je vais utiliser ce matériel immédiatement, là comme ça... « Allez-y, restez là-dessus... mettez entre vos mains la niaque... », « si le patient c'est quelqu'un qui est très sportifs par exemple, on va utiliser ce qui vient dans le domaine du sport, si c'est un musicien on va plutôt chercher des exemples de musique, si c'est quelqu'un qui est très dans les couleurs. », « on est très attentif aux gestes, au vocabulaire de la personne... on se calibre à la personne et son cadre de vie », « Moi je regarde tout ce qu'il fait, comme ça je peux le réutiliser, c'est plus</i>	D, G, M, E, I, K, H, J, B

	<i>efficace comme ça », « on s'adapte à la richesse du patient et en fonction de ce qu'il apporte on emploiera certaines métaphores, certains exercices plutôt particulier.. »</i>	
Le corps répond aux questions avant	<i>« en hypnose le corps va répondre à la question, les gens n'ont pas accès à la réponse par les mots mais ils ont déjà la réponse à la question par leur inconscient... c'est à dire que ton inconscient répond avant ton conscient et ton conscient vient ensuite.. »</i>	A
Tenir compte de la présence du corps avec l'esprit	<i>« l'émergence de la possibilité de l'hypnose dans cette relation tient d'emblée complètement compte de la présence du corps.. »</i>	N
Prendre le patient à contre-pied	<i>« à contre-pied... on savonne la planche... y'a plus d'appuis... (pause longue) ça déstabilise » « on savonne la planche, il faut casser les points d'appui.. pour pouvoir reconstruire quelque chose... », « si je laisse trop de place à la plainte et bien ils vont retomber dans un cadre qu'est le cadre habituel de dire "ba je viens pleurer auprès de toi" "je veux que tu changes si tu veux changer pour faire autrement, parce que ça va plus comme ça donc il faut faire autrement"... » « ça m'arrive de leur faire du rentre dedans, mais tout de suite après je vais leur dire "c'est pas pour vous faire du mal que j'ai dit ça, vous sentez bien que maintenant on va y aller"... parce qu'il faut faire de temps en temps une rupture », « Parfois le patient il m'assène ses vérités et je lui dis "mais vous êtes sûr?" je les surprend... en fait c'est ça c'est surprendre... parce qu'il vient avec son discours préétabli et... ce qui est important c'est de casser, c'est d'aller là où il nous attend pas »</i>	D, A, K
Avoir confiance en soi	<i>« là aussi parce que moi j'y crois qu'elle marche... Du coup assez souvent les gens ils s'en saisissent pour changer des trucs qu'ils ont envie de changer », « vous trouvez suffisamment de confiance, c'est à dire d'être bien dans cette place-là, d'être quelqu'un qui accompagne, pour arriver à trouver les limites de la médecine classique... », « c'est important d'avoir suffisamment d'expérience pour pouvoir gérer tout ce qui peut se présenter et en général il y a quand même, du fait qu'à cette relation inconsciente, le patient il va travailler s'il sait qu'on est en mesure de le faire »</i>	L, I, K
Faire un travail sur soi	<i>« tous les médecins devraient avoir fait un travail de thérapie sur eux-mêmes pour comprendre ce que c'est que le transfère, le contre transfert, et pour comprendre dans quelle position on peut se mettre... »</i>	F
Il faut pouvoir être tranquille	<i>« je crois que tout le travail pour un thérapeute en hypnose c'est d'être tranquille quel que soit ce qui se passe... faut être solide, juste posé », « prêt à accueillir le patient. Parce que si lui il revit des choses fortes, puissantes qui peuvent le perturber, bon on a les outils pour gérer ça et l'accueillirent surtout, pas avoir peur, il faut l'accueillir mais être équipés pour le rassurer parce qu'on a travaillé le lieu sur », « je me retrouve avec des gens qui vont faire des grosses abréactions... Tout va bien, on traite un trouble du sommeil et puis là brutalement il se met à sangloter comme des gros gorets... Il y a une émotion qui passe c'est qu'elle a besoin de passer alors on va la laisser passer... »</i>	G, K, L
Se sentir libre de dire ce qu'on veut	<i>« moins je me prends la tête et mieux ça marche... » « ne pas être dans le questionnement, de se dire est-ce que je vais bien faire est-ce que je ne vais pas bien faire... », « c'est une discipline où il est important qu'on se sente libres » « si on se sent libre de dire ce qui vient pendant une séance avec un patient.. et si on accepte de dire des choses alors qu'on ne sait pas pourquoi on les dit, c'est là où ça devient intéressant... »</i>	G, K
Être bienveillant et éthique	<i>« au lieu d'être dans la confrontation là on est dans la bienveillance.. », « cette attention que je lui porte, la bienveillance et à partir de là la thérapie est possible... parce qu'il y a cette bienveillance et que le patient la ressent, c'est ce qui fait l'efficacité de cette approche-là.... », « il y a peu de danger si tu es responsable et si tu as une éthique... pas de danger... (pause) », « à partir du moment où tu as cette certitude que quoi que tu fasses, parce que tu es éthique, parce que tu es formé, parce que tu es professionnel, entendons-nous quand même, mais tu vas aider la personne... », « il ne peut rien se passer de grave... bien sûr quand tu respectes une</i>	E, K, M, A, I, G, N, C

	<i>certaine éthique », « l'important c'est d'être bienveillant pour le patient », « Quand tu restes bienveillant, il ne peut rien se passer de négatif... (sourire) », « l'éthique est quand même importante dans cette pratique. »</i>	
Être authentique avec le patient	<i>« avec mes patients je suis authentique parce que je fais avec ma fibre à moi... et c'est ça qui est important »</i>	K
Parfois jouer du côté magique	<i>« Il faut quelque part la désacraliser mais il y a des fois on en joue... de ce côté magique... (pause) », « maintenant le côté, comment dirais-je, mystique et magique, je ne l'ôte absolument pas.. C'est génial... je prends.. Mais avec toute modestie. Ça a une importance ce côté magique, ça agit, c'est un catalyseur... »</i>	D, F
Un don de la nature	<i>« l'hypnose c'est un phénomène, c'est vraiment un don de la nature moi c'est ma pensée aujourd'hui, c'est vraiment ça, c'est un don de la nature »</i>	G
Les principes dépendants du patient qui accepte d'être pris en charge par l'hypnose médicale retransmis par les médecins interrogés		
Acteurs de leur bien-être et de leur changement	<i>« justement l'hypnose c'est ça c'est qu'on ne les prend pas par la main, ils se prennent tout seul en main », « Est-ce que c'est l'hypnose ?... non c'est elle bien sûr mais c'est toujours eux... », « en mettant l'accent sur le fait que le travail proprement dit qui est un travail dédié aux changements et qui mobilise et qui s'appuie d'abord sur leurs propres ressources », « Donc l'idée c'est bien d'ouvrir la porte à l'être, et quel que soit l'entrée du symptôme, que ce soit la tristesse, la dépression, les troubles du sommeil, sentir que c'est eux la réponse c'est l'important... », « pour moi c'est là le fondement, c'est juste apprendre à être là avec soi et être acteur de ce qu'on ressent », « "à vous d'aller dans votre démarche"... », « c'est un discours auxquels ils sont pas habitués.. de dire "non à vous de prendre en charge tout ça" », « donc c'est important que les patients découvre qu'en réalité c'est eux qui sont acteurs de leur bien-être, de leur guérison, de leur bonheur », « le patient comprend bien que il a tout le potentiel... (pause) », « faire en sorte que leur bonheur ne dépendent que d'eux... pas des autres... parce qu'il peuvent attendre toute leur vie... », « le changement viendra toujours d'eux, c'est quelque chose qu'ils doivent assimiler », « c'est une position où ils sont acteurs de leur santé et du changement qu'ils veulent mettre en place », « Quand ils comprennent qu'ils sont les acteurs principaux du changement, là on peut travailler efficacement. »</i>	J, L, N, A, C, K, B, M
Retrouver de la confiance en eux	<i>« Et donc tout ce qu'ils ont envie de dire, tout ce qu'ils ont envie d'exprimer, ils l'exprimeront, s'ils ne veulent pas l'exprimer ils le garderons pour eux », « je pense que ce qu'est ce qui est important c'est de reprendre l'importance de la confiance qu'ils doivent avoir en eux, autrement qu'en prescrivant des médicaments », « Après ils font ce qu'ils veulent hein... », « c'est lui donner la confiance qu'il a en lui des ressources.. », « et découvrir que ce qui était une barrière avant n'en ai plus aujourd'hui... et voilà vous pouvez faire des choses nouvelles... »</i>	F, L, N, A, K
Changement peut être terrifiant	<i>« y'a des fois c'est terrifiant comme expérience et ils demandent ça... c'est un passage... y'en a qui sont terrorisés... sur ce fauteuil... j'en ai une tout à l'heure... morte de trouille pour arrêter de fumer... (pause) », « changé c'est difficile, on n'est pas tous tarzan, quand il faut lâcher une liane pour rattraper celle de l'autre côté du et qu'il y a des crocodiles en bas et bien des fois on a peur et on ne change pas... »</i>	D, A
Changer le regard qu'ils portent sur eux même et leur trouble	<i>« on s'en rend compte en hypnose c'est en modifiant et en changeant certaines croyances qu'on en vient à bout comme celles qui ne vont pas mourir s'ils n'ont pas de Zolpidem », « apprendre à devenir un expert des tempêtes de la vie et apprendre même à se réjouir des tempêtes... », « donc finalement c'est de découvrir que ce qui avant était un problème en réalité n'en est pas un... » « même si vous ne vous rendormez pas tout de suite, ce n'est pas grave.. vous êtes allongé, vous êtes détendu c'est du repos.. même si vous ne plongez pas dans le sommeil" Donc en fait on dédramatise l'histoire alors que c'était un problème... »</i>	L, N, K
Jamais trop tard	<i>« que vous ayez 15 ans 10 ans 70 ans il n'est jamais trop tard voilà... »</i>	K
Accepter de ne rien faire	<i>« "qu'est-ce que vous contrôlez dans la vie..?" "l'activité cérébrale consciente selon vous que ça représente quoi ... dans l'activité d'un cerveau humain..." 2</i>	D, G, N

	<i>pourcent...2% "2, c'est rien.." et vous avez passez votre temps à apprendre à lâcher 2% "vous voulez apprendre à essayer de lâcher un grain de sable dans le désert... (pause longue)" "vous tenez rien..." » « "foutez vous la paix" comme dis roustand "merde à vous" (rire) », « je les invite vraiment à ne rien faire quand ils sont là je leur dit "on va rien faire" "venez-vous assoir" on va rien faire juste s'asseoir et ne rien faire c'est tellement difficile et ils sont surpris à la fin.. », « donc ce qu'il faut faire pour qu'on soit bien c'est ne rien faire pour que la respiration respire... ne rien faire pour que le sommeil revienne.. ne rien faire pour que l'appétit soit là... c'est à dire imprégné de la philosophie du "non agir" ça ne veut pas dire ne rien foutre, c'est plutôt ne pas faire obstacle de façon inappropriée quoi... »</i>	
cadre de vie naturel	<i>« on travaille à remettre en place le cadre de vie naturel pour que la personne puisse naturellement laisser fonctionner son propre organisme... »</i>	N
Doit vraiment avoir envie de changer	<i>« de toute manière ça ne marche pas si les gens ne sont pas volontaires.. ça c'est clair si vous les forcer ça n'a aucun intérêt, il fait que ce soit une démarche personnelle, qui soit mûri et auquel cas là vous pouvez avoir.. J'estime qu'on peut avoir des résultats... », « ce qui est important c'est que tu sois motivé, que tu es envie de bouger... Je lui dis "mais moi je veux pas que tu pleures je veux que tu changes... si tu veux pas changer viens pas me voir".. », « la règle pour moi c'est qu'ils aient plaisir à venir c'est qu'ils aient envie » « si vous n'êtes pas sûr, prenez le temps... ne venez que avec une véritable envie"...C'est bon que les patients aient envie, qu'ils aient confiance... c'est indispensable ! », « ça marchera que si vous avez envie...», « Quand ils viennent il faut qu'ils en aient envie, vraiment envie, sinon ça ne mène pas à grand-chose », « Quand ils n'ont pas vraiment envie de changer, ça ne peut pas marcher, alors la condition de base c'est qu'ils aient envie... », « Le plus important c'est le motif parce que le motif est le déclencheur de quelque chose, le déclencheur du désir... »</i>	J, A, K, M, C, L, N
Prêt à aller ailleurs	<i>« on va pouvoir utiliser ce prétexte que ce soit pour arrêter de fumer, parce qu'il y a de l'anxiété ou autre on va utiliser ce symptôme, ce motif pour faire découvrir et apprendre une méthode de travail sur eux même qui peut les aider dans tous les domaines de leur vie », « quelque chose de l'ordre du traumatisme psychique qui n'a pas été digéré et qui fait venir encore des souvenirs douloureux, traumatisme qui émerge seulement à ce moment-là, quatrième séance... »</i>	N, I
Peut prendre du temps	<i>« les patients ils veulent un truc qui va régler leurs problèmes dans la minute alors que ça prend du temps, que la nature ça prend du temps et les choses ne se résolvent pas en cinq minutes... ce n'est pas parce que tu auras toute l'artillerie du monde que ça va se résoudre en cinq minutes... »</i>	C
Se laisser accéder à ses émotions	<i>« En tout cas laissé venir des choses qui sont du domaine des émotions... Il ne peut y avoir de changement que quand on a accès aux émotions de la personne... » « comme c'est l'émotion qui est le moteur du changement, ils vivent comme une sorte de jeu de rôle, comme sorte de choses dissocié puisqu'ils sont en hypnose, ce qu'ils ont à faire qu'ils ne font pas dans la réalité », « à partir du moment où tu sais t'arrêter et te dire "attend qu'est ce qui est en train de se passer, qu'est-ce que je suis en train de ressentir, pourquoi et comment je peux faire autrement", je pense que tu as déjà fait une grosse partie du travail », « votre inconscient il sait que tout ce que je dis c'est sans intérêt, parce que ce qui est intéressant c'est ce que lui il a à vous dire".. »</i>	A, C, K
Symptôme pas là par hasard	<i>« moi j'essaye de les sensibiliser au fait que les choses apparaissent pas comme ça par hasard et que ça relève aussi bien de ce qu'on appelle le corps que de ce qu'on appelle l'esprit.. », « on part du principe dans ces thérapies que les personnes font le mieux qu'elles peuvent pour elles-mêmes avec ce qu'elles ont... et que le symptôme c'est une solution qu'ils ont trouvée à faire face à ce qui les embêtait... à partir du moment où tu pars du principe que l'écologie de la personne à fait le mieux qu'elle pouvait pour elle-même, tout symptôme qui se produit c'est d'une utilité... », « qu'est-ce qui vient vous apprendre, qu'est-ce qui vient vous dire... comment on peut, on peut l'utiliser... ça c'est intéressant voilà... »</i>	N, A, K

Connaissent déjà l'état hypnotique	« <i>chacun d'entre nous est en hypnose, un enfant qui joue aux billes ou avec des petites voitures est en hypnose... »</i> , « <i>alors expliqué que c'est une façon de fonctionner au niveau de notre cerveau qui existent sans qu'on le sache... »</i>	A, F
Une position d'action au présent	« <i>on recentre on recentre, le présent "ressentez" "oui j'ai mal" où, quand, comment, "quand je mange" "vous mangez la" "non" présent on revient, on recentre.. »</i> , « <i>ils me disent : "il faudrait que" alors je dis d'accord mais à la première personne avec un verbe d'action au présent... alors "je dois", mais "dois" ce n'est pas un verbe d'action c'est un devoir... alors "je fais" mais "tu fais quoi ?" c'est pas un verbe d'action.. alors "je dis ça", "donc vas-y dis le"... »</i> « <i>les gens tout d'un coup prennent conscience que c'est plus leur Sur-moi, si on veut parler psychanalyse, qui leur dit: "il faut que, y a qu'à, faut qu'on" mais ils le mettent en action... »</i> , « <i>on va dire d'avancé en utilisant la première personne du singulier, c'est "je" et c'est pas "il faut", "on doit" non c'est "moi j'ai envie" alors de quoi il a envie "j'ai envie" "je décide" "je souhaite" "j'aimerais" voilà... ça c'est au présent... c'est pas "on fera ça je sais pas quand" non.. c'est maintenant »</i>	D
Déroulement des séances		
Chacun son style unique	« <i>ce qui compte c'est de faire à sa propre manière, et moi j'ai ma propre manière qui m'est personnelle et qui me convient et qui n'est pas du tout la même que celle de mes formateurs par exemple.. »</i> , « <i>il y a autant de façons de pratiquer l'hypnose qu'il y a d'être humain... on ne peut pas uniformiser.. »</i> , « <i>j'ai un synopsis suivant une espèce de truc en ritournelle que j'aime bien voilà mais je le met pas à toutes les sauces parce que ça va pas à tout le monde »</i> , « <i>Ce que je fabrique c'est un peu une infâme soupe avec tout ce que j'ai appris dans plein de lieux et du coup j'ai appris à prendre ce qui vient... »</i> , « <i>Erickson a cité beaucoup : "chaque praticien invente sa propre méthode" »</i>	K, J, L, N
Fait toujours un peu pareil	« <i>j'ai l'impression de plus en plus que je fais un peu pareil pour tous, sur les techniques hypnotiques... »</i> , « <i>disons la conduite d'une séance standard en hypnose qui commence par un entretien, qui met en place l'induction, étant destiné à faire développer la transe. »</i> , « <i>Et le scénario est toujours un scénario de sécurisation de la personne pour elle-même par elle-même. »</i>	L, N, I
Un premier temps dans une consultation dédiée	« <i>la première séance est un peu du débrouillage et puis je les revois après. »</i> , « <i>en général première séance je leur dis on va découvrir l'état hypnotique »</i> « <i>Toujours une séance qui est prévue, qui dure 35 minutes où on parle ensemble du protocole, qu'est ce qu'on va faire... »</i> , « <i>Alors ils viennent pour l'hypnose et moi je leur demande pourquoi est-ce que vous pensez que l'hypnose va vous servir à quelque chose. »</i> , « <i>pour expliquer aux gens, de la même manière que j'explique comment je suis arrivé à faire ça, que j'explique qui je suis parce que poser un cadre c'est fondamental... »</i> , « <i>La première séance est une séance d'initiation de "qu'est-ce que c'est une séance d'hypnose" ... »</i> , « <i>Le temps d'accueillir les patients, de faire un peu de Small talk pour mettre les gens à l'aise, de définir un petit peu quels sont leurs objectifs... »</i> , « <i>souvent les premières j'installe souvent la première séance un lieu de sécurité... »</i> , « <i>Moi je vois toujours les patients qui me sont adressés, je les vois une première fois pour débriefer tout ça pour savoir ce qu'ils pensent de l'hypnose, où est-ce que vous avez vu l'hypnose... »</i> , « <i>ça prépare effectivement les autres séances parce que faire une première séance sans avoir rencontré quelqu'un, c'est toujours un peu bizarre.... »</i> , « <i>au niveau de la confiance.. Une fois qu'on connaît les lieux qu'on connaît la personne, qu'on a expliqué un peu comment ça se passait c'est quand même beaucoup plus facile... »</i> , « <i>il y a toujours quand même une phase de prise de connaissance... (pause) j'aime toujours avant de démarrer expliquer ce que c'est, bien comprendre quelle est la demande et expliquer comment ça fonctionne... »</i>	J, L, N, A, C, E, F, H, K
Désacraliser	« <i>Les croyances limitantes des gens il suffit d'une séance pour leur montrer que c'est pour changer ses croyances en fait »</i> , « <i>maintenant souvent je pose la question aux gens : c'est quoi selon vous l'hypnose »</i> , « <i>bon j'essaie de balayer le plus possible toutes les fantasmagories autour de l'hypnose »</i> , « <i>plus ce genre de choses qu'il faut recadrer en disant c'est un travail qu'on va faire, ce travail on va le faire de manière</i>	M, D, N, E, F, K

	<i>différente c'est pas de la magie non plus... », « je les rassure, je désacralise. J'ôte le côté violent et de cirque qu'on peut voir... », « Et la démystification, ce qu'on peut en attendre elle est importante au début pour pas que le patient vient avec des faux espoirs... c'est là où c'est important. »</i>	
Pas de séance d'introduction	<i>« C'est une première séance, le patient ne me connaît pas et il prend un rendez-vous, le premier rendez-vous est une séance d'hypnose. », « Ce n'est pas une séance où on discute où on raconte sa vie c'est vraiment une séance d'hypnose »</i>	G
Ne parle plus du symptôme initial après la première séance	<i>« alors comme je ne m'occupe pas du symptôme et que je ne veux même pas savoir ce qui se passe je ne leur en parle pas pendant six séances... », « et en général une fois que le patient m'a énuméré ses motifs de départ, bon je le questionne un tout petit peu, mais après je reviens plus dessus, j'en parle quasiment plus du tout et parce que c'est... c'est une porte d'entrée voilà »</i>	A, K
Garder les yeux ouverts	<i>« Je leur dis « vous gardez les yeux ouverts si vous voulez puis si vous avez envie vous les fermez »</i>	G
Techniques d'induction hypnotique	<i>« l'hypnose est un corpus en soi ou il y a des méthodes, des techniques pour induire, pour faire une induction hypnotique... pour moi l'induction hypnotique est toujours de la même nature quelques soit les situations... », « en séance c'est comme ça que je commence en général. Les induction c'est vrai je les fais souvent part de la respiration et la visualisation », « Sinon dans mes façons de mettre les gens en transe j'utilise souvent une technique essentiellement de relaxation qui s'appelle "ne rien faire" dans laquelle tu mets dans un état de relaxation profonde... », « des suggestions ultra classiques de corps qui est lourd, de différence de sensations entre les deux mains, de picotement au bout des doigts... jusqu'à ce qu'ils soient dans une transe légère à moyenne... »</i>	A, C, F, L
Induction est de la théorie	<i>« l'induction machin truc comme ça, pfou, c'est de la théorie... (pause) »</i>	D
La profondeur de la transe	<i>« c'est dans les notions de profondeur d'hypnose comme s'il fallait absolument dans des profondeurs extrêmes, ce qui n'est pas nécessaire... »</i>	H
Se demande ce qu'il va bien pouvoir dire	<i>« je n'ai pas particulièrement d'idée, jusqu'au moment où je dis à la personne, au bout de 5-10-15 minutes « allez-y installé vous bien, prenez votre place... » (rire) Encore à ce moment-là je ne sais pas trop ce que je vais faire... »</i>	I
Préparation du déroulement de la séance	<i>« quand je sais par exemple que quelqu'un vient pour des troubles du sommeil je vais aller ouvrir un bouquin d'hypnose, reprendre quelques chapitres sur les troubles du sommeil ou reprendre quelques scénarios », « faut pas... si on prépare on se met un scénario.. et si on se met un scénario on va résonner, on va réfléchir à penser à son scénario comment je vais le sortir et quand je vais le sortir et la façon dont je le sortir et si on est là on n'est pas avec le patient (longue pause) », « plus vous allez vous dire il faut faire telle technique telle technique et moins ça marche... on est trop dans le raisonnement », « je ne prépare jamais les séances, jamais ... »</i>	M, D, G
Se détache de plus en plus des techniques	<i>« bien sûr, il y a des techniques certainement mais bon.. Après moi j'en je m'en détache de plus en plus des techniques vraiment formelles... »</i>	G
Parle de moins en moins pendant les consultations	<i>« parfois je ne parle pas, je passe 30 minutes sans parler », « plus on avance en compétences et puis moins on en dit.. parce que c'est superflu, c'est le patient qui fait son boulot... »</i>	G, K
Écrit les mots ou expressions	<i>« j'utilise beaucoup son langage pendant le premier quart d'heure je note tous les mots qui reviennent dans son discours tous les mots importants... », « pour l'hypnose, je prends des notes... »</i>	G, I
Pas de protocole	<i>« je n'ai pas de schéma particulier ou standards », « ce que j'explique tout le temps c'est que moi je n'ai pas de protocole.. »</i>	N, K
Aussi en hypnose pendant la séance	<i>« je ne sais même pas ce que j'ai fait, je ne peux même pas vous dire », « l'hypnose elle est duelle.. il n'y a pas que le patient, on y aussi... », « parce que nous on est en état d'hypnose... je me souviens de confrères qui me formait, qui me racontait que parfois ils disaient des trucs mais ils ne savaient absolument pas pourquoi ils le</i>	J, K, H, M, L, N

	<i>disaient... », « moi aussi je suis en hypnose pendant la séance... », « pendant les séances on est autant en hypnose l'un que l'autre », « On est autant en hypnose l'un que l'autre donc on laisse faire les choses... (rire) », « Quand on accompagne le patient on est aussi dans un état qui se rapproche de l'état hypnotique »</i>	
Terminé la séance dans de bonne condition	<i>« On décompose les émotions et ils repartent en disant "ça va mieux"... puisqu'une des règles d'une séance de psychothérapie, de thérapies brèves et d'hypnose c'est d'être mieux en partant qu'en entrant et d'être suffisamment bien pour laisser partir les gens... (pause) », « à la fin de la séance il faut faire attention de ramener les personnes dans un état confortable... », « A la fin de la séance, on prend le temps. C'est très important de ce laisser ce temps pour s'assurer que les patients ne sortent pas dans un état de stress. », « A la fin, on s'assure quand même que le travail est fini, que le patient n'est pas dans un état inconfortable », « c'est pour ça que maintenant je dis en sortant de la consultation prenez le temps... parce qu'on a eu une "c'est de votre faute j'ai grillé un stop"... alors maintenant c'est marqué..."en sortant de l'expérience prenez le temps nécessaire qu'ils vous convient pour passer à vos activités quotidiennes" », « à la fin de la séance le ramener vers quelque chose de sécurisant parce que c'est important comment on va le lâcher.... », « A la fin tu dois faire attention qu'il soit bien redescendu et qu'ils soient bien... Sinon t'as mal fait ton boulot s'il repart moins bien qu'en arrivant »</i>	A, B, M, N, D, K, L
Récapitulatif et suggestions post-hypnotiques	<i>« puis de faire un petit débriefing après le temps d'atterrir... Dans le débriefing c'est toujours très pudique quoi, c'est à dire que je ne demande pas aux patients de me raconter. », « Puis donner quelques conseils pour la suite, quelques suggestions post-hypnotiques »</i>	C
Poursuivre le processus après la séance	<i>« je leur demande de rester en hypnose en partant du cabinet pour aller faire, comme Milton Erickson le faisait, un petit tour en ville pour laisser vivre cette expérience, parce que si tu switch, tu interromps immédiatement le processus et bien tu le laisses de côté... »</i>	A
Essayer avec quelqu'un d'autres	<i>« Du coup, c'est ce que je dis à tous les patients, « ça ne va peut-être pas marcher avec moi, ça va marcher avec quelqu'un d'autre... si moi je n'y arrive pas ce n'est pas que l'hypnose ne marche pas sur vous, c'est que mes techniques à moi elle ne marche pas... » », « on peut très bien le dire à la fin, "bon écoutez, on a fait quelque chose, c'est une petite expérience peut-être qu'elle ne vous a pas convaincu, c'est possible, mais bon peut-être que je ne suis pas le bon thérapeute pour vous"... »</i>	L, K
Le langage hypnotique et les métaphores		
Le pouvoir des métaphores	<i>« À partir du moment où tu fais des métaphores, tu génères chez l'autre des émotions et la personne a accès à ces émotions et on est en plein dans le vif du sujet, alors il peut se passer quelque chose dans le domaine du changement ... »</i>	A
L'état de dissociation	<i>« quand il y a un quelque chose de plus lourd ben là je reviens des techniques de gestion du traumatisme alors avec des techniques de dissociation », « c'est de créer une dissociation... comment entraîner une dissociation chez un enfant pour qu'il est pas mal... bah on occupe un de ses autres sens ou on lui raconte une histoire... », « voilà je fais un travail de dissociation qui dure 15-20 minutes »</i>	M, F, I
Le principe de la confusion	<i>« parfois semer un peu le trouble... tu vois... dire des trucs qui sortent un peu du cadre pour tout à coup, pfiou.. mettre un petit écran de fumée là comme ça, dans la pièce, pendant un instant... », « ça créé un état de confusion puisque à la fois il y a vraiment du sens dedans donc ça permet à la conscience et à la rationalité consciente de décrocher de ce qu'elle est en train de se dire pour tenir...»</i>	C, A
Ce qu'il dit n'a pas forcément de sens mais que ce n'est pas grave	<i>« "ce que je peux vous raconter, tout ce qui ne correspond pas vous n'écoutez pas, vous laissez faire... garder ce qu'il vous plaît,. », « on prévient qu'on peut être complètement à côté de la plaque, qu'on peut dire des choses qui pour le patient n'a pas d'intérêt ce n'est pas grave... »</i>	K
Le lieu sûr	<i>« j'évoque très souvent la question de ce qu'on appelle le lieu sûr, c'est à dire un endroit imaginaire ou réel qu'ils ont connu dans lesquelles ils ont une facilité à aller se reposer, se retrouver et de là.. », « je demande aux gens de retrouver un endroit où</i>	M, E, K

	<i>ils sont bien.. », « être équipés pour le rassurer parce qu'on a travaillé le lieu sûr, le lieu calme donc on peut à la fin de la séance le ramener vers quelque chose de sécurisant »</i>	
Voyage dans un souvenir agréable	<i>« ce qu'on retrouve assez régulièrement c'est le voyage dans un souvenir agréable »</i>	M
Technique des mains de Rossi	<i>« une technique de Rossi, la position de Rossi, les mains à 20 cm l'une de l'autre et dedans ses agitations, ses peurs, ses agacements.. »</i>	I
La régression en âge	<i>« moi j'utilise assez souvent les techniques de régression en enfance », « comme avec un enfant puisqu'on fait la régression en âge, retour dans l'enfance... »</i>	M, A
La métaphore des saisons	<i>« j'ai une métaphore sur les saisons qui passent et qui continue et puis c'est perpétuel ça ne s'arrête jamais et voilà... c'est un truc que je vais utiliser préférentiellement »</i>	J
Différentes métaphores	<i>« Des métaphores classiques, c'est le rangement de la bibliothèque intérieur, c'est les multiples chemins qui se croisent, c'est les escaliers... Ma métaphore principale c'est celle du chemin... », « Tout ça pour les amener sur le poème de Machado, il n'y a pas de chemin, il n'y a que les pas de celui chemine, il n'y a pas de paysage, il n'y a que le regard de celui qui regarde », « quand je sens qu'il est important d'aller doucement, "sinon ça risque de mal se passer, parce que si on ouvre trop vite les vannes vous risquez d'être inondé... d'ailleurs en 56 à Fréjus il y a le barrage de Malpasset qu'à sauter, je n'ai pas si vous savez, ça a inondé toute la plaine et il y a eu des milliers de morts..." Donc j'utilise cette métaphore hydraulique pour leur dire "lâchez pas trop vite... faut prendre votre temps... »</i>	L, A
Prescription en hypnose	<i>« J'ai prescrit qu'elle aille poser sur la tombe de ses parents un petit objet... un pour dire merci pour les trucs bons qu'ils lui ont donnés et un pour dire ouai mais quand même vous êtes relou... (pause) et un objet pour chacun des deux parents" »</i>	L
Sauter	<i>« sauter dans le vide... (pause) c'est une métaphore qui est réel qui se concrétise »</i>	D
La métaphore préparée	<i>« le piège de la métaphore que tu vas construire... on se fait un schéma intellectuel... »</i>	D
Balayage des registres sensoriels	<i>« Après je les balades sur les différents registres sensoriels, "qu'est-ce que vous voyez les paupières fermées, qu'est-ce que vous entendez comme bruits, qu'est-ce que vous sentez comme odeurs, le goût de la langue dans la bouche... »</i>	L
Métaphores sont des inspirations sur le moment	<i>« la métaphore elle me vient moi aussi sur une inspiration » « on invente... on invente... et c'est cette capacité à inventer qui est en fait la capacité à s'adapter aux patients... »</i>	K
Doit être reproductible	<i>« il faut que ça soit reproductible... il faut que le patient lui-même arrive à le faire... »</i>	F
Créer des ancrages	<i>« à ce moment-là effectivement j'utilise l'ancrage que je mets dans l'expérience pour lui faire expérimenter l'autohypnose... », « une des ancrés qu'elle va activer par des séances d'hypnose c'est de retrouver la main de son petit frère, le sensitif... »</i>	D, A
<u>L'hypnose conversationnelle</u>		
L'utilisation de l'hypnose conversationnelle est permanente	<i>« essentielle ! quand on a appris cette technique de communication, on ne peut plus communiquer avec une personne comme je communiquais avant de connaître ces techniques de communication. », « je fais un peu d'ericksonnien ou saupoudrage, comme ça l'air de rien dans toutes mes consultes... », « l'hypnose conversationnelle je l'utilise pratiquement systématiquement quand je rentre dans une démarche on va dire d'entretien un peu psychothérapique » « l'hypnose conversationnelle je l'utilisent mais tous les jours! et tout le temps pratiquement », « quasiment tout le temps », « en médecine générale, je ne fais jamais une consultation sans qu'il y ai de l'hypnose conversationnel... », « si j'étais filmé tout au long d'une prise en charge même d'une rhinopharyngite ou... sans aucun support psy, effectivement mon langage, mon langage métaphorique, l'utilisation d'une syntaxe bienveillante, une position très down », « toutes mes consultations sont tintées d'hypnose conversationnelle », « il n'y a plus une consultation où je n'utilise pas l'hypnose. », « Permanent ! Ma façon de parler est imprégnée d'hypnose conversationnelle », « depuis que j'ai compris tout ça, dans toutes mes interrogations, interrogatoire, même dans les ordonnances ! »</i>	B, L, M, N, A, I, G, E, F, K

Une forme de langage particulier dans toute leur consultation	« parlé sur un ton qui est peut-être un petit peu différent de mon ton habituel pour qu'ils se rendent compte qu'ils se passe autre chose », « c'est une façon de parler, d'être, d'aborder les choses vraiment ça fait partie d'une seconde nature donc finalement s'est intégré », « et ce sont que des suggestions et la façon de dire les choses.. »	M, E, K
Conversationnelle principalement	« tout ce qui est méthode dite conversationnel... Donc ça c'est ce que j'utilise le plus... »	C
Ne pourrait plus faire comme avant	« une fois qu'on est formée à l'hypnose, on vie plus de la même façon... » « donc même si je faisais plus d'hypnose, ma façon de communiquer avec mes patients a changé du tout au tout... »	K
Ça se fait automatiquement	« se produisent de façon naturelle quand on communique avec la personne. », « je ne m'en rend pas compte comme j'en fais depuis 30 ou 35 ans en fait c'est devenu presque naturel... (rire) », « c'est ce qu'on fait régulièrement au bout d'un moment sans vraiment même y penser... », « ma pratique de médecine générale est une pratique très... très tintée d'hypnose conversationnelle sans vraiment faire attention »	B, E, H, I
Une métaphore est de l'hypnose conversationnelle	« puisque j'utilise la métaphore, et qu'à partir du moment où tu prends une métaphore et que tu vas permettre aux gens de se demander qu'est ce qu'il est en train de me dire à l'intérieur de moi, ils sont en hypnose... »	A
Façon particulière de parler entraînant un état de confusion	« J'emploie des phrases particulières qu'on appelle des phrases irrésistibles voilà il y a des petits moyens des petits trucs que l'on apprend à nos élèves », « parce que ton inconscient sait bien qu'il sait très bien qu'il sait faire ça sans savoir qui sait le faire et qu'il n'est même pas besoin que tu te poses la question de savoir ni comment ni pourquoi pour faire ce que tu vas faire... tu sais où j'en suis ? (rire) »	B, A
Synchronisation avec le patient	« Quand je découvre une personne tout de suite je crée un lien », « l'hypnose conversationnelle c'est ni plus ni moins une synchronisation avec le patient », « tout ce qui est synchronisation... synchronisation posturale et synchronisation du langage aussi. »	B, M, C
Marche bien avec les enfants	« je commence à parler à la mère en expliquant les possibilités mais en fin de compte je parlais au gamin.. et quand il est revenu quinze jours après pour faire l'expérience d'hypnose ça mère m'a dit "je ne comprends pas il va mieux, ça va mieux, beaucoup mieux" »	D
Pour pratiquer des gestes invasifs	« dans les infiltrations, la technique, etc et là on va jouer sur l'hypnose conversationnel, comme on va l'utiliser dans un soins thérapeutique... (pause) », « l'hypnose pour accompagner un soin ou accompagner quelqu'un qui est en état souffrance », « J'essaie un peu de faire des petites techniques d'hypnose pour les vaccins quoi, mais j'ai encore des progrès à faire... », « Pour moi c'est par exemple comment tu fais une piqûre pour que les gens n'aient pas mal, comment on fait pour ne pas pleurer comme enfants... et ça c'est passionnant »	D, C, F
Conseils aux patients	« là c'est une autre forme de prise en charge où on utilise peut-être l'hypnose conversationnelle là-dedans quand on délivre les conseils »	M
dans des séances d'hypnose dédiée	G : « il y a des personnes vous ne pouvez pas leur proposer des séances classiques donc on reste dans le conversationnel... »	G
<u>L'apprentissage et l'auto hypnose</u>		
Indispensable	« essentielle... nous on ne peut pas transformer un non dormeur en dormeur par notre action c'est lui qui s'auto transforme en acceptant de pratiquer des exercices sinon échec total... », « Je leur propose beaucoup de s'autonomiser aussi... c'est à dire de dire "au bout de quelques séances, si vous avez envie vous pouvez..." », « je pense que l'apprentissage de l'autohypnose chez les patients est quelque chose d'indispensable à la gestion de leurs troubles », « comme dit un proverbe chinois, "il vaut mieux apprendre à pêcher que on te donne le poisson" donc faut absolument que tu apprennes à faire de l'autohypnose.. », « fondamentale... quelques soit les motifs de prise en charge en hypnose il y a toujours une prescription de tâche », « je leur demande mais pour ceux qui ont fait de l'hypnose formelle parce que je leur donne les exercices à faire que je leur demande de refaire »	B, L, M, F, I, E

But en soi de la thérapie	« Très importante ! Parce qu' 'un des buts premiers de l'hypnose c'est de permettre aux patients d'accéder à l'autonomie ... », « ça à une place importante, d'autant plus que là, comme je peux pas beaucoup voir les patients pour ça, moi je pense vraiment que c'est effectivement, pour moi, une des fins de l'hypnose c'est ça... », « je dis toujours "mon but aussi c'est vous puissiez assez rapidement découvrir ça et pouvoir l'utiliser, l'expériméte et à votre gré, jamais, une fois, trois fois, comme vous voulez mais c'est accessible et c'est quelque chose que vous pouvez découvrir et qui peut vous accompagner pour le restant de vos jours" .. »	N, C, K
Intégrer cette démarche dans leur vie	« lui proposer des séances, des sortes de petits modules qui sont accessibles, pas trop compliqués, pour qu'ils puissent lui-même les mettre en œuvre... », « on travaille ensemble on avance mon but c'est de vous faire découvrir cet outil c'est en même temps de vous faire découvrir que vous pouvez l'utiliser tout seul.. », « après c'est d'arriver à intégrer cette discipline dans une logique de vie personnelle, et puis d'exercice... »	N, K
L'hypnose est toujours de l'auto hypnose	« j'ai une approche de l'hypnose qui est de plus en plus dans la conviction que l'hypnose c'est toujours de l'autohypnose... »	H
S'autonomiser dans l'utilisation du fonctionnement hypnotique	« simplement apprendre à quelqu'un à faire de l'hypnose, a exploré le fonctionnement hypnotique, à voyager en hypnose, à se balader... » « mais le simple fait d'apprendre aux personnes à explorer l'univers hypnotique, à pouvoir raconter des histoires, voyager, a déjà des effets positifs.. » « je leur apprend à faire de l'hypnose... A explorer, à observer de leur propre fonctionnement hypnotique... »	H
Accompagnement du patient le long de l'apprentissage	« "vous n'allez pas apprendre à conduire sans faire de la conduite accompagnée... on va d'abord vous accompagner pour apprendre le processus parce que sinon..." », « mon but c'est de transmettre ça et en même temps d'aider le patient a avancé », « c'est d'apprendre aussi à être accompagné en hypnose et que quelqu'un puisse vous accompagner dans ce cheminement... »	A, K, H
Recréer l'état dans lequel ils étaient pendant la consultation	« l'état ressources c'est un état qui correspond à l'autohypnose où on va se ressourcer dans des lieux qu'on a déjà identifiés et qu'on a travaillé en consultation »	K
Apprendre à accueillir ce que leur dit leur corps	« on peut gérer ses émotions, on peut c'est apprendre aux patients à accueillir ce que son corps lui dit parce que souvent les gens sont coupés de leur corps... »	K
Retrouver un état ressource	« vous savez que c'est bien de faire une coupure et donc soit vous aller respirer de l'air pur à la fenêtre soit vous allez boire un café mais vous pouvez très bien aussi quelques... quelques secondes, quelques minutes vous installer où vous avez envie et puis vous mettre dans un état ressources... »	K
Technique d'accrochage	« Je leur apprend aussi des techniques d'accrochage... c'est à dire que quand ils sont en état d'agitation ou d'angoisse, de panique j'utilise des techniques pour les ramener chez moi, à mon cabinet, dans le fauteuil là où ils sont bien »	F
Les ancrages	« à ce moment-là effectivement s'utilise l'ancrage que je mets dans l'expérience pour lui faire expériméte l'autohypnose... »	D
10 séances pour l'apprentissage	« à partir d'une dizaine de séances pour moi il y a un apprentissage réel. Il y a un vrai cycle, comme si on avait appris à le faire... »	H
Autonomisation à 4-5 séances	« je leur apprend à faire de l'autohypnose et ça prend du temps ça.. en 4 ou 5 séances il faut l'apprendre, t'es toujours en train de faire des rappels. »	F
Le travail fini lorsque le patient est autonome	« je pense que ton travail d'hypnothérapie est terminé quand tu as réussi à leur apprendre à faire ça », « Le travail n'est pas fini tant que le patient n'est pas autonome », « on peut considérer qu'on a atteint un cap quand il sait faire ça tout seul »	C, B, H
Mauvaise observance	« "on revient pour consolider etc mais tout seul je n'y arrive pas je n'ai pas envie, je n'ai pas le temps" »	G

Ajoute des contraintes et des anxiétés	<i>« parce que l'auto hypnose ce n'est pas simple parce que quand vous dites à un patient tous les jours vous allez rester dix minutes à respirer ce n'est pas simple... », « et ça crée une anxiété », Toute la difficulté est là, on est anxieux parce qu'on est plus vraiment libre de faire ce qu'on veut donc du coup vous allez leur dire encore dans la journée 10 minutes non.. non.. pas leurs mettre d'autres contraintes »</i>	G
Le patient doit être demandeur	<i>« si le patient le désire... », « il faudrait vraiment qu'ils me le demande, la plupart ils n'ont pas envie », « les gens soient ils sont motivés et ils sont intéressés par ce qu'ils font et ils le font spontanément on n'a rien besoin de dire mais sinon venant de moi non »</i>	G, J
L'observance à ces méthodes n'est souvent pas très bonne	<i>« c'est un des plus gros défis parce que peu de gens.. (pause) mais la réalité de la pratique effective elle est quand même très rare », « le fait que les gens soient capables par eux-mêmes de mettre en place une pratique autonome, elle n'est finalement pas si facile que ça.. », « Beaucoup de gens disent moi j'ai essayé mais c'est quand même mieux en consultation », « je m'aperçois très souvent qu'ils les font une ou deux fois puis ils arrêtent , j'ai pas l'impression qu'il y ai une grande compliance sur ces exercices d'autohypnose de manière générale....»</i>	N, I, E
Facile à mettre en place	<i>« l'autohypnose c'est quelque chose de très simple qui est absolument accessible, qui peut vous accompagner pour le restant de vos jours et qui peut vous simplifier la vie.. »</i>	K
Pas d'exercice dès la première séance	<i>« moi je le fais si le patient revient et qu'il a envie de consolider... je le fais rarement en première séance »</i>	G
Une façon de préparer la séance suivante	<i>« il m'arrive de préparer l'hypnose et l'expérience suivante en sachant que je ne sais pas si de la revoir ou pas je la prépare pour moi pour faciliter mes inductions, l'entrée rapide... »</i>	D
Le patient est libre de le pratiquer ou non	<i>« c'est lui qui choisit ce qu'il veut et il sait aussi s'il a envie de faire de l'auto hypnose... », « après les gens de toute manière comment dire, si les gens sont vraiment intéressés et percute sur le truc, spontanément ils vont le faire », « Après ils font ce qu'ils veulent hein... »</i>	G, J, A
Adaptés au patient et à son problème	<i>« d'exercice plus ou moins différents, une fréquence de pratique d'exercices différentes selon le profil de la personne. A chaque fois on adaptera aux troubles, aux profils psychologiques du mauvais de dormeur.. »</i>	B
Réévalue à chaque consultation	<i>« je dis aux patients de faire l'exercice, je lui apprend l'exercice avec moi, je lui de revenir quinze jours après et la première question que je pose ce n'est pas est-ce que vous dormez mieux ou autre je lui dis avez-vous pratiquez l'autoactivation... », « je replace ça dans le cadre d'un apprentissage... et au fur et à mesure que cet apprentissage se consolide et ben ils ont les moyens de volé tout seul... »</i>	B, N
Refaire ce qui a été fait en séance	<i>« Et on fait une transe avec les mains en lévitations, suite à quoi... (pause) je lui donne le même exercice »</i>	I
L'état ressource	<i>« la recherche d'un état ressource pour s'apaiser se détendre, le soir avant de s'endormir ou à certains moments de la journée et ça ça se fait très rapidement », « moi je donne un autre nom... (pause) moi je leur parle plutôt de l'état ressources voilà... »</i>	M, K
Ne sait pas très bien ce que c'est	<i>« alors l'autohypnose pour moi c'est un truc que j'comprends pas bien voilà... donc j'ai essayé de me former à l'autohypnose et je ne sais toujours pas très bien ce que c'est, voilà.. »</i>	J
Supports vocaux comme des enregistrements ou des chansons	<i>« à ce moment-là ils font de l'hypnose le soir avec un enregistrement ou autre et ils s'endorment dessus... », « sur des chansons d'endormissement qui leur plaisent, des musiques qui leur plaisent, des ambiances qui leur plaisent.. Retrouvé un peu le plaisir... »</i>	H, K
La pratique pour eux même	<i>« je le pratique quotidiennement au cabinet quand j'ai besoin de me ressourcer un moment de la journée ou pour gérer une émotion, quelque chose... », « parfois de vraiment m'arrêter et me poser ou de fermer les yeux ou enfin j'essaie de le faire au quotidien... »</i>	M, C, G

Les thérapies associées		
Méditation et techniques de relaxation	« près ce que je fais quand je veux faire un petit peu plus, je fais plutôt des techniques voilà de relaxation, de respiration, de visualisation d'un endroit agréable et quand tu scanne le corps... », « il y a quelque chose qui appartient pour moi à l'hypnose dans la pratique en tout cas, depuis très longtemps c'est ce qu'on a aujourd'hui sous forme de pleine conscience, méditations pleine conscience mais qui fait partie de la pratique de l'hypnose depuis très longtemps en fin de compte.. »	C, H
Yoga	« le yoga c'est un peu d'auto hypnose »	G
ACT	« alors surtout que nous dans notre groupe depuis trois ans on ne parle plus d'hypnose on parle de thérapie d'activation de conscience et donc on n'a plus à expliquer ce qu'est l'hypnose que ce n'est pas comme au music'hohl, des choses comme ça.. » « Basé sur les nouveaux concepts de neurosciences et nouveaux concepts aussi d'expérimentation clinique et donc nous on a pris ce vent-là de la troisième vague de psychothérapie, les thérapies ACT comme disent les américains, les thérapies d'engagement et d'acceptation et on est très contents » « donc nous on va sur l'évolution moderne de la médecine, les notions de collectum, les notions du cerveau neuro gliales qui sont très actuelles et qui permettent d'expliquer maintenant ces phénomènes d'activation voilà.. », « dans les troubles du sommeil d'ailleurs on voit l'inflammation des cellules gliales.. il y a eu des publications dans gliales cells récemment qui montrent qu'elles seraient concernées là aussi voilà.. »	B
L'hypnose de spectacle	« Si je sens que les personnes ont envie d'y croire, mais en même temps sont pas complètement sûr, j'aurais aucun problème à faire un petit peu d'hypnose de spectacle la première fois... (pause) parce que par ailleurs je suis formée à l'hypnose de spectacle... », « après je fais parfois, parce que j'ai une formation d'ethnopsy aussi, du coup je raisonne parfois un peu comme un ethnopsy... »	L
Travail global	« je situe plus un premier travail global, mais c'est vrai que du coup ça comporte l'hypnose, pleine conscience, thérapie ACT et théorie des cadres relationnel... », « C'est une thérapie intégrative qui intègre l'ensemble des modèles thérapeutique... »	H, A

Tableau N°7 Les aspects particuliers relatifs à la prise en charge des troubles du sommeil chroniques qui se dégagent des entretiens

Codage	Citation	Verbatim
Fréquence de la demande pour traiter ses troubles avec l'hypnose		
Pas si fréquent	« ce n'est pas la majorité », « en général la porte d'entrée ce n'était pas que le trouble du sommeil », « ce n'est pas un motif de consultation si fréquent que ça... ça apparaît bien entendu parmi des motifs de consultation... », « les troubles du sommeil ce n'est pas vraiment l'indication qui est la plus la plus importante, c'est plus des troubles anxieux au sens large, les phobies, l'anxiété généralisée » « il n'y en a pas tant que ça qui vienne pour les troubles du sommeil... là si on compte une semaine ou on va dire je vais avoir entre 25 patients par semaine en moyenne... il y en a deux mais pas plus.. », « s'en est une parmi beaucoup... trouble du sommeil, angoisse, anxiété, phobie... qu'est-ce qui peut y avoir... »	L, J, A, E, H, K
Motif de consultation récurrent	« des gens qui viennent en disant "bonjour, je ne dors pas bien depuis toujours est-ce que l'hypnose peut m'aider ?" ça arrive assez souvent... », « ça arrive quand même assez souvent que des patients présentent des troubles du sommeil et qui souhaitent être traité en hypnose »	L, M
30 patients avec ce motif de consultation	« ces douze dernières années je dois avoir eu une 30aine de personne qui s'ont venus spécifiquement pour trouble du sommeil avec une demande de prise en charge en hypnose »	I
Les caractéristiques des patients se présentant pour des troubles du sommeil		
Déjà un traitement médicamenteux	« Mais effectivement beaucoup en ont déjà au départ... »	H

Souvent de personnes âgées	« concernant les troubles du sommeil, dans ma patientèle, ceux qui restent encore résistant à arrêter les médicaments c'est les personnes âgées.. qui auraient le plus besoin d'arrêter.. donc on gratte on gratte et puis mes petites dames elles ont un peu de mal à passer le cap », « alors les patients ils ont une histoire du sommeil qui est ancienne, ça fait peut-être 20 ans 30 ans qui dorment d'une certaine façon.. »	J, I
Réadresse les trop dépendant aux hypnotiques	« Clairement les gens qui sont rendu malade à cause des hypnotiques et qui ne dorment plus sans, peut-être que c'est parce que je ne m'autorise pas mais j'ai l'impression que c'est bien de les mettre dans les mains d'un spécialiste du sommeil... »	L
N'ont pas envie de prendre de médicaments et qui cherchent une alternative	« les plus jeunes en général les troubles de sommeil chez les plus jeunes ça va arriver un moment où ils ne vont pas comprendre, ce n'est pas un truc qui s'est installée et donc ils vont vachement être embêté par leur truc et donc ils vont chercher toutes les solutions pour essayer de s'en sortir », « Il y a pas mal de gens que j'ai vu pour des troubles du sommeil, qui n'avait pas de traitement et qui était dans une approche anti-médicaments... »	J, L
Perception et rituels sur leur trouble du sommeil	« pour l'insomnie ça peut être soit des nuits tranquilles, reposantes, agréables, soit des espaces de paix, de tranquillité, de récupération ou au contraire des réveils qui évoque énergie, l'envie de se mettre en action voilà.... », « quand on leur dit que à partir de 60 65 70 ans la durée de sommeil c'est 6h30, quand ils vous disent je me couche à 10h je suis debout à 4h ba vous avez dormi à peu près le temps qu'il faut quoi... Donc c'est plus une représentation qu'une réalité », « pour le sommeil encore plus que d'autre, notamment ce sont des gens qui sont souvent ritualisés dans un rituel qu'ils ont essayé qui ne marche pas... »	N, E, I
L'abandon du corps associé à des peurs, à la perte de contrôle, à la peur de la mort	« C'est tout ça le problème la grande partie, très grande majorité les problèmes c'est ça, c'est vouloir contrôler toutes les choses. le trouble du sommeil la plupart du temps c'est ça », « parce que c'est quoi de dormir? pour ceux qui ne dorment pas de dormir c'est vraiment de ce mettre en danger... puisque vous laissez votre corps à portée de n'importe qui et c'est ça la problématique des troubles du sommeil, c'est l'insécurité », « c'est souvent lié à la peur de mourir c'est à dire qu'on risque de mourir pendant qu'on dort... (pause) pour une raison ou pour une autre parce qu'on n'a pas la capacité de réagir, puisqu'on dors... », « la peur de la perte de contrôle est souvent retrouvé quand on les interroge... »	D, G, F, M
Patient n'arrivent plus à vivre avec leur trouble	« simplement en général quand il y a un réel problème c'est quand ils sont plus adaptés dans leur vie de tous les jours... c'est à dire qu'ils ont des troubles du sommeil, ils peuvent plus aller bosser parce qu'ils sont complètement épuisés, bon voilà là il y a une rupture... », « mais quand il y a une modification brutale du sommeil là c'est intéressant... il se passe quelque chose, votre corps là il vous dit quelque chose.. »	K, N
Une anxiété associée	« assez souvent c'est lié à l'anxiété.. », « globalement dans la patientèle qu'on voit en médecine générale on va dire 90% des troubles de sommeil sont liés à une anxiété, à une difficulté dans la vie de tous les jours.. », « les problèmes sont multiples donc bon la grande majorité c'est quand même des problèmes d'anxiété », « alors la plupart du temps je me rends compte quand même que ce sont des troubles du sommeil lié à des problèmes d'anxiété », « si les gens ne dorment pas c'est qu'ils ont des émotions qui les dérangent... Un bébé quand il n'a pas faim et qu'il n'est pas mouillé il dort... (rire) », « quand même le plus souvent, quand ils ont des troubles du sommeil c'est souvent des gens anxieux », « je ne sais pas si vraiment il y a des situations où es troubles du sommeil ne sont pas relié à une certaine anxiété », « c'est rare que les gens disent tout va bien mais je ne dors pas, la majorité du temps il y a quand même une anxiété présente »	B, G, J, M, N, A, C, L
Psychotraumatisme dont le trouble du sommeil est une manifestation	« le psychotrauma là elle l'exprime comme de l'eczéma mais elle pourrait très bien dire je dors plus... c'est une façon différente mais c'est la même chose... », « il va y avoir une histoire psycho traumatisante à traiter et qui est en rapport la plus souvent avec les troubles du sommeil ou l'anxiété.. », « c'est toujours mon interrogatoire dans les troubles du sommeil, je pense très souvent au trauma »	D, M, F

Des problématiques derrière le trouble	« on débobines le truc et derrière la phobie des aiguilles il y a autre chose qui se déroule... », « C'est plutôt ce qu'il y a derrière les troubles du sommeil une fois qu'on a éliminé le somatiques... », « l'insomnie est typiquement en plus un symptôme qui est posé sur la table et qui émerge au sein d'un contexte où il y a de multiples facteurs.. », « ça permet de trouver un petit bout de ficelle à tirer... », « des gens qui viennent pour l'arrêt du tabac mais vous découvrez souvent qu'il y a beaucoup de choses derrière quoi et donc là il y a aussi des troubles du sommeil », « quand on commence à soulever tu vas loin...mais c'est aussi ça qui est passionnant... , c'est un arbre qui cache la forêt...», « parce que souvent c'est ça, c'est en fait le sommeil va être le petit fils qui dépasse il y a la pelote, il y a le petit fils qui dépasse, on va tirer dessus et en fait le vrai problème il est absolument pas dans le sommeil est ailleurs...voilà... »	L, N, C, E, F, K
Dépister des troubles sous-jacent	« J'utilise ça comme un moyen de dépistage, donc je demande aux gens comment il dort »	C
Ne pas s'arrêter au symptôme	« le trouble du sommeil est un symptôme ce n'est pas une maladie en soi », « pour moi ne se traite pas uniquement comme de l'insomnie.. c'est l'insomnie qui s'inscrit dans le contexte de vie de la personne.. », « ce n'est pas qu'un symptôme... »	D, N, F
<u>L'évaluation préliminaire en tant que médecin généraliste</u>		
Évaluation somatique	« Des gens qui viennent pour des troubles du sommeil, il peut y avoir aussi à des troubles psychiatriques... (pause) », « après il faut quand même analyser pourquoi ils ont des troubles de sommeil il faut quand même faire un diagnostic dont je pense l'intérêt quand même d'être un peu médical pour traiter en hypnose... », « l'algorithmes que j'ai dans ma tête c'est : ils viennent me voir pour trouble du sommeil c'est le bout de la ficelle. 1- organicité oui non? donc on screen 2- troubles de l'hygiène de vie, de l'hygiène du sommeil, oui-non? parce qu'effectivement les gars ils ont des décalages de phase de taré, ou qui regardent les écrans à deux centimètres des yeux avant de s'endormir dans une pièce méga bruyante avec un bébé qui pleure... donc voilà première étape l'organicité, deuxième étape l'hygiène et puis une fois qu'on a éliminé ça », « Petit bémol comme je suis quand même médecin, je vérifie qu'il n'y a pas d'apnée du sommeil, quand même vérifier ça.. », « Quand j'ai des personnes de médecine générale qui se plaignent de leur sommeil, je commence par l'explorer en consultation médecine générale comme tous les troubles du sommeil »	H, J, L, A, I
L'agenda du sommeil	« pour savoir s'ils dorment mieux si... moi j'utilise souvent l'agenda du sommeil dans les troubles du sommeil j'avais fait une formation là-dessus et je trouve que le gros intérêt de l'agenda du sommeil », « tenir un agenda du sommeil, repérer les événements qui vont ne pas permettre de bien dormir longtemps »	M, N
Recherche systématiquement une dépression	« Alors effectivement, si au Hamilton ils sont déprimés et qu'à l'interrogatoire ils me disent « ce n'est pas la joie », j'ai vraiment les antidépresseurs ultra faciles... Je suis un peu du côté pharmaco, dépression = antidépresseurs. », « il y a toujours des risques de dépression masquée des gens qui vous disent "oh mais ça va à part ça" donc vérifié toujours qu'il n'y a pas des idées noires derrière alors après au niveau de l'abord », « je recherche quand même toujours une dépression », « il faut recherche des dépressions. », « ça passe aussi par la recherche d'une dépression sous-jacente », « dans mon rôle de médecin généraliste je vais rechercher une dépression... »	L, E, A, I, J, M
L'hygiène du sommeil	« Par exemple sur le rituel du coucher, les conditions d'hygiène de vie »	N
Obstacles indépendants de la personne	« On arrive aussi, enfin en travaillant en tout cas, à identifier si éventuellement il y a d'autres obstacles, c'est vrai qu'il peut y avoir aussi des obstacles qui ne dépendent pas toujours du médecin ou du patient comme les gens qui vivent en hlm à côté d'un abruti qui met sa musique toute la nuit ou les gens qui travaillent en trois-huit »	M

L'attitude des médecins en fonction des différents types de trouble du sommeil		
Pas de différence sauf dans l'analyse primaire	« je ne fais pas particulièrement de différence entre les insomnies d'endormissement et de réveil », « Il intervient simplement lorsqu'on analyse la qualité du sommeil », « ça peut être utile si on utilise des produits, des médicaments mais au niveau de l'hypnose ça ne joue pas vraiment... », « Mais en tout cas sur une prise en charge non médicamenteuse et en hypnose, je ne vois pas trop ce que ça change... »	J, N, C
Les cauchemars et réveils nocturnes	« Si les cauchemars reviennent souvent et sont répétitifs, je travaille dessus... mais pas de manière prioritaire... », « alors il y a le réveil avec le cauchemar... c'est extraordinaire que vous ayez un cauchemar parce que c'est un message que votre inconscient vous envoie pour souligner quelque chose... qu'est ce qu'on va en faire... soit on détourne la tête et on veut surtout... ou alors au contraire on l'accueille... », « les gens qui n'arrivent pas à s'endormir parce que c'est plutôt des gens anxieux, par rapport aux gens qui se réveille qui est plutôt un signe de dépression ça c'est sur... », « à part que le DSM nous a dit que quand on se réveille pendant la nuit c'est qu'on est déprimé, mais c'est un peu limité... », « si c'est des réveils matinaux précoce, je leur fais toujours un Hamilton... parce que j'ai l'impression que ça passe mieux quand on pose de questions... quand c'est un questionnaire, j'ai l'impression que c'est plus acceptable parfois de screener la dépression comme ça »	A, K, E, C, L
Troubles de l'endormissement et l'anxiété	« C'est à dire que quelqu'un qui n'a que des insomnies d'endormissement, je vais plutôt être dans l'axe de la posture insécure, l'angoisse, les peurs, l'enfant ou je ne sais pas quoi... ou le présent, le quotidien et les désordres... »	I
Réveil nocturne et dépression	« A l'inverse quelqu'un qui se réveille dans la nuit, qu'est ce qui est à l'intérieur, qu'est ce qui refait surface et qui réveille et comment se rendormir... Donc ces séances-là, vont effectivement aller chercher à l'intérieur... euh.. Surement du trauma, le truc pas digéré. » « Je vais être un peu plus sur le passé quand c'est en cours de nuit »	I
Techniques douces pour les troubles d'endormissement	« dans les troubles d'endormissement j'utilise des techniques assez légères qui ne font pas appel on va dire à une introspection »	M
La prise en charge spécifiquement des troubles du sommeil pour les médecins interrogés		
Déramatiser le trouble par rapport à la perception que s'en font les patients	« dire à quelqu'un qu'il n'est pas si grave que ça de ne pas dormir si c'est passer c'est une façon de le rassurer et lui permettre de mieux dormir par exemple travailler voilà sur la technique de dire "mais bon même si tu dors pas cette nuit et peut-être même la nuit prochaine tu pourras quand même vivre.." », « parce que souvent ils se mettent des enjeux dans leur croyance très importante sur le trouble du sommeil et donc déramatiser ça va travailler là-dessus.. », « Il faut les accompagner pour déramatiser la vision qu'ils ont de leur trouble, beaucoup pensent que c'est une fatalité... », « Souvent ce qu'ils pensent de leur sommeil est souvent loin de la réalité... faut déramatiser un peu avec eux »	M, C, L
Marche rapidement	« ça marche très bien en fait quand on interroge les gens au bout de 2 3 séances », « ça va assez vite dans la résolution des troubles du sommeil mais il y a tout ce qui va avec... », « avec l'hypnose ça va très vite dans les troubles du sommeil, en quelques séances les gens dorment mieux »	E, F, H
Prescription de somnifères	« Sachant que s'il y a des personnes qui sont complètement épuisée ça m'arrive d'en prescrire quand même aussi... mais sur une courte durée bien sûr... » « Sur les traitements pour dormir, je fais des prescriptions relativement courtes et je dis que c'est pour une durée déterminée... », « vous pouvez très bien vous avoir de temps en temps besoin d'un demi comprimé d'Imovane parce que vous savez que ça va vous aider", c'est responsabiliser le patient... »	H, K
Ne prescrit pas d'hypnotiques	« Autant les antidépresseurs je suis très à l'aise avec cette famille, autant les hypnotiques je n'y peux rien, je n'aime pas ça... C'est un nid à emmerde quoi... », « par exemple la chose principale que j'ai remarqué c'est quand même que je ne prescris quasiment pas de psychotropes »	L, N

L'arrêt ou la diminution des hypnotiques	« Mais les gens sont très soulagé d'arrêter de prendre des médocs... », « à son renouvellement je lui dis « bon, quand est-ce que vous allez voir pour l'arrêter ? » », « dans la prise en charge des troubles du sommeil, la place du médicament, le rôle de médicaments joue beaucoup », « je propose un sevrage avec l'hypnose donc il y en a qui accepte et d'autres non pour différentes raisons », « ça dépend si c'est un sevrage en hypnotique parce que ce n'est pas la même chose est-ce qu'on est dans une diminution de prescription ou est-ce qu'on est vraiment sur un sevrage... », « Quand ils ont des médicaments, c'est sûr que le but de la thérapie est de les arrêter.. », « Le but quand même quand ils prennent des somnifères c'est qu'ils diminuent puis essaye d'arrêter... », « je pense que c'est important dans la prise en charge, la diminution des médicaments... »	I, L, M, E, H, J, G, B
Prescrire un traitement placebo	« Alors on peut très bien faire dormir des gens aussi avec des médicaments, pourquoi pas... moi je peux donner un médicament placebo et mettre un pouvoir tel, en l'entourant d'un tas de rites que ça peut aider la personne à dormir... »	F
Prescription de somnifères est plus facile	« toute la littérature montre que les consultations sans prescription sont des consultations qui prennent le temps d'écoute... », « c'est souvent le premier réflexe quoi, enfin les patients qui ne vont pas bien on leur met des benzo et puis après on voit... (rire) »	N, C
Pas de protocole particulier	« il ne faut pas rentrer dans un calva, parce qu'on va entrer dans un protocole... les gens vont encore s'appuyer sur un protocole... », « donc du coup moi en général je n'ai pas de technique particulière au sommeil », « Ce n'est pas un patch, il n'y a pas de protocole pour tel ou tel maladie... je n'ai pas de protocole »	D, G, F
Pas de distinguo en hypnose pour la prise en charge des insomnies	« moi je ne fais pas de distinguo sur l'insomnie.. », « y a pas de techniques spécifiques, il y a des techniques individuelles pour permettre aux gens d'aller faire un voyage en hypnose, ça ne peut pas se réduire à une technique liée aux symptômes... », « je fais une prise en charge classique d'hypnose sur les troubles du sommeil. », « en ce qui concerne la prise en charge en hypnose, je ne fais pas vraiment de différence entre les plaintes, c'est vraiment une prise en charge globale pour moi... », « je ne fais pas vraiment de chose particulière pour les troubles du sommeil... C'est assez général comme démarche », « Il n'y a pas de différence... ça ne marche pas comme ça. C'est la personne qu'on traite, donc je ne me comporte pas différemment en fonction du symptôme. », « je ne pourrais pas dire que je fais différemment... c'est vraiment le patient qu'on traite »	N, A, I, M, J, C, G, E
Exemples de métaphores	« pas tout le temps c'est pas un truc obligatoire c'est le chemin, c'est la fleur qui s'ouvre le matin qui se ferme le soir... elles ne se pose pas de question et elle ne sait même pas pourquoi elles s'ouvre... elle ne sait même pas pourquoi elle se ferme c'est comme ça voilà... (pause) y a pas de comment, il n'y a pas pourquoi... », « comme le petit lapin qui rentre dans son terrier qui laisse son corps trouver les solutions dans ses rêves et chacun à sa façon comme ça de laisser son corps s'installer sur le chemin pour aller rêver pour passer une bifurcation et peut-être qu'il a envie d'aller encore plus profondément dans ses rêves trouver une solution différente... », « il y a des petits outils techniques d'hypnose très simples comme par exemple, la radio quand ils ont des difficultés d'endormissement on leur dit que tous les bruits intérieurs qui s'accumulent dans leur tête peuvent être diminuées comme on diminue le son d'une radio », « Alors bon des fois il y a l'histoire du marchand de sable des choses comme ça »	D, M, E, I
L'amélioration de l'anxiété fait revenir le sommeil	« on fait des exercices qui sont assez souvent lié contre la baisse de l'anxiété donc ils sont déjà moins anxieux et ils dorment mieux », « donc ce qu'on règle la plupart du temps c'est le trouble anxieux plus que le reste et des moments que le trouble est réglé en général le sommeil revient.. », « le trouble du sommeil, nous savons que ce n'est pas la nuit que ça se traite, c'est dans la journée et ce qu'on traite c'est la personne... »	B, G, A
Retour à une condition naturelle	« les gens qui veulent contrôler et gérer, le fait de dire plus on veut moins ça marche dans la vie.. comme le sommeil, plus on veut dans la vie moins ça fonctionne », « je commence par rappeler aux gens qu'il n'y a rien qui permet de fabriquer le	D, N

	<i>sommeil, que le sommeil est une condition naturelle de la vie » « le travail consiste simplement à retrouver les conditions naturelles dans lesquels le sommeil va venir sans qu'on ait à s'inquiéter.. »</i>	
Un état de sécurité	<i>« c'est ça en fait le travail, c'est vraiment de remettre la personne dans un espace de sécurité qui va lui permettre inconsciemment j'imagine, à chaque fois qu'elle va se mettre au lit de retrouver cet espace de sécurité qui va lui permettre de fermer les yeux et de dormir », « Il faut les amener progressivement à un état de sécurisation.. ça prend du temps... Quand t'as fait ça, très souvent les gens retrouvent le sommeil »</i>	G, F
Pour les troubles de l'endormissement	<i>« les troubles d'endormissement... c'est pareil on peut raisonner aussi mais "qu'est-ce que vous faites avant de vous endormir ?" c'est donc préparer un reconditionnement... », « sur des chansons d'endormissement qui leur plaisent, des musiques qui leur plaisent, des ambiances qui leur plaisent.. Retrouver un peu le plaisir... », « les gens, je leur demande de faire des exercices et dans les exercices c'est parfois de faire de l'auto hypnose et pourquoi pas au moment de l'endormissement... », « Et donc je lui demande, en se couchant, comme exercice et séance d'auto hypnose, une fois qu'elle s'est allongée, de transformer toutes ces questions et de les colorer pour les mettre de côté... », « les patients qui vont s'endormir dessus... notamment en balayage corporel allonger, il y en a plein qui le font le soir et qui me disent "à chaque fois je m'endors"... »</i>	K, A, I, H
L'auto-hypnose ou auto-activation	<i>« c'était un apprentissage d'exercice... d'un certain nombre d'exercices à pratiquer régulièrement pour modifier le comportement vis-à-vis des troubles du sommeil », « l'auto-hypnose c'est beaucoup utilisé dans les troubles du sommeil et ça marche bien »</i>	B, C
L'hypnose conversationnelle	<i>« voilà donc ça peut être le travail autour de l'hygiène de vie », « on utilise aussi l'hypnose conversationnelle quand on donne des conseils... », « j'utilise l'hypnose éricksonienne pour faire passer les infos quand je leur parle des règles d'hygiène du sommeil », « quand on leur donne les conseils d'hygiène du sommeil, on utilise les outils de communication de l'hypnose. », « ça marche aussi quand on donne les conseils, sans hypnose mais juste dans la façon de les donner. », « ça m'arrive souvent de faire des suggestions hypnotiques quand je leur explique les conseils pour mieux dormir »</i>	N, B, C, E, D, M
Faire accepter par exemple un appareillage nocturne	<i>« Il peut y avoir une indication là aussi d'hypnose pour aider à accepter l'appareillage... (pause) »</i>	H
Centres spécialisés du sommeil en cas d'échec de leur prise en charge	<i>« S'il n'y a pas d'amélioration et que le patient souffre et me disent qu'il souffre c'est à ce moment-là que je l'envoie consulter un spécialiste du sommeil... », « Clairement les gens qui sont rendu malade à cause des hypnotiques et qui ne dorment plus sans, peut-être que c'est parce que je ne m'autorise pas mais j'ai l'impression que c'est bien de les mettre dans les mains d'un spécialiste du sommeil... (pause) »</i>	B, L
Amélioration du sommeil alors que le motif initial n'était pas les troubles du sommeil	<i>« même s'ils ne sont pas venus pour les troubles du sommeil une des choses qui s'améliore en fait » « quand on leur demander si ça va mieux ils disent "oh ba non ça ne va pas mieux mais je dors mieux" alors qu'ils ne sont pas venus spécialement pour ça mais "je dors mieux je me réveille moins" », « aussi de façon associée, que ce soit sur un problème plus psychothérapique que ce soit sur des douleurs ou d'autres demandes, en fin de compte ce n'est pas rare que ça s'associe à une amélioration du sommeil... », « au bout d'un certain temps, au bout de quelques séances le patient va constater que sur le plan sommeil bas ça s'améliore un peu mais on ne parle absolument pas de sa pendant les séances... », « il y en a qui sont venus pour de l'hypnose pour des problématiques plus larges et qui ont pu avoir un effet bénéfique sur le sommeil. Certains disent "depuis que j'ai fait les séances je dors mieux" alors que ce n'était pas leur demande première... »</i>	E, H, K, F

Tableau N°8 L'organisation pratique de l'utilisation de l'hypnothérapie dans la pratique des médecins généralistes interrogés

Codage	Citation	Verbatim
L'apport de la formation en hypnose et de son utilisation pour la pratique du médecin généraliste		
Une place fondamentale.	« <i>fondamental dans ma pratique</i> », « <i>je considère que c'est très important</i> », « <i>très importante</i> », « <i>Permanent ! c'est fondamental</i> »	A, E, B, F
Une alternative thérapeutique	« <i>Viennent après dix ans de psychanalyse, de psychothérapie autre chose comme ça, parce que la psychiatrie traditionnelle ou la psychanalyse permettent de comprendre pourquoi mais pas comment faire pour aller mieux</i> », « <i>je pense que moi ça m'a beaucoup apporté de clés pour sortir d'impasse quoi... c'est à dire de moment où si tu t'en tiens à la prise en charge standard, ba t'es arrivé au bout de ton petit algorithme avec deux trois possibilités et puis là t'as plus rien à faire...</i> », « <i>C'est un outil l'hypnose, hein.. c'est une alternative thérapeutique que je trouve hyper performant ...</i> »	A, C, I
Une autre réponse que la prescription systématique de médicaments	« <i>c'est un outil de non prescription, d'économie médicamenteuse</i> », « <i>le fait de pouvoir prendre le temps de laisser parler les gens, de les écouter ça permet d'éviter certaines prescriptions hâtives ça c'est certain...</i> », « <i>ça peut m'aider dans cette déprescription et dans le fait de ne pas prescrire en proposant des alternatives.</i> », « <i>je trouve que c'est très pertinent et les patients aussi, notamment par rapport aux médicaments</i> », « <i>depuis que je me suis formée à l'hypnose je prescris quasiment plus d'antidépresseurs ou simplement j'en renouvelle par rapport à des patients qui sont suivi par le psychiatre en même temps...</i> »	N, C, I, K
La part psychologique de toute pathologie	« <i>un outil qui peut servir de catalyseur ou d'accélérateur pour des problématiques spécifiques de médecine générale</i> », « <i>ces symptômes médicalement inexplicables, pour lesquels à l'évidence ce n'est pas une pathologie organique, c'est un fonctionnement de l'être qui ne marche plus, qui va revenir consulter régulièrement en disant "docteur, vos petites pilules bleues elles m'ont fait effets mais quinze jours.. mais les rouges elles étaient pas mal non plus mais maintenant c'est plus au bide que j'ai mal mais à la tête</i> », « <i>la dimension médicale de leurs problèmes qui enfin à mon sens est très vite limité on va dire... sachant que le côté psychologique dans toutes les pathologies à une part, pour moi en tout cas, importante..</i> »	N, A, K
Des symptômes d'inconfort	« <i>pour agir sur des symptômes d'inconfort pour un grand nombre de patients...</i> », « <i>cet inconfort moi j'ai trouvé les mécanismes, les stratégies et les manières d'y répondre...</i> »	B, A
Un outil psychothérapeutique	« <i>je suis plus dans quelque chose de psychothérapeutique.</i> », « <i>un travail de psychothérapie</i> »	L, A
Part de la médecine non basée sur les preuves	« <i>la part irrationnelle de la médecine tu ne peux pas la balayer d'un revers de main, tu ne peux pas dire bon ça c'est irrationnel, ce n'est pas prouver donc ça n'existe pas, ça ne marche pas... Parce que tu as à faire à des gens qui y croient...</i> »	C
Une solution mais pas La solution	« <i>je propose à la personne d'être libre par rapport à ça et c'est sûrement une solution, une aide mais ce n'est pas La solution... les gens ils entendent bien ça ils sont contents d'entendre ça</i> »	I
Changé leur relation avec le patient	« <i>dans mon activité de médecine générale ma position à changer...</i> », « <i>ça modifie complètement le rapport soignant-soigné enfin médecin patient.</i> », « <i>je pense que ça modifie la relation et aussi probablement la qualité du soins</i> », « <i>donc c'est un moment où vous faites autre chose vous faite de la médecine mais différemment</i> », « <i>c'est un vrai bonheur et la relation avec le patient est toujours privilégiée...</i> », « <i>un outil à la fois de relation</i> », « <i>c'est pour ça que pour ma part j'ai tendance à noyer ou à intégrer l'hypnose dans la dimension de... la relation entre le médecin et son patient..</i> », « <i>au bout d'un moment quand on est imprégné de ça c'est vrai que ça rejaillit sur toute la façon qu'on a de parler maladie... ou souffrance quelle qu'elle soi... (pause)</i> », « <i>après ma rencontre avec l'hypnose m'a permis beaucoup</i> »	D, G, J, M, N, C, E, F, K

	<i>de changer mon rapport aux patients et ma façon de me comporter, ma façon d'être en fait en permanence avec les patients, ma façon de m'adresser à eux, de leur poser des questions... », « la relation avec les patients elle est plus du tout la même », « on aborde pas les gens de la mêmes façons on va pas poser les mêmes questions, on ne va pas s'arrêter sur les mêmes problématiques, donc c'est fondamental.. »</i>	
Varier sa pratique	<i>« ... parce qu'il y a un moment enfin je ne sais pas moi mais moi faire 40 ans la même chose, faut changer enfin moi c'est mon point de vue... »</i>	J
De moins en moins de différence avec sa pratique de MG	<i>« je me rends compte que... (pause) dans mon esprit il y a de moins en moins de frontière entre ce qu'on appelle l'hypnose et puis ce qu'on appelle la médecine générale »</i>	N
Changé d'état d'esprit et confiance	<i>« cette sensation de se dire voilà quoi qu'il se passe... (pause longue) Roustand... je suis comme je suis et je vous emmerde (rire et pause) », « les gens le remarquent... Même ma collègue elle a fait une séance avec moi elle était complètement hallucinée », « c'est l'hypnothérapeute, c'est lui, ce n'est pas le médicament et donc c'est aussi une façon pour chacun de prendre confiance dans sa pratique », « j'ai complètement changé ma vision, mon état d'esprit dans ma pratique... ce n'est plus du tout pareil. », « c'est à dire que ça m'a changé mon état d'esprit dans ma consultation »</i>	D, J, M, N, F
Une richesse	<i>« c'est une richesse... (pause longue) »</i>	K
Une seconde nature	<i>« donc pour moi s'est devenu une seconde nature.. », « la dimension de l'hypnose c'est à dire d'un certain regard sur la personne, sur ses ressources par rapport à ce dont elle se plaint... dans ce regard-là la présence de ce qu'on appelle d'hypnose vient naturellement... »</i>	I, N
Réfléchir sur lui-même	<i>« l'hypnose c'est quelque chose de très puissant l'hypnose c'est fondamental de réfléchir sur soi avant d'ouvrir la porte de l'hypnose... »</i>	F
Cohérence avec leur philosophie personnelle de fond	<i>« j'ai découvert ça et c'est une technique qui me correspond en tout cas qui correspond à ma façon d'être et de penser et de travailler. », « c'est quelque chose qui les qui s'est intégré sans difficulté dans mon parcours, mon système de valeurs.. », « moi j'avoue que l'hypnose éricksonienne, elle colle avec ma philosophie personnelle de la vie, elle colle avec ma religion, elle colle avec ma façon de soigner »</i>	M, N, K
Ne pas faire de mal au patient	<i>« De toute manière il ne peut rien se passer de grave au pire il ne se passe rien, rien ne bouge », « je sais que ça se passe bien en général et qu'au pire il n'y a pas de gros risques au pire il n'y a pas d'efficacité. », « tu fais le mieux que tu peux pour faire pour l'autre que tu sais faire et quoi que tu fasses il va se passer mieux que si tu ne fais rien... puisque c'est dans la relation qui est là... »</i>	J, M, A
Un outil de communication	<i>« un outil de communication à 100% avec tous les patients.. pour tous les patients.. », « pour moi l'hypnose c'est d'abord un outil de communication qui est l'occasion pour les gens de découvrir une certaine façon de fonctionner... », « j'ai intégré tout ça et c'est vrai que depuis que j'ai eu cette formation bon bah je ne communique plus de la même façon mais que ce soit avec ma famille, avec mes amis et avec mes patients... (pause)</i>	B, N, K
Prendre le temps	<i>« je fais une médecine autrement je prends mon temps ce qui n'est jamais le cas », « parce que vous prenez le temps »</i>	J, G
Patient au centre de la prise en charge	<i>« Quand on aborde l'hypnose ça ne fonctionne pas tout à fait comme ça.. On ne peut pas dire "bah écoutez on va juste se cantonner à ce problème de sommeil puis alors surtout ne parlez pas du reste" parce que, et non.. Au contraire c'est justement tout le reste... », « c'est vraiment remettre le patient au centre de la prise en charge », « c'est une prise en charge globale centrée sur la personne... », « c'est quelque chose de plus globale que de traiter tel ou tel symptôme », « On va remettre le patient au centre d'une prise en charge très personnalisée... »</i>	K, M, F, C, I
Certains résultats hallucinants	<i>« ce pouvoir de l'auto persuasion je trouve ça assez extraordinaire parce que quand même j'ai eu des résultats sur des trucs mais complètement hallucinant donc</i>	J, I

	<i>voilà... », « j'adore ce que je fais et ces prises en charge là, elles peuvent fonctionner miraculeusement »</i>	
Hypnose en elle-même a un effet bénéfique	<i>« L'hypnose elle-même à un effet thérapeutique... la simple pratique de l'hypnose », « C'est simplement je pense que la pratique de l'hypnose en elle-même, quelle que soit la façon de le faire, ça a un effet bénéfique de toute façon globale, mais aussi sur le sommeil... », « il y a un résultat, que le résultat soit conforme ou pas à ce qu'ils attendent voilà... (pause) »</i>	H, N
Important d'être médecin	<i>« je pense l'intérêt quand même d'être un peu médical pour traiter en hypnose... », « d'être à la fois médecin parce que d'abord ça rassure les patients et puis ça me permet aussi de prendre en compte la dimension médicale de leurs problèmes », « c'est bien de pouvoir faire les deux »</i>	J, K, L
Cette compétence devrait être enseigné pendant nos études	<i>« je dirais que l'hypnothérapie ça devrait être déjà un module de formation dès le départ pour la médecine.. », « elle a sa place comme on étudie la cardio, la psy, etc et que ça devrait être un module », « je pense que l'hypnose devrait faire partie de la boîte à outils de chaque médecins généralistes », « j'espère ! qu'on va arriver un petit peu à faire rentrer ça... j'aimerais bien que l'hypnose rentre un peu dans formation des médecins, simplement pour leur dire ça existe quoi... »</i>	G, J, K
Pas de formation	<i>« c'est des petites choses très simples qui sont tout à fait utilisable par tout le monde et qui ne sont pas enseignées et qui sont à la portée de toute personne qui s'est intéressé à l'hypnose.. », « qu'est-ce qu'on a eu comme formation là-dessus... pas eu grand-chose »</i>	F, K
Le confort pour le praticien		
Changé la pratique et sa propre vie en bien	<i>« l'approche hypnotique a changé complètement ma pratique et a complètement changé ma vie... », « ça a révolutionné totalement mon lien avec le patient ou à l'hôpital avec les équipes hospitalières surtout en soins palliatifs, ça a modifié ma vie en général, avec ma femme et cinq enfants, mes six petits-enfants etc oui ça a modifié totalement ma façon de voir la vie, ma philosophie de vie, dans la relation... », « ... dans ce que ça m'a apporter dans mes rapports aux patients, dans ma façon de de leur parler, d'être avec eux, ça m'a apporté beaucoup... », « j'ai l'impression que ça m'a permis de beaucoup avancé sur ma vision de la médecine en peu de temps... La façon d'aborder les patients entre maintenant et il y a encore trois quatre ans ça n'a rien à voir... »</i>	D, B, C
Du plaisir dans sa pratique	<i>« C'est vraiment ces moments où t'es heureux de faire ce métier quoi... »</i>	C
Rigole avec les patients	<i>« tu peux rire avec les patients... tu peux t'amuser... je pense qu'il y a beaucoup de ça... de faire appel à ton âme d'enfant et à celle du patient qui est devant toi... », « en plus au quotidien ça m'apporte du plaisir dans la pratique... », « c'est vraiment merveilleux quoi, d'être dans ton boulot, d'aider les gens, de le faire en rigolant, je veux dire on se marre avec les patients... ils viennent avec des trucs pas possibles et on se marre.. »</i>	A, C
Entourage est surpris de son changement de comportement	<i>« ça me donne un certain confort dans ma relation, dans ma position, etc même mes enfants me disent "papa tu as complètement changé.." »</i>	D
Relation privilégiée avec les patients	<i>« c'est un vrai bonheur et la relation avec le patient est toujours privilégiée... », « ça m'aide aussi dans ma relation avec les patients... parce que du coup je sens plus de choses... j'ai ouvert les oreilles... »</i>	M, C
Traiter une personne juste avec la parole	<i>« et puis je trouve quand même assez extraordinaire de soulager les gens.. juste par la parole quoi en fait.. par la parole et puis par un état second... (pause) »</i>	J, D, M
Plus de confiance	<i>« Effectivement l'approche hypnotique me donne de la confiance, du confort dans mon activité de médecine générale... », « il y a une espèce de confiance donc quand tu rajoute à ça une séance d'hypnose là c'est vraiment... »</i>	D, M
Peut être lui-même	<i>« Elle permet d'être comme dans la vraie vie, presque comme avec un copain.. »</i>	A

Sérénités, apaisant, ressourçant, reposant	« pour moi c'est une pratique ressourçante je suis toujours bien.. », « après une séance je me sens mais alors, c'est top, je me sens toujours très bien après une séance d'hypnose », « c'est vrai que c'est l'un des éléments majeurs qui me fait choisir l'hypnose dans différents domaines c'est que c'est confortable, agréable et tout sauf épuisant pour moi.. », « et qui en plus me repose voilà... », « le fait de faire des séances d'hypnose vraiment structuré que ce soit à l'hôpital ou en cabinet c'est toujours un moment très ressourçant je trouve », « tu fais ta petite séance d'hypnose et toi ça te détend aussi beaucoup j'en ressortais reposer », « c'est apaisant. », « ce que vous disent les gens qui aussi de l'hypnose dans les services hospitaliers dès que vous introduisez l'hypnose il y a une espèce de tranquillité, de sérénité qui s'installe.. », « ... j'adore l'hypnose.. quand je fais de l'hypnose en fin de journée, à 19h après mes consults, je rentre chez moi je suis frais comme un gardon... »	M, N, C, E, F, K
Pas vocation à être épuisant	« c'est vraiment une écoute active, un accompagnement, et au final c'est quelque chose qui n'a pas vocation à être épuisant... »	K
Bien dans sa peau	« je n'ai aucun état de fatigue en fin de journée, je dors bien, je suis bien dans ma peau »	I
Moins de pression dans son travail	« je me fais plus emmerder...(pause) y a plus de de pression... (pause longue) et quelque part je suis en fin de carrière je n'ai pas envie de m'emmerder... », « je n'ai plus rien à prouver donc c'est beaucoup plus facile.... »	D, A
Pas être dans la pensée que l'on doit sauver l'autre	« Je ne suis pas là pour sauver l'autre... et si je veux le sauver je vais le persécuter... donc à partir du moment où je sais que c'est lui qui a les cartes en main, ça rend plus léger les choses... (pause) »	A
Moment de respiration	« Globalement à moi, c'est ma petite respiration du mardi après-midi.. »	J
Moins fatiguant que le reste	« C'est beaucoup moins fatiguant que de faire quoi que ce soit d'autre »	A
Patient qui travaille	« mais l'avantage de l'hypnose ericksonienne c'est que ce n'est pas nous qui faisons... c'est le patient qui fait son travail ce n'est pas nous.. »	K
En faire toute la journée	« franchement moi je pourrais en faire toute la journée, je trouve ça tellement extraordinaire »	E
Relever la tête et laisser place à la relation	« quand tu relèves un peu la tête et que tu regardes ton patient et que tu l'écoutes, que tu laisses planer le silence quelques minutes ou quelques secondes parce que tu sens qu'il y a un truc qui est en train de se passer et qu'enfin tu vas laisser éclore... tu vas le laisser sortir et ça pour moi ça n'a pas de prix... »	C
Prendre le temps	« alors moi c'est un moment où je vais prendre mon temps.. », « et puis moi je suis très très rapide et donc je vais plutôt vite, là tout d'un coup je ralentis », « parce que là je vais me permettre de prendre le temps », « Parce qu'en consultation normale... on n'a pas beaucoup de temps... », « je me souviens à l'hôpital j'aimais bien faire ça quoi, aller voir un patient en fin de journée et puis voilà tu te poses avec lui une heure, tu prends le temps. »	J, G, I, C
Lui-même en hypnose	« Je trouve que si on le fait bien et que si on est vraiment là, on est autant en été d'hypnose que les patients... », « moi aussi j'en profite.. je me mets aussi en hypnose et je profite de ce travail que j'induis », « comme on dit en hypnose, il faut être soi-même un peu en hypnose pour accompagner les personnes... un côté un peu contagieux de l'hypnose.. (pause) », « C'est même plus de l'écoute active, quand je suis en séance d'hypnose, dès la deuxième séance je suis moi-même dans un état hypnotique.. »	L, F, H, I
Résoudre des problématiques personnelles	« c'est que, même soi-même on s'apaise dans le travail avec le patient... il m'est arrivé souvent d'avoir des problématiques personnelles, j'accompagne le patient dans un processus avec la démarche pour mettre le patient dans une transe même légères donc je la compagne et je me concentre sur lui et à la fin de la séance, je découvre que le patient bon il est détendu, il est calme, lui il en a tiré bénéfice et	K

	<i>curieusement moi le problème j'ai trouvé ma solution... alors ça c'est ça qui est assez bluffant.. »</i>	
Découvrir ça plus tôt mais jamais trop tard	<i>« je dis "moi j'ai découvert ça à 50 ans, j'aurais été heureux de découvrir ça à 20, qu'est-ce que ça aurait été facile, enfin plus riches pour moi mais ce n'est jamais trop tard". »</i>	K
Poésie	<i>« c'est fondamental... c'est de la poésie, j'adore... (pause) »</i>	F
Créativité et jeu	<i>« En plus le côté créatif... Il y a beaucoup de jeu finalement... je trouve que c'est un espace de jeu aussi... »</i>	C
Ressources insoupçonnées de l'espèce humaine	<i>« je ne doute plus des ressources de l'espèce humaine... (pause longue) c'est quand même dingue... le champ du possible de l'être humain... (pause) »</i>	D
Philosophie de vie	<i>« J'essaie d'apprécier chaque moment, de vivre chaque chose avec intensité et quand je suis dehors, quand je vois des choses, des belles choses, quand on est avec des amis et qu'il se passe des choses agréables j'essaie de m'en gorger... »</i>	C
Conseil vivement	<i>« Je conseille vivement de faire de l'hypnose, c'est fabuleux... »</i>	F
Plus dans le ressenti	<i>« de rester présent aussi à son ressenti par rapport aux patients.. », « à savoir que je fais beaucoup plus attention à ce que je ressens face aux patients », « plus j'avancais dans la médecine et dans mon internat, plus je suis passé de quelqu'un de rationnel à quelqu'un d'émotionnel... j'ai laissé plus de parts à mes émotions, à mes ressentis, à mais affectes et à une part d'irrationalité du coup qui va avec je pense... »</i>	G, C
Proposer une alternative	<i>« le confort c'est déjà de pouvoir répondre... »</i>	N
Voir qu'il se passe quelque chose	<i>« il se passe quelque chose, c'est pour ça que c'est confortable... c'est très intéressant.. »</i>	I
Moins de consultations difficiles	<i>« les consultations difficiles il y en a toujours mais globalement ça a diminué des deux tiers. »</i>	E
Redécouvrir des patients	<i>« tu découvres encore des gens que tu pensais connaître et ça c'est un vrai bonheur pour moi... »</i>	M
Ne plus donner d'ordres	<i>« ça fait longtemps que je n'ai plus envie de donner des ordres, j'ai horreur d'ordonner... c'est pour ça que les ordonnances ça me fait bizarre... »</i>	I
Doit être dans une pratique confortable	<i>« Mais ça fonctionne bien si effectivement je suis aussi dans mon confort »</i>	K
Difficulté diminue avec le temps	<i>« arrivé à mon âge je n'éprouve pas de difficultés », « donc plus le temps passe, plus j'ai du confort », « C'est extrêmement confortable... je n'ai aucune difficulté », « je ne ressens plus de difficulté du tout aujourd'hui (sourire) »</i>	B, G, I, F
Les difficultés ressenties par le médecin		
Perdus de vue.	<i>« S'il m'échappe et va voir quelqu'un d'autre sans me le dire ça je ne peux pas vérifier... », « je lui dit c'est vrai que c'est quand même dommage que je ne puisse pas le savoir autrement qu'en le croisant à la poste quoi... (pause) », « beaucoup ne reviennent pas... alors tu peux imaginer que c'est parce que ça ne leur a rien fait ou parce qu'ils sont guéris... », « la difficulté c'est quand on ne revoit pas les personnes... » « si quelqu'un ne vient plus effectivement au bout de quelques séances je sais pas forcément tout de suite quel impact ça a eu.... (pause) », « Pour les 10 autres il doit y en avoir la moitié qui sont des perdus de vue, on va dire ça comme ça, c'est à dire je ne sais pas comment ça a fini finalement, parce que les gens arrêtent... »</i>	B, M, A, H, I
Plus de difficulté à présent mais en avait au début de leur pratique	<i>« j'admets en avoir éprouvé, si quand j'étais jeune peut-être j'avais peur que les gens s'endorment pas à l'époque on pensait qu'il s'endormait, maintenant c'est dépassé, on les active on les endort pas.. », « au départ comme pour tous, parce qu'on a appris comme ça en médecine, il me fallait des protocoles et c'était très lourd, trop long, compliqué souvent ça n'allait pas à certains patients donc on avait un sentiment un peu de ramer clairement... », « Quand j'étais jeune médecin</i>	B, G, A

	<i>peut être ça aurait été une difficulté mais aujourd'hui, je suis authentique et congruent avec moi-même... »</i>	
Réadressé lorsqu'il ne sent pas assez expérimenté pour traiter le ou la patiente	<i>« Et dans ce temps-là, parfois je leur dis, « écoutez, je pense que vous avez besoin de quelqu'un de plus expérimenté que moi, je vais vous proposer d'aller voir quelqu'un qui fait que ça » ... »</i>	L
Nécessite de l'expérience pour oser	<i>« parce qu'il faut faire de temps en temps une rupture, ça peut être une difficulté mais c'est même pas une difficulté parce que j'ai l'âge si tu veux.. », « mais c'est vrai qu'au début quand tu es jeune et que tu as des patients qui ont plus de surface sociale que toi et qui ont plus de méthodes de communication que toi et qui veulent te prouver qu'ils en savent plus que toi, ça peut être compliqué... », « Il faut oser! c'est difficile mais pour pouvoir oser il faut être calme dans sa tête... faut pas être prétentieux. », « Mais c'est vrai qu'au début, c'est comme faire du vélo, c'est un peu bizarre, on a beau donner toutes les explications tant qu'on est pas monté dessus.. (bruit de bouche) », « Mais c'est très difficile en quittant les études de médecine, il faut déjà avoir une confiance... en soi même »</i>	A, F, I
Contrainte de temps	<i>« mais bon c'est pareil quand il y en a 50 qui attendent à côté ce n'est pas toujours simple... », « Sauf que pour le faire bien en 35 minutes ça veut dire qu'il faut qu'on aille très très vite à l'essentiel et faut être très très concentré ! », « là en plus je suis dans une situation où il y a beaucoup de travail là où j'habite donc soit il faut que j'arrive à m'associer soit pour libérer du temps.. Mais j'y pense j'ai réfléchi mais ce n'est pas toujours aussi simple qu'on voudrait », « la seule chose c'est l'organisation du temps mais bon »</i>	J, L, M, E
Trop de patient	<i>« je prends plus de nouveaux patients parce que je suis, je suis trop plein. Je crois que je dois être à 4 ou 6 mois de rendez-vous... »</i>	L
Contraintes financières	<i>« En plus comme je suis sur des temps courts à cause de contraintes financière, vu qu'on voulait que ce soit accessible on ne peut pas faire une heure... Comme c'est un cabinet de groupe, je ne peux pas me permettre de couler du fric à mes associés », « c'est vrai que faire une heure d'hypnose à 25 euros s'est compliqué quoi... »</i>	L, C
Pratique fatigante	<i>« ce que je dis à ma femme en rentrant le soir après une journée à la clinique, souvent je suis fatigué et ce qui m'épuise ce n'est pas de chercher le résultat ou quoi que ce soit, c'est d'être présent... », « c'est assez fatiguant quand même... oui parce que d'être attentif, plein... attentif à la personne en face de soi.. sa demande d'une capacité de présence, d'observation.. (pause) qui fatigue quoi... », « ça prend de la place en temps et en énergie », « C'est peut-être parce que je manque d'habitude mais je trouve que c'est crevant... »</i>	D, E, L
Ne pourrait pas faire ça n'importe quand	<i>« moi je ne me vois pas du tout faire une journée entière que ça... pour moi alors aujourd'hui ça me paraît impossible voilà », « enfin moi je ne pourrais pas faire des séances d'hypnose après avoir vu les 30 patients dans la journée »</i>	J, M
Le fait d'improviser demande un effort	<i>« oui parce que comme je parle beaucoup, de moins en moins mais quand même beaucoup, j'invente pas mal, quand même, ça vous demande quand même un effort... (pause) ouais quand même enfin moi je trouve que ça demande quand même un certain niveau de concentration quand même... »</i>	J
Une fatigue différente	<i>« c'est hyper agréable c'est fatigant aussi mais c'est hyper agréable », « mais ce n'est pas la même fatigue que les journées au cabinet. je ne pourrais pas bien définir.. »</i>	J, E
A priori des gens sur le mot hypnose	<i>« j'avais cette difficulté un certain moment. il fallait passer plusieurs minutes pour dire c'est pas comme Messmer à la télé ou autre », « je dis le mot hypnose parce qu'il faut bien utiliser un moment un mot ou un autre mais ce n'est pas forcément un mot qui me convient, c'est pas... parce qu'il est chargé de plein de connotations », « il y a pas mal de gens qui sont méfiants vis-à-vis de l'hypnose donc je ne l'appelle pas forcément comme ça d'emblée... », « Ba les difficultés c'est</i>	B, N, C, F

	<i>déjà la méfiance des gens vis-à-vis de l'hypnose parfois... en tout cas si pas de la méfiance de la crainte, de la peur de perdre le contrôle, d'être sous influence... »</i> ,	
Attentes de certains patients qui peuvent être déçus	<i>« la direction a reçu un courrier comme quoi j'étais un charlatan parce que je n'avais même pas mis mon doigt entre ses yeux... (longue pause) je n'avais pas sorti le pendule... (pause) donc le grand mage n'était pas un mage... (rire) », « c'est plus le trop d'effet de l'hypnose de ce qu'ils en attendent que les images et les représentations », « parfois si on n'a pas bien expliqué les choses il peut y avoir éventuellement une déception du patient parce qu'il s'attendait à autre chose... »</i>	D, E, K
Ses représentations au praticien	<i>« on projette beaucoup et du coup il y a des patients à qui on propose parce que on pense qu'ils vont être ouverts et à d'autres à qui on ne propose pas parce qu'on pense qu'ils ne seront pas ouverts, alors qu'en fait je pense qu'on se trompe assez souvent... »</i>	C
Patients avec qui ça ne passe pas	<i>« les difficultés elles peuvent être inhérentes à moi... si j'ai une difficulté de contact.. ça m'arrive d'avoir des difficultés de contact avec certaine personne ou j'ai du mal à établir la relation d'emblée pour des raison qui m'amène à m'interroger moi-même », « c'est la compatibilité aussi entre les gens... il y a des patients avec qui il va pouvoir se passer des choses et puis les gens à qui ça ne pourra pas se passer... », « Parfois il y a des patients ou je ne suis pas à l'aise et c'est important je respecte ça aussi... Et même que je puisse le dire au patient... »</i>	N, C, K
Peur que ça ne fonctionne pas	<i>« un patient qui n'arrive pas à se mettre en hypnose... c'est le seul on va dire c'est le seul risque éventuel qui ne se met pas en hypnose.. », « mes craintes c'était que je n'arrive pas, que ça ne marche pas... que je sois un être trop rationnel et d'intellectualisé trop pour que ça marche... »</i>	G, J, M, C
Inquiétude sur ce qui va se passer	<i>« oui il y a parfois des patients je ne me demande pas quel bout je vais les prendre... », « je reste toujours inquiet avant de commencer une séance sur ce qui va se passer »</i>	J, M
Plus difficile de traiter le sexe opposé.	<i>« faut faire attention quand même avec les femmes et la question de la sexualité, il y a quand même un cadre à bien respecter... »</i>	A
Percevoir la souffrance des patients	<i>« Ça serait plutôt... (pause) dans l'empathie avec les patients, la perception des émotions.. c'est plus ça qui est, peut-être plus inconfortable... dans la perception de la souffrance de la personne »</i>	H
Pas facile de faire le « saut » dans cette pratique	<i>« c'est un saut dans le vide... et bien faut le faire... (pause) on demande à la personne qui est sur le fauteuil de changer, on lui propose de changer... si elle, elle ressent quelque part que moi je ne suis pas capable de sauter elle ne se sautera pas... (longue pause) »</i>	D
Pas toujours facile de changer de casquette	<i>« si la difficulté qu'il peut y avoir eu c'est, elle n'existe plus, c'est de changer de casquette à l'intérieur de moi... c'est de me dire oui je suis psychothérapeute, oui je fais un travail de psychothérapeute, ouais je passe d'un monde à l'autre... ça c'est probablement la difficulté qui a existé au départ... »</i>	A
Nécessite d'apprendre en permanence	<i>« Il y a la difficulté que... (pause) j'ai l'impression que j'apprends en permanence... Autant quand je fais de l'écho abdo ou quand je mets des stérilets, ça fait longtemps que je le fais donc c'est rapide, parce qu'on fait le même geste... C'est vraiment en mode automatique. Alors que l'hypnose ce n'est pas ça... », « pour le moment la difficulté c'est la phase d'apprentissage.. »</i>	L, A
Un peu seul dans cette pratique	<i>« Le truc un peu perturbant dans cette pratique même si dans la médecine générale on est tout seul », « le début du DU dès le deuxième cours, "bon ba allez y entraînez-vous chez vous" et ba il y a des gens ils n'ont jamais passé le cap hein et après vous avez le sentiment d'être un peu seul quoi.. de ne pas pouvoir.. (pause réflexion) », « Le problème c'est qu'on est un peu seule pour gérer les difficultés. On peut s'organiser des groupes de pairs mais c'est vrai que dans une pratique au cabinet... on est un peu seule... (haussement d'épaule)</i>	J, G

L'effet sur les patients du point de vue des médecins issu de leur expérience et des retours		
Les patients pleurs souvent la première fois	« en général la première fois ils pleurent et j'ai plein de mouchoir dans la corbeille.. »	A
Sensations étranges	« Elle me dit « qu'elle était bizarre en sortant, j'étais détendue et surtout j'avais l'espoir que ça change... » Et elle me dit « j'avais plus peur d'aller me coucher, mais j'ai continué à prendre mes médicaments » »	I
Permet d'aborder des choses difficiles.	« Les gens me disent à peu près tout le temps passe que les questions que je leur pose pour aller en hypnose sont des questions qui touchent des choses difficiles, ils me disent "c'est difficile ce que vous me demandez là" ... quasiment tout le temps... »	A
Le regard des patients vis-à-vis du praticien a changé	« Comme moi ma position à changer l'attitude des patients qui viennent à changer aussi »	D, L, G, K
Des améliorations sur des points inattendus	« Et assez souvent j'ai l'impression, parce qu'on fait de l'hypnose et que c'est magique pour les gens, ils s'autorisent à changer des trucs dans leur vie qui n'ont rien à voir avec le motif annoncé... », « ce n'était pas le truc qu'ils avaient prévu... Du coup je me retrouve avec des gens qui vont mieux sur le domaine de leur vie... (pause) « je ne comprends pas, j'ai enfin dit à mon mari qu'au niveau du sexe ce n'était pas top » ... », « en même temps je ne sais pas, je ne comprends rien comment les choses ça se passe mais moi je me sens mieux et tous les gens qui me connaissent me disent que j'ai changé »	L, G, K
Découvrir leurs ressources et d'en apprendre plus sur eux-mêmes	« je l'indique aux gens en soulignant que de toute façon c'est l'occasion pour eux de découvrir un trésor qui leur appartient et qui est à leur portée », « c'est toujours très riche pour les patients », « des techniques aussi qui peuvent leur permettre de se reconnecter à eux-mêmes et de mieux vivre avec ce qu'ils ressentent... », « J'ai vu quelqu'un tout à l'heure, je lui ai parlé de la fierté, de la position qu'elle se fait dans la vie.. Ba elle est ressorti elle voyait les choses autrement... », « au final elle s'est libérée, elle change de vie, elle quitte son boulot, elle est plus emmerdée par son ex-mari, ses enfants s'épanouissent tout seul et elle est juste venue me saluer... je l'ai aidé un petit peu mais c'est elle qui a fait le truc... »	N, K, C, F, I, K
Surpris lorsqu'il découvre leurs ressources	« y en a même qui m'ont dit "je n'aurais jamais pu m'asseoir une heure comme ça sans bouger" "vous avez été capable de le faire ou pas ?" "oui bon ba voilà" (rire) »	G
Reprendre le contrôle sur leur vie et apprend une nouvelle façon de fonctionner	« L'occasion pour les gens de découvrir une certaine façon de fonctionner... », « c'est à dire qu'on permet à des dépressifs, a des insomniaques, a des troubles du comportement alimentaire pas trop ancien et pas trop douloureux, de retrouver la main sur leur vie... », « permettre aux patients d'envisager les choses différemment et de regarder leurs problèmes un peu différemment... », « à l'intérieur de vous des choses qui se libèrent, des éclairages nouveaux pour que vous puissiez découvrir un nouveau regard sur plein de choses, qui peuvent brutalement avoir un nouvel aspect... »	N, A, C, K
Plus confortables dans leur vie après	« qui n'était pas tellement améliorée sur le plan scientifique mais qui tous disaient je me sens plus confortable et moins anxieux et donc ça c'est un effet particulier de l'hypnose qu'il faut relever.. »	B
Se permettent de croire que les choses peuvent changer	« puis finalement ils découvrent que, bah oui ça change les choses... et en partant d'un point de départ on en arrive à pleins, pleins de choses »	K
Diminution de la prise de médicaments	« à la quatrième séance, elle me dit des fois je me suis endormi parfaitement bien... Elle n'a plus pris du tout du tout de stilnox, il lui reste juste le théralène... (pause) »	I

Oublier le trouble pour lequel ils ont consulté	« il y a des patients qui ont oublié complètement »	G
Des gens qui n'ont pas eu ce qu'ils attendaient	« chez des gens je sais que ça n'a pas marché du tout hein bon voilà, moi je leur dis bien ce n'est pas miraculeux non plus », « avec l'hypnose de spectacle ils peuvent imaginer à la limite le côté extraordinaire donc peut-être un peu parfois un peu déçu parce qu'il n'y a pas de chose spectaculaire », « parfois si on n'a pas bien expliqué les choses il peut y avoir éventuellement une déception du patient parce qu'il s'attendait à autre chose... »	J, E, K
L'évaluation de la pratique et de l'efficacité par les médecins		
N'évalue pas l'efficacité	« alors on va dire oui mais tu ne sais pas ce que tu as fait on va dire que oui tu ne sais pas si ça a marché ou pas... et ba je vais te répondre j'en ai rien à foutre (pause) », « ce n'est pas mon problème.. un résultat.. et bah non... je m'émancipe de la solution.. je n'ai aucun résultat (pause et rire) moi aucun résultat (pause) comme ça j'ai aucun échec (rire) », « moi-même j'ai pas fait d'évaluation dans le domaine du sommeil », « je ne rappelle pas, je ne demande pas qu'on me rappelle pour me dire si ça va voilà. », « Je ne pose pas vraiment la question de l'efficacité, du résultat... », « sinon je ne le sais pas nécessairement... je ne le demande pas...non... parce que pour moi c'est important que le patient il est la conviction que c'est Lui... qui a guérit.. », « l'efficacité, je ne l'évalue pas... Je n'ai pas besoin de l'évaluer... Surtout qu'on ne peut pas vraiment l'évaluer de manière objective, ça ne marche pas comme ça. », « Le travail se fait sans que je n'aie besoin de l'évaluer... ce n'est pas ma place. »	D, B, J, N, K, G
Il se passe toujours quelque chose	« finalement que l'interaction thérapeutique elle va se faire... on ne dirai pas qu'on est en hypnose sauf qu'il se passe quand même un truc... (pause) », « il se passe toujours quelque chose malgré tout.. », « j'ai une confiance très forte dans ce qu'on appelle l'hypnose et dans le fait que amener un individu, une personne à travailler de cette façon avec elle-même de toute façon c'est une source d'efficacité... », « C'est simplement je pense que la pratique de l'hypnose en elle-même, quelle que soit la façon de le faire, ça a un effet bénéfique de toute façon globale, mais aussi sur le sommeil... »	L, M, N, H
Objectivation d'effet au niveau cérébral vu à l'IRM	« on peut maintenant simplement démontrer avec l'IRM qu'effectivement en état d'hypnose il y a des zones du cerveau qui s'activent qui ne sont pas les mêmes qu'en état de conscience donc on peut plus nier maintenant l'existence de l'hypnose mais... »	K
Pas productif de reparler du problème, cela peut même le réenclencher.	« jamais jamais jamais... parce que ça peut re déclenché le symptôme... il y en a qui oublie complètement qu'ils ont eu un problème, grâce à l'hypnose... » « il y a des cicatrices que vous oubliez complètement.. n'est-ce pas ? et si vous mettez à chercher toutes vos cicatrices vous allez avoir des symptômes sur les cicatrices.. vous allez remarquer qu'elle ne vous plaît pas ou qu'elle gratouille d'accord.. donc l'hypnose c'est un peu le même principe »	G
Le résultat n'est pas important	« s'il ne la trouve pas ce n'est pas grave, ce n'est pas mon résultat... ce n'est pas mon problème (pause) »	D
La causalité entre l'amélioration et la thérapie hypnotique n'est pas importante	« après est-ce qu'il y a un lien de causalité, j'en ai aucune idée et en vraie je m'en fou vraiment... c'est ça qui compte... Si ça se trouve mon histoire c'est du gros bullshit... ça n'a aucune importance, ce qui compte c'est qu'elle va mieux... », « ma part elle n'est pas très importante... voilà... c'est un peu ma façon de faire ça et je suis ravi de pouvoir, avec les compétences de médecine générale, de pouvoir pour eux... »	L, K
Un temps en début de consultation pour discuter de ce qui a changé	« A chaque consult, je prends les 5 premières minutes pour leur dire « est ce qu'il y a quelque chose qui a changé depuis la dernière fois ? » », « c'est quand je revois les patients et qu'on fait toujours un petit travail de, on va dire de synthèse de la première séance avant de commencer la seconde », « j'évalue en disant "qu'est-ce qu'il reste à faire", j'évalue qualitativement, "qu'est-ce que vous diriez qui va	L, M, A, I

	<i>mieux"... », « ça ne prend pas beaucoup de temps, c'est souvent cinq minutes de la séance et puis je leur demande combien de séances il leur faut encore à leur avis et très souvent on tombe d'accord... », « je l'évalue à chaque séance en m'informant de ce qui change.. »</i>	
Évaluation à la fin des séances	<i>« peu de mes séances ne se terminent pas par la question "voilà est-ce que ça va bien comme ça pour aujourd'hui est ce que ça suffit ?" mais je le sais déjà avant... c'est à dire je ne la pose pas quand je sais que c'est non... quand c'est non je continue le travail... quand je sais que ça va être oui ça permet à la conscience de boucler la séance... »</i>	A
L'évaluation est importante pour certains patients	<i>« Les patients déjà en tient compte dans leurs demandes donc on considère que c'est important pour nous et donc ils savent qu'on en tient compte... »</i>	B
L'arrêt ou la diminution des médicaments	<i>« si ce n'est la diminution de la prescription d'hypnotiques ou des anxiolytiques », « la déprescriptions pour moi est un résultat enfin est une évaluation positive évidente et ça arrive... », « la déprescription quand ils arrivent à se libérer du traitement c'est un vrai résultat positif pour moi. », « à la fois que j'ai constaté que ça diminue la prescription », « bien sur l'arrêt des traitements ça c'est la règle de base... vous avez des gens qui disent "oui j'ai arrêté mais j'en prends un demi par semaine de temps en temps" mais globalement ça marche », « Une des cibles ça peut être effectivement le sevrage en médicament... », « Si ça va mieux ils en prennent moins... », « le taux de médicament qui diminue parce que ce sont des gens qui ont souvent des thérapeutiques associées, des médicaments associés.. donc est ce qu'ils diminuent du côté des médicaments par exemples.. », « sur les 30 personnes, j'ai regardé un peu leur fiche, il y en a 20 dont je sais qu'effectivement elles n'ont plus pris notamment d'hypnotique ou anxiolytique... », « Sinon bien sûr, quand ils prennent moins de médicaments... c'est un indice d'efficacité. », « L'arrêt des médicaments... ou la diminution... (pause) ça oui, ça peut servir d'évaluation. Mais c'est difficile quand même. », « il y en a aussi qui arrête de prendre leur médicament et qui te le dise. Ça peut être considéré comme un vrai résultat ça... », « Moi sinon j'en ai pas mal qui me disent, ba grâce à vous j'ai arrêté de prendre des médicaments avant de m'endormir et je me sens mieux... Voilà... c'est quelque chose de concret qu'on peut évaluer. (sourire) »</i>	M, C, N, E, H, I, A, F, G, J
Des modes d'évaluation existant	<i>« pour savoir s'ils dorment mieux si... moi j'utilise souvent l'agenda du sommeil dans les troubles du sommeil j'avais fait une formation là-dessus et je trouve que le gros intérêt de l'agenda du sommeil... », « Je l'évalue facilement sur des échelles de qualité de vie et de qualité de sommeil, le point de vue de la personne. »</i>	M, I
Leurs propres échelles	<i>« à six séances on évalue d'un commun accord en disant "à combien on est ? 100 % ça va très bien, 0 % vous ne seriez pas revenu six fois donc à combien vous évaluez la progression et à combien vous imaginez vous avez besoin de continuer ou pas », « "dites-moi de 0 à 10" donc c'est quand même une échelle verbale et pas une échelle écrite et je le note, soit s'ils ne savent pas ça peut être une échelle physique, comportementale... », « si je peux j'aime bien demander des échelles donc je demande sur une échelle de 1 à 10 comment vous vous sentez », « ce que j'aime bien c'est demander la stabilité de cette amélioration c'est à dire si elles se sent bien solide ou si c'est très fragile. », « Sinon je peux aussi leur faire des échelles numériques pour qu'ils puissent mettre un chiffre sur leur avancement... »</i>	A, E, I
Pas de possibilité d'évaluation	<i>« il n'y a aucune possibilité d'évaluation aujourd'hui.. Même les études ont du mal à évaluer les résultats.. », « je n'ai pas de moyens d'évaluer cette efficacité parce que je n'en ai pas mis en place », « je n'utilise pas d'échelles.. d'abord les échelles n'ont pas été validées, ensuite elles n'ont d'intérêt que d'être reproductible d'un médecin à l'autre, une information qui permette de garder la même information... », « Il n'y a pas de grille particulière... », « c'est un peu difficile... l'hypnose est une thérapie sur mesure c'est à dire que pour amener les gens dans un état de dissociation, c'est à dire de modification de la conscience il n'y a pas qu'une seule voie à suivre.. », « ça va rentrer dans aucune case, c'est compliqué de</i>	G, M, A, H, F, K

	<i>faire derrière des tests pour valider... », « pour la quantifier c'est difficile parce que à chaque fois, pour chaque patient... on adopte une attitude différente parce que... chaque patient est différent... », « je sais que c'est compliqué de mettre en place des formules où on peut montrer l'intérêt... parce que la médecine par les preuves c'est compliqué... »</i>	
Amélioration lorsque le patient commence à vouloir espacer les séances	<i>« Je l'évalue sur la durée des séances et l'espacement des séances et le fait qu'un moment donné les gens ça leur va bien »</i>	I
Perdues de vue	<i>« alors le problème c'est que je ne sais pas toujours ce qui se passe après la première séance.. », « parfois j'ai vu des patients une fois pour sevrage tabagique par exemple... une fois... ils étaient près ils viennent, on fait la séance et puis plus de nouvelles... », « Les gens qui ne reviennent pas ça rend difficile l'évaluation parce qu'on ne peut pas trop savoir si ça a été efficace ou le contraire... », « Après il y en a que je ne revois pas donc je ne sais pas trop si ça a marché ou non »</i>	M, K, B, C
Retour d'efficacité directe des patients	<i>« la personne qui revient et qui me dit qu'elle a réglé son problème de tabac ou de sommeil ou d'autres choses mais il n'y a pas de possibilité d'évaluation... » « j'ai la chance de les revoir de temps en temps en médecine générale je vois bien qu'il y a certaines choses qui bougent... », « tu t'aperçoit qu'ils dorment maintenant cinq heures par nuit et puis huit heures par nuit puis une nuit complète etc... tu vois la progression, la réponse... », « L'efficacité je l'évalue quand les gens viennent et qu'on en parle... au fur et à mesure des consultations... », « Je l'ai donc revu à sa 5ème séance, elle avait fait une croisière, elle est arrivée elle était bronzée, elle était maquillée et ... de l'extérieur elle était parfaitement bien... Elle a de l'espoir que ça continue à aller bien, elle a plus d'angoisse, elle a plus de médicament et puis je crois, elle a digéré le trauma... Donc voilà c'est assez typique quand même... », « et si je n'avais pas tous ces retours où je constate quand même que les gens sont mieux je n'aurais pas insisté », « il y en a à qui ça a plu et qui sont revenus »</i>	G, F, H, I, K, N
La qualité du lien créer est de l'efficacité	<i>« si l'efficacité, enfin pour moi tu la mesure déjà dans la qualité du lien que tu construis avec ton patient, c'est à dire que s'il se passe quand même des choses assez forte »</i>	C
L'expérience d'efficacité immédiate	<i>« elle ressort de ça, elle se lève, elle oublie sa canne... elle va voir son mari et chérie j'ai plus de canne... (rire) c'est tout.. »</i>	D
Consultent sous les recommandations d'autres patients.	<i>« les seuls résultats que je peux évaluer c'est le bouche à oreille », « j'ai régulièrement des retours d'efficacité, j'ai régulièrement des gens qui viennent qui me recommandent donc ça me suffit », « il peut y avoir une évaluation à distance quand c'est d'autres personnes qui viennent de la part de quelqu'un et là on peut dire c'était bien.. », « il y a des gens je n'ai pas de nouvelles mais ils m'envoient des gens donc je me dis qu'ils ont un bon souvenir. », « six mois après j'ai un patient qui vient parce que c'est intel qui m'a dit de revenir, d'ailleurs il ne fume toujours pas donc c'est bon son sevrage fonctionne... c'est souvent comme ça... »</i>	G, N, C, H, I, K
Très difficile d'évaluer scientifiquement	<i>« pour le tabac c'est pareil il y a des protocoles tabagiques.. Aucun n'a fait la preuve de sa validité... on approche malgré tout mais on n'a pas réussi à bâtir une approche expérimentale critique de l'hypnose.. », « c'est vrai qu'on est dans des zones d'incertitudes que la médecine EBM n'apprécie pas forcément... », « je vois bien que dans cette médecine qui est basée sur les preuves c'est un peu compliqué... », « c'est la spécificité de l'hypnose c'est que ce n'est pas quelque chose qui est très scientifique ... »</i>	N, K
Certaines études scientifiques de bonnes qualités	<i>« Des personnes ont fait vraiment des articles scientifiques d'évidence base médecine, donc en essayant d'éliminer le maximum de biais et qui montre que oui c'est actif, notre approche aide les mauvais dormeurs à mieux dormir... »,</i>	B, G

retrouvant une efficacité	<i>« maintenant les études montrent clairement quand une séance d'hypnose est bien menée tranquillement, en toute liberté etc, il y a des résultats donc... (pause) »</i>	
Les résultats peuvent être inattendu	<i>« Une dame donc je me suis occupé pour lequel j'étais sûr que ça ne marcherait pas ça pour laquelle ça a marché... c'est curieux... je pas combien de temps mais ça a marché... »</i>	L

INTRODUCTION : L'insomnie chronique affecte 15,8 % des 15-85 ans. La prise en charge actuellement recommandée comprend la prescription d'hypnotiques pour une durée courte. De nombreuses études ont permis de montrer leur effet délétère lorsque l'usage devenait chronique. La France occupe la deuxième place européenne en termes de consommation. Les thérapies cognitivo-comportementales sont le traitement non médicamenteux de première intention dans l'insomnie chronique. L'hypnothérapie peut être une alternative car elle offre des méthodes pratiques permettant de gérer l'anxiété et de favoriser l'endormissement. L'objectif principal de notre étude était d'explorer l'intérêt ainsi que l'usage de l'hypnose pour traiter les troubles du sommeil chroniques du point de vue de médecins généralistes hypnothérapeutes d'Ile-de-France.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons mené une étude qualitative phénoméno-pragmatique. Ont été inclus des médecins généralistes thésés ayant un exercice libéral en Ile-de-France et formés à l'hypnose. Des entretiens semi-directifs enregistrés ont été réalisés jusqu'à obtention de la saturation des données. Une analyse thématique du *verbatim* recueilli a été effectuée jusqu'à l'émergence d'un arbre de thèmes et de sous thèmes.

RESULTAT : La population recrutée comptait quatorze médecins dont deux femmes et douze hommes. La saturation des données a été atteinte. Les principaux résultats étaient que les troubles du sommeil étaient rarement le motif premier de venue des patients en hypnothérapie et qu'il n'y avait pas de techniques spécifiques pour la prise en charge des insomnies. Néanmoins, une amélioration du sommeil était régulièrement constatée par les médecins que ce soit pour une prise en charge spécifique ou non. Le marqueur d'efficacité recherché était principalement la diminution ou l'arrêt des médicaments hypnotiques. La majorité se disait satisfaite des résultats, mais remarquaient le manque de possibilité d'évaluation. L'hypnose avait une place importante dans la pratique de tous les médecins interrogés et leur donnait l'impression d'entraîner des changements positifs dans leur pratique médicale quotidienne ainsi que dans leur vie personnelle. Les contraintes de temps et financières induites par le manque de reconnaissance de la pratique étaient les principaux freins exprimés.

CONCLUSION : Selon les médecins généralistes hypnothérapeutes, l'hypnose permet une approche globale dont les bénéfices dépassent la simple question de l'efficacité vis-à-vis de la plainte du patient. Des études quantitatives devront être menées pour objectiver ces constats.

Mots-Clés : Hypnose, trouble du sommeil, médecine générale, enquête qualitative

Université Paris V Descartes

12 Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris