

Effet d'une formation en hypnothérapie sur le médecin généraliste et sur sa prise en charge des patients souffrant d'insomnie : enquête par entretiens individuels
Marion Bonnard

► **To cite this version:**

Marion Bonnard. Effet d'une formation en hypnothérapie sur le médecin généraliste et sur sa prise en charge des patients souffrant d'insomnie : enquête par entretiens individuels. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02959935

HAL Id: dumas-02959935

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02959935>

Submitted on 7 Oct 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.



UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE
ANNÉE 2019-2020

THÈSE D'EXERCICE

Pour l'obtention du **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice-Sophia Antipolis

Le lundi 24 août 2020

Par

Madame Marion BONNARD

Née le 26 juin 1990, à Rouen (76)

Effet d'une formation en hypnothérapie sur le médecin généraliste et sur sa prise en charge des patients souffrant d'insomnie : enquête par entretiens individuels.

Directeur de thèse

Monsieur le **Docteur Johann TÉTART**

Membres du jury

Président

Monsieur le **Professeur Marc RAUCOULES-AIMÉ**

Assesseurs

Monsieur le **Professeur Patrick BAQUÉ**

Madame le **Professeur Brigitte MONNIER**

Monsieur le **Docteur Adriaan BARBAROUX**

Liste des enseignants au 1er Septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. Patrick BAQUÉ

Vice-doyens

Pédagogie Pr. Véronique ALUNNI

Recherche Pr. Jean DELLAMONICA

Étudiants M. Robin JOUAN

Chargé de mission projet Campus Pr. Philippe PAQUIS

Conservateur de la Bibliothèque Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services Mme Isabelle CALLEA

Doyens Honoraires M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

Liste des enseignants au 1er Septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto-Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
-------------------	---------

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

PROFESSEURS HONORAIRES

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. HONORAIRES

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mme CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

REMERCIEMENTS

Au Professeur Marc Raucoles-Aimé, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous prie d'agréer l'expression de ma profonde gratitude.

Au Professeur Patrick Baqué, je vous remercie de me faire l'honneur de siéger au sein de ce jury. Soyez assuré de tout mon respect.

Au Professeur Brigitte Monnier, merci d'avoir accepté avec bienveillance de juger cette thèse et de m'avoir permis de me projeter plus sereinement en répondant favorablement à ma demande de SASPAS. Je vous témoigne ma sincère reconnaissance.

Au Professeur Gilles Gardon, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté sur ce sujet de recherche et de m'avoir aiguillé en tant que tuteur lors de ma première année d'internat. Veuillez croire en ma respectueuse considération.

À Johann, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette étude. Même si nous avons mis un peu de temps à prendre nos marques, tes conseils et critiques m'ont toujours permis d'avancer. C'est grâce à ton regard sur l'entretien, à ton souci du détail, que nous avons pu affiner notre sujet et rendre ce travail plus abouti.

À Adriaan, merci d'avoir initié ce projet et de m'avoir proposé d'y participer. Pas seulement par ton entrain, mais aussi par tes notes de musique, tu m'as aidé à persévérer dans l'accomplissement de notre idée de départ.

À Léa, ma binôme. Pour ton soutien, tes encouragements et tes mots réconfortants ; pour ta joie de vivre, ta créativité et ton énergie débordante, merci.

À tous les participants qui ont contribué à la réalisation de ce travail, je tenais à vous remercier pour la confiance que vous m'avez accordée. À Véro pour notre entretien-test, aux médecins participants pour votre disponibilité, aux Drs Pascal DELAUNAY et Véronique MONDAIN pour votre écoute bienveillante sur le projet initial. Je n'aurais pas pu faire cette étude sans votre aide.

À toutes les personnes que j'ai pu rencontrer, qui ont pu m'éveiller, qui m'ont fait me questionner et qui m'ont fait avancer, je vous remercie.

À mes MSU de Balagne, Charles, Françoise et François pour m'avoir communiqué sans limite votre savoir, pour votre écoute toujours attentive et pour vos conseils bienveillants, je vous remercie. À Jean-Pierre, merci pour ta confiance et pour la passion que tu transmets, que ce soit dans la médecine ou lors de chacune de nos sorties " sportives " à la découverte des chemins corses. À Thibaut, tu m'as rapidement donné l'opportunité d'effectuer mes premiers remplacements, merci de ton accompagnement. Vous m'avez conforté dans l'idée d'exercer une médecine de ville. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

À l'équipe de Terre d'Azur, avec qui j'ai eu l'opportunité de me rendre au Togo il y a deux ans déjà, merci à chacun pour cette expérience inoubliable.

À mes colocs de Bastia, merci pour tous les moments forts que nous avons partagés et pour tous ceux qui restent à venir. À Anna pour avoir été à mes côtés depuis ce week-end d'inté, à Julie pour notre parcours d'une île à une autre, en traversant toute la France, à Marie pour nous avoir réunies toutes les quatre autour d'un plateau de charcuterie corse. À Léa pour avoir été bien plus que ma co-thésarde, à Loïc qui comme moi, gardera toujours la Nouvelle-Calédonie en lui, à Mag et Mika pour m'avoir aidé entre autre, à appréhender le Tafunatu dans le brouillard sans corde, à Just qui a attrapé le virus de la montagne et pour qui je gravirai encore le Monte Corona. À Julia pour avoir rajouté du piment à notre dernier séjour bastiais. " Les filles ", merci !

À mes amis rencontrés à Nice, merci. À Margaux pour ta douceur lors des premiers pas dans l'internat, à Cédric pour avoir partagé notre bureau et nos samedis d'astreinte, à Mathilde pour ton dynamisme et tes fous rires communicatifs, à Val pour ta tranquillité d'esprit sur les sentiers du GR.

À vous qui avez partagé mes années d'externat parisien, merci. À Liza ma gobelette, à Tomtom mon artiste, à Emma pour mes premiers flocons. À Babo, Didine, Caro pour nos parties de tarot. À la fine équipe pour toutes ces grintas.

À M. Yvon CAVALOC et Mme Valérie SARRAMEGNA, vous m'avez permis d'accéder à la PCEM1 à Nouméa, merci. Sans vous, cette aventure n'aurait pas pu commencer.

À mes amis du collège et du lycée, pour nos barres de rire en plein cours et pour toutes nos soirées retrouvailles, merci. À Marion pour ta force de caractère, à Julie bientôt maman, à Aurel ma broussarde, à Steph ma chanteuse préférée, à Philou pour ton sens de la fête, à Maxichou et Ninou pour nos campings, à Nanou pour ton ouverture d'esprit.

À ma marraine et Michmich pour m'avoir accompagnée et soutenue pendant ce parcours. À ma Momo, ma sœur de cœur tu sais déjà tout ou alors tu sais le deviner. À ma Dédééé (oui, oui avec l'intonation) pour me faire rire encore et toujours. Merci !

À Madeleine, Sahbi et Hélène : pour m'avoir accueilli dans votre famille, m'avoir appris à tricoter, à savoir perdre au Rami et à tirer la langue pendant un concert sans presque aucun complexe, merci.

À vous mes miens, ma famille, je vous dois tout. À ma maman pour m'avoir transmis ta sensibilité, ton regard sur le monde et pour avoir fait de moi une femme indépendante. À mon papa pour m'avoir transmis le sens du mot famille et ta détermination, d'où je tiens peut-être tout mon caractère. Merci pour votre amour inconditionnel, pour l'éducation que vous m'avez offerte, pour votre confiance en toute circonstance et pour m'avoir permis d'aller jusqu'au bout de mes rêves en me soutenant (supportant ?) à chaque instant. À ma sœur, pour nos prises de tête constructives, pour nos ¼ heure de folie (qui durent bien plus longtemps), pour nos blablatages jusqu'au bout de la nuit. À mon frère, pour ses grandes hésitations. Tu m'apportes beaucoup plus que tu ne le penses. Sans vous, je ne serais pas moi, vous êtes mes rayons de soleil !

À mes grands-parents, que j'aimerais voir plus souvent, je vous remercie. À mémé grand-mère les fleurs pour me faire rire à chaque fois que je t'appelle comme ça, à pépé les vaches pour m'avoir appris à vivre avec la nature, à mémé 89 pour m'avoir initié au goût des bons produits et à l'art de les cuisiner, à pépé Paul pour m'avoir appris à toujours me relever après une chute, à pépé tout là-haut, pour m'avoir raconté que la vie n'est que magie à qui sait regarder, à mamy, une étoile parmi les étoiles, pour m'avoir donné envie de soigner sans relâche mon prochain.

À Flo, mon Amour. Parce que j'adore t'entendre manier les mots comme personne, parce que j'aime te voir prendre le temps de t'émerveiller devant toutes les choses de la vie. Parce que rire à tes côtés est une ressource inépuisable. Pour ce manuscrit et pour toutes les pages qu'ils nous restent à écrire, merci infiniment !

RÉSUMÉ

Contexte : Les médecins généralistes sont incités à enrichir leur pratique par l'accès au Développement Professionnel Continu. En France, l'insomnie est un motif fréquent de consultation. Les benzodiazépines y sont largement prescrites et 15 % de leurs instaurations sont prolongées hors des délais. Afin de lutter contre cette sur-médication, il est recommandé de privilégier des alternatives non médicamenteuses. Une formation en hypnothérapie permettrait d'influencer la prise en charge thérapeutique de ces patients.

Objectifs : Mettre en évidence l'impact d'une formation en hypnose médicale sur les médecins généralistes et sur leur pratique dans les cas d'insomnie.

Matériel et méthode : Une enquête qualitative a été menée de juin à septembre 2019 auprès de médecins généralistes libéraux ayant suivi une formation universitaire ou privée respectant la charte éthique du CFHTB, exerçant dans les Alpes-Maritimes et la Haute-Corse. Sur 37 médecins inclus, neuf entretiens semi-dirigés ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Enregistrés, puis retranscrits sous la forme de verbatims anonymes, leur analyse thématique a été soumise à une triangulation des données indépendante.

Résultats : L'accès à une formation en hypnose a donné une impulsion aux participants, leur permettant d'avancer sereinement vers une pratique plus dynamique de la médecine. L'apprentissage par expérience personnelle de l'hypnothérapie leur a délivré les clefs pour accompagner le patient dans une relation sans hiérarchie. Ainsi, ils ont ressenti que leur langage, tant verbal que corporel s'améliorait. Le patient, rendu plus autonome, a été placé au cœur de sa santé. Les médecins ont estimé avoir réduit, depuis leur formation, leurs prescriptions médicamenteuses chez les patients souffrants d'insomnie et ont ressenti le désir d'approfondir leurs connaissances.

Conclusion : La formation en hypnose modifie le ressenti des médecins généralistes en rendant leur exercice plus serein et en amplifiant leur volonté d'enrichir leurs connaissances médicales. Elle rend la relation médecin-patient plus équilibrée et pourrait avoir une place dans le programme de lutte contre la consommation en BZD et molécules apparentées.

Mots-clefs : formation en hypnose, insomnie, médecin généraliste, recherche qualitative

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BZD : Benzodiazépine(s)

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapie Brève

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

MG : Médecin Généraliste

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS.....	2
REMERCIEMENTS.....	9
RÉSUMÉ.....	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	13
TABLE DES MATIÈRES.....	14
I. INTRODUCTION.....	15
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	17
III. RÉSULTATS.....	20
1- ACQUISITION D'UN SAVOIR-FAIRE RELATIONNEL.....	20
2- ACCOMPLISSEMENT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ.....	22
3- LIMITES DE L'EXERCICE MÉDICAL.....	23
4- HYPNOSE ET THÉRAPEUTE.....	24
5- APPROCHE HYPNOTIQUE DES TROUBLES DU SOMMEIL.....	25
6- MOUVEMENT, D'UN ÉTAT STATIQUE À DYNAMIQUE.....	26
IV. DISCUSSION.....	27
V. RÉFÉRENCES.....	31
ANNEXES.....	35

I. INTRODUCTION

La formation continue du médecin généraliste (MG) est importante pour son efficacité et pour son développement personnel (1). Les MG consacrent en moyenne 13 demi-journées par an au versant formation de leur activité (2). Depuis 2009, elle est encouragée par le dispositif de développement professionnel continu (DPC) (3). De nombreuses formations de DPC sont proposées sur la prise en charge de l'insomnie, l'amélioration de la prescription médicamenteuse ou sur l'hypnothérapie.

Les troubles du sommeil touchent entre 30 et 50 % de la population adulte française (4). Parmi ces troubles, l'insomnie est la pathologie la plus fréquente avec une prévalence de 5,6 % dans la population générale. Cette prévalence est plus importante chez les femmes et croît avec l'âge (5). Tout comme les chiffres de prévalence de l'insomnie, la consommation de benzodiazépines (BZD) reste particulièrement élevée chez les femmes et les personnes âgées. En effet, en France près d'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et près de 40% des plus de 85 ans consomment de façon régulière des somnifères, allant parfois jusqu'à plusieurs années sans interruption de traitement. Cette consommation concerne tout de même chaque année un français sur cinq (6), faisant de la France en 2015 le deuxième pays consommateur de benzodiazépines et molécules apparentées avec des chiffres de trois à cinq fois plus important que ses voisins européens (7). Les instaurations de BZD sont, pour 15% d'entre-elles, prolongées au-delà des délais des prescriptions recommandés et le renouvellement de ces molécules est prescrit dans plus de 80% des cas par des médecins généralistes. Il est à noter que la prescription des hypnotiques, BZD ou apparentés, n'a pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans l'insomnie chronique et que, même si elle facilite le sommeil de façon transitoire, elle ne résout pas les causes de l'insomnie et peut être à l'origine de nombreux effets indésirables (8).

La lutte contre la consommation chronique des BZD est rendue possible par la recherche d'alternatives non médicamenteuses (9). Concernant ces thérapeutiques, l'hypnose médicale est en plein essor (10). Cette efficacité est renforcée par l'apport des neurosciences, montrant clairement l'activation de certains réseaux neuronaux sous hypnose. Des études récentes ont fourni des données importantes sur l'efficacité et la sécurité de l'hypnothérapie pour le traitement de l'insomnie (11).

D'autre part, de nombreux travaux ont montré le rôle fondamental du sommeil sur la santé, le bien-être et l'équilibre physique et psychologique des individus à tous les âges de la vie. Afin d'obtenir une hygiène de sommeil optimale, certains facteurs environnementaux sont modifiables. Il a été montré qu'agir sur le mode de vie des individus influence grandement la qualité de leur sommeil (12). Cependant, ces mesures restent insuffisantes.

Les conséquences de l'insomnie sont multiples, elles comprennent des répercussions diurnes importantes, ainsi qu'un retentissement majeur sur la qualité de vie (13). L'impact de l'insomnie en tant que facteur de risque de morbidité est une autre dimension à prendre en compte. D'après plusieurs études, une insomnie persistante est associée à un risque plus important de développer une pathologie cardio-vasculaire ou une pathologie psychiatrique (14).

Avec un taux de prévalence de l'insomnie chronique qui reste élevé et un temps de sommeil moyen en baisse par rapport aux décennies précédentes (15), la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé, visant à aider la population à préserver un sommeil de qualité, apparaît particulièrement opportune.

Dans ce contexte, l'amélioration de l'accès aux informations des professionnels de santé est primordiale. Le nombre d'inscription de médecins aux formations de DPC, en hausse de 24,8 % sur l'année dernière (16), illustre l'influence positive des formations en soins primaires. Il a été montré qu'un processus d'auto-apprentissage incluant la reconnaissance des besoins propres de formation, la recherche de l'information et l'application critique à la pratique reste indispensable à tout changement (17).

Ce travail de recherche est issu d'une réflexion commune, aboutissant à une présentation distincte d'un volet qualitatif et quantitatif (18). Ce dernier a permis d'évaluer les données de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) concernant le traitement par BZD hors délai, chez les médecins généralistes formés en hypnothérapie.

Seule l'étude qualitative sera rapportée ici. Elle a pour but de mettre en évidence l'impact d'une telle formation sur les médecins généralistes et sur leur prise en charge dans les cas d'insomnie.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1- Équipe de recherche et de réflexion :

1-1 Caractéristiques personnelles :

Le recrutement des participants et les entretiens individuels ont été menés par l'auteur principal. De sexe féminin, l'auteur avait le titre et l'activité d'interne en médecine générale. Il était titulaire du diplôme français de deuxième cycle des études médicales à l'Université de Pierre et Marie Curie à Paris VI et d'une attestation de formation à un stage pratique d'initiation à l'hypnose médicale et aux thérapies d'activation de conscience d'une durée de 21 heures au centre hospitalier de Bastia.

Le travail de recherche a été dirigé par le Dr Johann Tétart, médecin généraliste libéral à Nice et ancien Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale (Université de Nice - Sophia Antipolis).

1-2 : Relations avec les participants :

Lors d'échanges préalables par téléphone et par courriel avec les participants, nous les avons informés de l'objectif de l'étude et de la logistique de l'entretien individuel à venir. Nous ne leur avons pas communiqué les questions d'entretien à l'avance. Tous les participants ont été informés du but de l'auteur principal d'en faire son travail de recherche pour la thèse de Docteur en Médecine.

2- Conception de l'étude :

2-1 Cadre théorique et orientation méthodologique :

Une méthodologie de recherche qualitative a été utilisée, car elle est particulièrement utile pour explorer les phénomènes complexes qui sont difficilement objectivables.

Le projet de recherche initial a été présenté lors d'une réunion pluri-professionnelle du groupe hypnose au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice, pour avis collégial scientifique. L'avis du comité a été positif et encourageant pour cette étude, sous réserve d'une amélioration du protocole de recherche.

Afin d'améliorer et de concevoir la structure de l'étude, nous avons suivi les conditions de validité de la méthode qualitative : L'entretien, d'après Blanchet (19). De plus, nous avons suivi le séminaire de thèse sur la recherche qualitative proposé par la faculté de médecine de Nice - Sophia Antipolis. Le protocole et la rédaction des résultats ont été réalisés en accord avec les lignes directrices CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ). Concernant la collecte des données relatives à notre étude, aucune formalité n'était à réaliser auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

2-2 Sélection des participants :

Le critère principal d'inclusion était d'avoir participé à une formation d'hypnose médicale en France. Cependant, au vu de l'absence de consensus officiel national, nous avons fait le choix d'inclure uniquement les formations universitaires ou au sein d'un institut de formation membre de la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapie Brève (CFHTB) répondant à une charte éthique commune (20).

De plus, il nous a semblé essentiel de réaliser les entretiens en face-à-face. Ainsi, pour des raisons géographiques, nous avons inclus les participants localisés dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) et dans le département de la Haute-Corse. Après la réalisation des entretiens auprès des participants localisés dans les Alpes-Maritimes et en Haute-Corse, nous avons obtenu la saturation des données, nous permettant ainsi de limiter les entretiens à ces départements.

La stratégie de recrutement s'est basée sur un mode d'accès indirect, via l'intermédiaire de tiers institutionnels ou universitaire. À Nice, nous avons contacté le Diplôme Universitaire (DU) et les membres de la CFHTB, à l'exception de l'association dentaire. Le premier contact a été effectué via un appel téléphonique. En cas d'absence de réponse, deux relances téléphoniques ont été réalisées à distance et sur des horaires différents. S'ils n'étaient pas joignables par téléphone, l'envoi d'un courriel a été privilégié. Sur les 30 organismes qui ont été contactés, 13 ont rendu un avis favorable en nous permettant d'accéder à leur listing d'hypnothérapeutes, deux nous ont refusé le partage pour des raisons de confidentialité interne et 15 ne nous ont pas retourné de réponse.

Un autre critère d'inclusion à l'étude était d'être MG ayant une activité médicale partielle ou à temps plein en cabinet libéral. Ainsi sur les 37 médecins inclus, sept exerçaient uniquement en service hospitalier, un était médecin-conseil et un était en congé de maternité ; ils ont donc été exclus. Les sujets retenus ont été contactés initialement par appel téléphonique. En cas d'absence de réponse, le même schéma de relance a été utilisé.

Parmi les 28 médecins libéraux, neuf entretiens ont été réalisés avant saturation des données, 11 ne nous ont pas retournés de réponse, sept exerçaient en dehors des Alpes-Maritimes et de la Haute-Corse et un a été exclu pour cause d'arrêt maladie (Annexe 1). La recherche n'étant pas financée, il n'y a pas eu de rémunération des entretiens.

2-3 Contexte :

L'auteur principal a effectué les entretiens dans un lieu laissé à la convenance de l'interviewé. Pour la majorité, le lieu de rendez-vous était situé sur leur lieu de travail sans la présence d'autre participant. Pour un médecin il s'est déroulé à son domicile, en présence de ses enfants dans les pièces voisines. Il était prévu que les entretiens durent entre 20 et 30 minutes. Le consentement a été recueilli à l'oral pour chaque participant avant le début de l'entretien.

2-4 Recueil des données :

Le recueil des données s'est fait par entretiens semi-structurés à partir d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes, élaboré en équipe de recherche et adapté au fur et à mesure des entretiens (Annexe 2). Ce guide a été testé au préalable lors d'un entretien-test auprès d'un soignant formé en hypnothérapie. Un seul entretien a eu lieu par participant. Les entretiens ont eu une durée médiane de 40 minutes avec des durées extrêmes de 17 à 66 minutes et d'une durée moyenne de 43 minutes. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés après l'obtention de la saturation des données. Avec l'accord des participants un enregistrement audio par dictaphone a été réalisé. Après les entretiens un cahier de terrain a été tenu. La transcription verbatim a été réalisée par le chercheur principal. Les données recueillies ont été anonymisées, puis retournées par courriel individuellement aux participants pour commentaire et validation. En cas d'absence de réponse, le même schéma de relance a été utilisé. Deux participants ont souhaité apporter des commentaires sur la retranscription de l'entretien. Les corrections ont été faites en accord avec leur retour de validation.

3- Analyse et résultats :

3-1 Analyses des données :

L'analyse principale a été réalisée au cours de plusieurs lectures itératives verticales et horizontales. Afin de réaliser la triangulation des données, une lecture indépendante de l'intégralité des entretiens a été menée par un autre chercheur, sans qu'aucune description de l'arbre de codage n'ait été transmise. Pour les deux chercheurs le codage n'a pas été identifié à l'avance, mais déterminé à partir des données de transcription verbatim à l'aide du logiciel NVivo 12 Pro.

Les résultats de l'analyse du corpus ont été discutés et comparés avec le deuxième chercheur lors de deux échanges téléphoniques, après le codage du cinquième et du dernier entretien. Au fur et à mesure de l'analyse les thèmes ont été réorganisés.

3-2 Rédaction des résultats :

Les résultats ont été présentés sous forme thématique et ont été illustrés par les citations exactes des participants en respectant leur anonymat. Le texte en italique et entre-guillemets provenait des entretiens et l'exposant indiquait de quel entretien la citation a été issue.

III. RÉSULTATS

Le recrutement a eu lieu sur la période de juin à septembre 2019. Les entretiens ont été réalisés dans un lieu et à une date laissés à la convenance des médecins participants. Aucun médecin n'a interrompu précocement l'entretien.

Les données socio-démographiques ont été recueillies à la fin de l'entretien et sont présentées sous forme de tableau (Annexe 3).

La population d'étude était composée de quatre femmes et de cinq hommes âgés de 41 à 69 ans. La moyenne d'âge était de 53,6 ans.

L'ancienneté moyenne des médecins au sein de leur cabinet était de 22 ans.

Le lieu d'exercice des MG interrogés était majoritairement urbain à 78 % (sept MG), semi-rural à 11 % (un MG) et rural à 11% (un MG). La majorité exerçaient exclusivement en libéral (cinq MG), d'autres avaient une activité mixte entre libéral et structure privée (un MG), libéral et maison médicale de garde (un MG), libéral et formation privée (deux MG). Globalement, les consultations étaient uniquement sur rendez-vous (cinq MG) ou libres (un MG). Dans l'ensemble, des créneaux dédiés à l'hypnose étaient planifiés (cinq MG), d'autres prévoyaient de le faire (deux MG), d'autres encore ne souhaitaient pas programmer des séances (deux MG). Parmi les médecins réalisant de l'hypnothérapie, seul un médecin avait un espace distinct au sein de son cabinet.

1- Acquisition d'un savoir-faire relationnel :

1-1 L'évolution de la communication soignante :

De façon unanime, les participants, ont décrit un changement dans leur relation au patient. En particulier dans leur façon d'être *“ toujours avec cette observation, cette oreille, ce regard différent. Parce que [leur] présence va changer, la relation va changer ^(M1) ”*, permettant de s'améliorer *“ en communication, en écoute et d'essayer de parler le même langage ^(M2) ”*, afin de faire passer plus facilement les informations. L'objectif était d'obtenir une meilleure adhésion des patients aux soins *“ pour qu'ils puissent réagir ^(M5) ”* en utilisant la communication *“ par petite touche, pour mettre de l'huile dans la relation, pour créer de l'alliance ^(M9) ”*.

Leur communication non-verbale a également évolué. En effet, pour un médecin *“ quand j'accueille quelqu'un, je ne le fais plus de la même façon. Je vais d'abord chercher quelque chose en moi, en me mettant dans un certain état d'esprit et quand je vais en salle d'attente, la personne c'est la plus importante du monde à ce moment-là ^(M9) ”*. L'instauration de cette communication par le corps et l'esprit a influé positivement sur l'adhésion du patient au soin.

1-2 Le positionnement du médecin face à l'autonomie de l'autre :

L'approfondissement de la relation à l'autre a eu pour leitmotiv *“ d'être dans cette démarche de respect, d'humilité par rapport aux gens ^(M9) ”*, aboutissant *“ à un lien qui s'est renforcé, qui ne s'est pas créé parce qu'il existait déjà ^(M1) ”*. Pour sept des médecins, il a été important de souligner que dans leur relation médecin-patient *“ il faut se sortir du chemin pour [le] laisser passer ^(M1) ”*. Effectivement, les médecins ont considéré que le travail en hypnothérapie est *“ comme un trésor enfoui et [le patient] va piocher dedans pour trouver les outils pour se réparer ^(M5) ”*. Les médecins se sont représentés comme simple accompagnateur du patient, afin qu'il trouve son propre chemin. Ils ont ressenti *“ une jubilation [lorsqu'il] s'ouvre lui-même à ces processus de guérison intérieure ^(M8) ”*. Le patient a ainsi été placé en tant qu'acteur, au centre de sa santé, car les médecins ont eu *“ une efficacité, mais le résultat n'avait pas été orienté par [leur] travail mais par son travail à lui ^(M3) ”*. Un médecin s'est vu *“ plus comme le sparring-partner. La personne elle est sur le ring, elle a ses gants, elle transpire et elle fait ce qu'elle peut [...], avec tout ce qu'elle a, avec tout son passé, avec ses capacités. Et tu es là avec l'éponge dans la main et tu l'encourages. Mais c'est tout, humble ^(M9) ”*. Ils ont ainsi mis en avant une autonomisation et une liberté du patient : *“ leur autonomie c'est l'auto-hypnose, [en] les laissant vraiment gérer, c'est leur liberté ^(M1) ”*.

Pour arriver à délivrer cette autonomie, les médecins ont dû apprendre à se positionner au niveau du patient. En effet, huit participants ont découvert l'intérêt de l'hypnothérapie à travers un récit de patient ou un vécu personnel marquant *“ qui [leur] a montré qu'il y avait une vérité, une efficacité ^(M3) ”*.

L'intérêt soudain suscité chez ces médecins les a amenés à développer leurs connaissances en se tournant vers une formation. Cette envie d'apprentissage par expérience, leur a permis de sortir de leurs acquis et de se mettre à la place d'un patient en état hypnotique afin de prendre conscience des émotions pouvant être ressenties. La totalité des participants ont éprouvé un sentiment de bien-être avec *“ de l'apaisement ^(M2) ”* et ils ont trouvé cet apprentissage *“ impressionnant aussi ^(M7) ”*. Au-delà du bonheur éprouvé, ils ont su *“ qu'avec ça, [ils] ne pouvaient plus toucher les gens autrement qu'avec bienveillance ^(M1) ”*. Un médecin a rapporté tout de même une sensation de malaise *“ quand on m'a foutu sous hypnose, c'était bizarre ^(M6) ”*, pouvant être corrélée au bouleversement ressenti lors du changement de position du médecin.

Cette différence de niveau a été également mise en évidence dans le choix inconscient du mobilier. Un médecin a souligné : *“ rien que ma position, c'est ergonomique parce que j'ai mal au dos [...] mes fauteuils ne sont là que parce que [je les ai] acheté par amour pour que mes patients soient bien assis mais quand j'ai compris à quel point j'étais haute... ^(M1) ”*.

2- Accomplissement du professionnel de santé :

2-1 Le développement et la réalisation de soi :

La plupart des sujets ont acquis une plus grande capacité de contrôle de soi et de gestion émotionnelle, réalisant *“ un changement radical dans [leur] comportement émotionnel et dans [leur] vie ^(M1) ”*. *“ C’est un enrichissement personnel ^(M6) ”* qui *“ suffit largement à [leur] bonheur ^(M9) ”*.

L’auto-hypnose a été pratiquée par sept participants *“ pour des petits problèmes [de] tous les jours ^(M5) ”* ou comme acte thérapeutique et ils ont considéré *“ qu’[ils ne pouvaient] pas faire de l’hypnose sans avoir expérimenté sur [eux] le travail, [qu’en amont] il y a un travail personnel, une expérience à acquérir intérieurement avant de se lancer ^(M3) ”*.

Deux médecins ont déclaré être *“ reconnaissant pour tout ça ^(M1) ”*. Un médecin a ajouté que la formation en hypnothérapie *“ m’a sauvé la vie [...] je le pense vraiment. J’en étais donc à mon énième burn-out, j’en pouvais plus. Je voulais vendre du fromage de chèvre dans le Larzac, sachant que je déteste le fromage. [...] Depuis qu’il y a l’hypnose, je suis très contente que ça aide les gens et [...] égoïstement, ça m’a tellement aidé moi que même si c’était à refaire je le referais tout pareil, rien que pour ce que ça m’a apporté à titre personnel ^(M9) ”*.

2-2 La pratique d’un exercice plus confortable :

Les médecins pratiquant l’hypnose régulièrement ont considéré que c’était *“ un gain de temps, un gain de travail, on croit qu’on perd du temps, pas du tout on en gagne, on gagne beaucoup d’énergie ^(M1) ”* et que la formation *“ à l’hypnose rapide [permet] de se lâcher. C’est de l’hypnose [à] faire rapidement. Ça demande de l’énergie mais ça en rend, c’est un truc de fou ^(M9) ”*.

Le recours à l’hypnothérapie dans la gestion de situations difficiles a été vécu comme *“ un confort professionnel, [ils] désamorcent très vite les gens qui arrivent et qui sont complètement coincés, [...] éternés ^(M6) ”*, permettant ainsi une meilleure gestion des *“ mini-agressions ordinaires du quotidien, [puisque] ce ne sont pas les gens qui ont changé, c’est moi qui ai changé ^(M9) ”*. Ainsi, un partenariat apaisant a été créé. Un médecin a rapporté *“ je ne fais pas d’hypnose, je travaille avec l’hypnose ^(M1) ”* et *“ je ne sais pas si j’aurais réussi à générer ce truc-là, tout en étant apaisé moi-même ^(M9) ”*.

L’hypnose est devenue un outil de travail à part entière car *“ les médecins qui ne connaissent pas ça, ils sont handicapés [...] il leur manque un allié ^(M8) ”*. L’hypnose leur a permis de s’accomplir professionnellement en étant *“ bien meilleur toubib [qu’ils ne l’ont] jamais été ^(M1) ”*.

3- Limites de l'exercice médical :

3-1 La place des attentes des patients dans l'organisation du médecin :

Huit des médecins ont déclaré avoir une charge de travail ne permettant pas d'intégrer pleinement la pratique chronophage de l'hypnose. Pour eux, avec l'hypnothérapie *" il y a tout un rituel où, [il faut] écarter les murs du temps ^(M8) ", " il faut rester longtemps avec le malade, [avec] en moyenne 50 malades par jour, ça n'est pas possible ^(M5) ". Le manque d'envie de recruter de nouveaux patients a été cité par deux médecins ne souhaitant pas réaliser *" une modification de patientèle, [ayant] assez de patients ^(M2) ". En raison du statut de premiers recours, plusieurs participants ont considéré que l'approche de l'hypnose en médecine générale était difficile à concilier car ils ont *" affaire à des patients qui sont là [...] pour avoir une réponse de première ligne ^(M7) ". Ils ont également rapporté la nécessité de séparer le temps médical du temps hypnotique. Ainsi un médecin s'est donné la possibilité au sein de son bureau d'avoir un *" coin de l'hypnose. Je leur fais bien comprendre que si c'est de l'ordre du médecin-malade, on est ici. Si c'est de l'ordre de l'hypnose, on va là-bas ^(M8) ".****

Des participants ont vu, au cours des années, se modifier les comportements des patients poussés par le consumérisme de soins. En effet, *" les patients ne sont plus les mêmes. La relation médecin-malade s'est beaucoup dégradée [...] : c'est tout et tout de suite. Alors que dans l'hypnose, ça n'est pas tout et tout de suite ^(M7) ". Un médecin a rapporté, au sujet des patients ayant recours à l'hypnose, un effet de mode, sans réelle motivation de guérison avec *" l'impression qu'il n'y a aucune implication. Les gens attendaient que ça tombe ^(M7) ".**

3-2 : La place de l'hypnose dans la sphère médicale :

Pour la majorité des participants, la non-reconnaissance par les instances et sociétés savantes de cette pratique complémentaire a posé problème. En effet, *" ce sont les non-médecins qui le font avec les risques que cela comprend ^(M3) " parce que *" l'hypnose est une pratique médicale [...] et les autres professions soignantes sont sous la tutelle de leurs responsables, sinon c'est une pratique illégale de la médecine ^(M1) ". Cependant, en l'absence de statut médical, l'hypnothérapie a laissé place aux dérives avec *" ceux qui le font dans le commerce, ils approchent les personnes en hypnose conversationnelle. [...] C'est le côté vicieux de l'hypnose ^(M6) ", sans oublier que *" les gens qui se font du pognon dessus ils vont faire des séances plus que nécessaire ^(M6) ". De plus, l'hypnothérapie médicale étant *" hors nomenclature, ça n'est pas remboursé par la sécu ^(M6) " et pour des patients habitués à ne pas déboursier pour leur santé *" leur proposer un soin à 70 € non remboursé ça peut être un obstacle ^(M2) ". La difficulté d'évaluer les capacités et les compétences des formateurs et des praticiens a été également mise en évidence *" parce qu'on peut tout à fait être diplômé mais incompetent ^(M7) ", remettant parfois en cause la poursuite de leur formation.*******

4- Hypnose et thérapeute :

4-1 La démarche de soin en hypnothérapie :

Pour certains patients, les médecins ont souhaité *“garder le choix de la thérapeutique, comme [ils] le gardent pour d'autres pathologies^(M2)”*. Dans d'autres cas, la demande venait du patient ou *“par bouche-à-oreilles^(M6)”*. Dans ce contexte, *“80 % du boulot est déjà fait. Parce que les gens sont déjà convaincus du résultat, ils adhèrent déjà^(M9)”*. Parfois, des patients ont été adressés mais les résultats restaient aléatoires, puisque pour un médecin *“quand c'est moi qui le propose ça marche, plus que quand c'est un confrère qui l'oriente^(M8)”*. En effet pour sept médecins, lorsqu'ils ont proposé une séance, une explication était délivrée en amont car *“pendant longtemps, l'hypnose a été vécue comme quelque chose de mystérieux voire dangereux^(M3)”*. Ce briefing a été considéré comme nécessaire afin que le patient comprenne *“que c'est [lui] qui fera le travail [...] et la plupart du temps, il accepte parce [qu'avec le médecin ils se] connaissent et ils ont confiance [mutuellement]^(M6)”*.

Le soin a pu être proposé *“dans tous les domaines^(M5)”* et lorsqu'un besoin spécifique a été identifié, un objectif a été défini, *“avec une connotation thérapeutique [car en l'absence] d'objectif, vous travaillez sous hypnose, mais pas avec^(M1)”*.

La majorité des participants ont considéré que, quelque soit le motif, *“l'hypnose est une thérapie brève. [...] Si au maximum en trois séances on ne s'en sort pas, c'est que ce n'est pas fait pour l'hypnose^(M6)”*. Cependant, certains profils pathologiques ont nécessité un suivi plus poussé avec *“plusieurs séances, donc il faut prévenir les gens^(M6)”*.

4-2 L'implication du médecin au cœur de la thérapie :

Les médecins, plus confiants, ont commencé à développer une technique personnelle de travail en hypnose médicale. Ainsi, le pouvoir de suggestion a pris tout son sens, car *“en partant du principe que c'est possible, ça arrive^(M9)”*.

Ils ont considéré que l'hypnothérapie pouvait se réaliser dans n'importe quelles conditions puisque *“ça n'est pas être dans un endroit précis, dans une position précise, on peut être allongé, debout ou assis, il n'y a pas de souci^(M5)”*. En effet, seule la concentration initiale des participants a été primordiale. Ils ont eu le besoin *“de [se] préparer mentalement avant de débiter une séance^(M1)”* et *“de réfléchir, d'utiliser ce [qu'ils] ressentent, ce [qu'ils] ont intuitivement^(M3)”*.

Après la séance, certains ont ressenti une légère sensation d'épuisement *“mais c'est de la bonne fatigue^(M9)”* qui a pu rendre le thérapeute somnolent *“parce que c'est soporifique, même pour le thérapeute^(M8)”*. Ainsi, pour le médecin comme pour le patient, la récupération après une séance a été nécessaire. Un médecin a même averti le patient, en lui disant *“vous ne prévoyez rien derrière, vous rentrez chez vous et vous dormez dessus, comme ça on assoit bien le truc^(M6)”*.

5- Approche hypnotique des troubles du sommeil :

5-1 La recherche intérieure des causes :

La majorité ont soigné des cas d'insomnie en hypnose. Dans chaque situation, ils sont allés à la recherche de l'origine des troubles en *“ creusant avec le malade pour trouver justement la racine de tout ça ^(M5) ”*. Cette dernière a souvent été liée à *“ une gestion émotionnelle qui [était] inadéquate ^(M1) ”* et les médecins ont essayé *“ de voir s'il n'y [avait] pas un problème anxio-dépressif ^(M7) ”*. Dans certains cas, les médecins ont noté une difficulté d'acceptation des patients, probablement en lien avec une appréhension de la perte de bénéfices secondaires. Ainsi, ils ont essayé *“ de cheminer de manière à avancer vers une acceptation. Pour une maladie chronique ou dans l'insomnie, il y a des gens qui sont bien dedans ^(M8) ”*. Dans cette optique, cinq médecins ont utilisé des méthodes détournées pour traiter les patients les plus réfractaires, en plaçant *“ à un moment donné, sans leur parler aucunement du mot hypnose ^(M1) ”*, *“ des suggestions indirectes ou directes selon les personnes ^(M3) ”*. Les participants ont rapporté l'intérêt *“ de contourner le problème avec des chemins complètement différents ^(M8) ”* sachant qu'il *“ y a une part de manipulation dans l'hypnose puisque la suggestion c'est de la manipulation ^(M4) ”*.

5-2 La tournure des prescriptions thérapeutiques :

L'hypnose a eu l'image d'une *“ thérapeutique qui évitait les médicaments et [qui] allait plus loin ^(M3) ”*. Il a été noté que *“ les diminuer [n'était] pas forcément le but en soi ^(M1) ”* mais que l'hypnothérapie intégrait *“ en plus, la notion de confort de vie et de bien-être ^(M9) ”*. Parfois, ils ont eu l'impression que la présence du médicament était une béquille pour les patients, rendant le sevrage plus difficile. Un médecin a déclaré *“ basta, ils ont besoin du biberon ^(M8) ”*. D'autres fois, les médecins ont remarqué que les patients *“ n'avaient plus besoin d'hypnotique ^(M1) ”*, *“ qu'ils ne prenaient plus rien pour dormir ^(M6) ”*. Cependant, ils ont également mis en évidence que les patients âgés étaient *“ extrêmement réfractaires à tout changement et qu'on ne leur supprimera pas le Zopiclone, Zolpidem, Temesta®... ^(M7) ”*. Concernant la prise en charge des autres thérapeutiques *“ en une ou deux séances [ils ont] réussi à virer des médicaments, il ne [prenait] plus du tout d'antidépresseur ^(M6) ”*. Tout en gardant ce sentiment de bien-être des patients, une décroissance était aussi constatée avec *“ tous les psychotropes, somnifères, anti-douleur, anti-migraineux... ^(M9) ”*. Mais chez certains patients, l'image du *“ il ne m'a pas donné de médicament, donc il ne m'a pas pris au sérieux ^(M7) ”* était rapportée. En effet, comme le faisaient remarquer certains médecins *“ [ils sont] de gros prescripteurs [avec] parfois des ordonnances où il y a 20 molécules différentes ^(M4) ”*. D'autres participants se sont représentés comme n'étant *“ pas fort prescripteur d'anxiolytique et de somnifère ^(M2) ”*. Pour trois autres, les prescriptions n'ont pas évolué, par manque de recul depuis la mise en pratique.

6- Mouvement, d'un état statique à dynamique :

Les médecins ont, pour la majorité, attendu d'avoir le déclic pour se lancer dans l'aventure de la formation en hypnose. Un médecin a eu besoin d'attendre une *“ maturation de l'idée de l'hypnose ^(M8) ”* puisque *“ la problématique de [la] formation de médecin est qu'elle est un peu rigidifiée par des obligations et qu'elle n'ouvre pas des champs de perspectives avec d'autres façons de travailler ^(M3) ”*. La formation a permis d'assouplir leur vision de la médecine et de les sortir de ce cadre fermé. Progressivement, le changement est apparu chez les participants soit lors de séance où le langage passait de la parole au mouvement en faisant *“ parler les gens pendant les séances, [puis] petit à petit, en leur faisant bouger un doigt ou la main ^(M4) ”*, soit au cours d'une auto-hypnose où la vision, le ressenti passaient au mouvement, comme l'a dit un médecin *“ j'ai ma façon de me mettre en auto-hypnose, [...] je n'ai pas du tout d'image, [ni] de ressenti, j'ai du mouvement. Je bouge quand je suis en auto-hypnose. Quand les gens ont des mouvements en hypnose, je les incite à continuer à bouger ^(M6) ”*.

Lors des séances d'hypnose les médecins ont donné de l'énergie et par ce flux d'énergie avec le patient, ils en ont reçu encore plus. Il a été précisé qu'au cours *“ d'une séance avec un patient [c'était] comme une forme d'hypnose personnelle ^(M3) ”* et que c'était *“ même plus long d'en sortir ^(M1) ”*. Cette relation leur a permis de comprendre qu'en tant que *“ bon thérapeute, les gens ne reviennent pas [...], mais envoient des gens ^(M6) ”*, que *“ le mouvement, c'est la vie. Le moteur de la vie, c'est l'image, c'est le rêve. L'hypnose, c'est le rêve éveillé ^(M1) ”*.

L'ensemble des sujets, libérés de leur position figée, se sont dorénavant sentis *“ les mains libres et plus apte à les aider ^(M3) ”*. Ainsi, ils ont souhaité enrichir leur pratique professionnelle dans cette voie en ajoutant *“ une autre arme dans [leur] pratique pour aider les gens ^(M3) ”*, se disant même qu'avec *“ un outil comme ça, [on est] le roi du monde ^(M9) ”*. Certains participants ont recherché une vision plus globale en la complétant *“ dans ce sens là [afin] de prendre les gens dans leur entité ^(M5) ”*, *“ puisqu'il n'y a pas de différence entre le corps et l'esprit ^(M1) ”*.

Ainsi, l'envie d'étoffer leur formation a été présente pour sept participants *“ toujours avec l'idée, l'espoir d'aller [se] perfectionner, [ils ont] toujours ça dans la tête parce que ça [les] passionne ^(M3) ”*, sans privilégier un type de formation particulier mais en restant régulier dans l'apprentissage, en *“ essayant d'en faire une par an ^(M9) ”*. Certains se sont lancés dans la création d'association, d'autres ont eu le projet de chambouler leur exercice en ralentissant leur activité médicale, en faisant *“ uniquement de l'hypnothérapie, après [leur] retraite ^(M5) ”* ou encore de décider de *“ monter un atelier de formation pour soignants [avec] des sessions de discussion autour de l'hypnose ^(M9) ”*.

IV. DISCUSSION

1- Analyse des principaux résultats :

La formation en hypnothérapie a permis aux médecins généralistes de sortir de leur routine en mettant rapidement en pratique leurs acquis et en les lançant avec dynamisme vers une activité quotidienne plus sereine. Les participants ont fait part de nombreux impacts positifs sur leur vie personnelle et professionnelle, qu'ils ont mis en lien avec leur formation en hypnose médicale. En effet, une meilleure gestion du stress et une meilleure approche communicationnelle ont permis une amélioration de leur confort d'exercice. Une revue de la littérature (21) a démontré une efficacité thérapeutique en soins primaires d'un " effet médecin " reposant sur l'empathie, l'attention à l'autre, la réassurance positive et sur des capacités à suggérer des changements comportementaux et psychoaffectifs chez le patient. En résonance avec d'autres travaux (22), (23), les médecins ont évoqué une similitude entre consultation d'hypnose et consultation de médecine générale, ces dernières étant basées sur une relation d'écoute où le lien relationnel médecin-patient a été un élément important.

L'apprentissage de l'hypnose médicale par expérience a permis aux médecins de se mettre à hauteur du patient et de pouvoir ainsi le guider dans son autonomie. Le médecin a laissé le libre-choix au patient d'utiliser cet outil de guérison en travaillant sur l'aspect motivationnel. Ces résultats sont cohérents avec les travaux de Martin et al. qui prétendent que les mécanismes de dé-prescription, ciblant la motivation et la capacité des patients à diminuer leur traitement, donnent des résultats positifs dans des contextes où les patients n'ont pas de désirs concurrents internes de continuer ce traitement médicamenteux (24). La plupart des médecins ont insisté sur la responsabilité du patient dans la gestion de ses médicaments sachant que son autonomisation ne pouvait être effective que si ce dernier avait la volonté d'agir (25). Le patient est alors un acteur à part entière comme stipulé dans la loi Kouchner du 04 mars 2002 (26).

Ainsi, l'autonomie du patient est apparue très importante pour les médecins ayant fait une formation en hypnose. Il serait donc possible pour les médecins que cette formation, en modifiant leur langage verbal et corporel, permette de diminuer le rapport paternaliste médecin-patient, en plaçant ce dernier au centre de sa santé, non plus en tant que spectateur mais en tant que réalisateur de sa vie. D'après eux, la pratique de l'auto-hypnose a favorisé cette autonomie à distance du thérapeute et a renforcé le patient dans son estime de soi comme il l'a été montré dans les programmes d'éducation thérapeutique. Cependant, la relation avec le patient jouant un rôle décisif dans la personnalisation de la démarche de soins, la prise en charge non médicamenteuse n'a pas été proposée à tous les patients souffrant d'insomnie (27), (28).

L'apparition de ce mouvement chez le médecin comme chez le patient, a permis à chacun de sortir de sa position figée et de s'entraider mutuellement. Cette étude a souligné des similarités dans la prise en charge des troubles du sommeil chez les médecins formés à l'hypnose. Une influence positive de ces formations a été mise en évidence sur la prise en charge non médicamenteuse des insomnies et sur la dé-prescription de BZD et molécules apparentées. D'autres études issues de thèses de médecine générale ont des résultats comparables (29), (30).

Au travers du ressenti des médecins formés, l'étude a également mis en exergue une amélioration de la qualité de vie des patients traités, ainsi qu'un potentiel bénéfique sur les troubles du sommeil. L'étude de Anbar et Slothower (31) l'a illustré chez les enfants avec une réduction des troubles du sommeil après l'amélioration des plaintes somatiques par l'utilisation de l'hypnose. Des conclusions similaires ont été retrouvées par Abramowitz et al. (32), ainsi l'amélioration du sommeil a contribué à une diminution de la sévérité des symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Pour les patients qui ont bénéficié d'hypnose dite " conversationnelle ", les suggestions positives employées ont pu avoir un impact bénéfique sur le ressenti d'un symptôme.

Les données de la littérature préviennent d'une diminution de l'effet rebond de l'insomnie à l'arrêt des BZD ou apparentées avec la pratique d'une psychothérapie (33), (34). Dans notre étude, malgré des cas d'arrêts spontanés de médicaments, ni syndrome de sevrage, ni rebond d'insomnie n'ont été signalés par les médecins. Cependant, pour les patients ayant déjà un traitement somnifère, la méthode de diminution médicamenteuse s'est montrée hétérogène, notamment chez les patients adressés par des confrères. En effet, les médecins n'ont pas toujours souhaité intervenir dans ces prises en charge thérapeutiques (35).

Le désir d'approfondir les formations a souvent été rapporté par les participants pour leur permettre d'améliorer leur connaissance de l'hypnose et de perfectionner leur pratique en sortant de leur zone de confort. Leur demande a probablement été prise en compte, le volume horaire du DU de Nice " Hypnose Médicale et formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique " est passé, pour la première année de formation, de 64 heures à 80 heures en 2019-2020 (36). La formation médicale continue a été responsable d'un changement de comportement des médecins formés. La recherche de contacts avec d'autres professionnels de santé a été un facteur tout aussi important (37). Ainsi, se former à l'hypnose a été une manière d'avancer vers d'autres objectifs, d'acquérir des compétences, en remettant en question son savoir et ses capacités.

2- Forces et limites de l'étude :

L'étude a suivi une méthode qualitative, préconisée pour chercher à comprendre, à évaluer les ressentis et les expériences d'une personne afin d'expliquer un phénomène social non objectivable. Le principe est que le chercheur part de l'expérience et des phénomènes observés pour générer des hypothèses de compréhension.

De ce fait, il n'a pas été nécessaire que la population d'étude soit représentative de la population générale. A titre indicatif, elle était composée de 44 % de femmes, contre 43 % pour la région des Alpes-Maritimes en 2015 (38) et d'une moyenne d'âge de 53,6 ans contre 52 ans. Notons un léger rajeunissement à l'échelle nationale, de l'ordre de 50,6 ans en 2018 avec une répartition de 48,2 % de femmes (39).

Par ailleurs, un biais de méthodologie est inhérent à la technique employée. Une ressemblance dans les dires recueillis peut être incriminée chez les MG ayant suivi une même formation. De plus, n'ayant pas accès à un listing officiel d'hypnothérapeutes, l'inclusion des participants sur un mode indirect a engendré un biais de recrutement.

L'entretien semi-dirigé, composé de questions ouvertes, a permis à l'enquêteur et l'interviewé de l'enrichir avec d'autres sujets s'il le désirait. Le guide d'entretien a été élaboré en équipe de recherche et testé au préalable lors d'un entretien-test. Malgré un discours neutre de l'enquêteur, il est possible que certains commentaires ou intonations aient pu influencer les réponses des médecins, d'où un biais d'intervention. Une description précise de l'utilisation de l'hypnose en pratique n'a pas toujours été possible, même si les participants ont eu la possibilité de s'exprimer librement, ils ont pu néanmoins minimiser leurs difficultés, d'où un potentiel biais déclaratif. Il y a aussi eu un potentiel biais de mémorisation concernant les citations de prise en charge de patient

La durée des entretiens a été plus longue que prévue. Avec une durée moyenne de 43 minutes, les participants ont probablement trouvé que le sujet de l'étude répondait à leur centre d'intérêt et ont naturellement souhaité approfondir leur propos. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés après l'obtention de la saturation des données. Afin de respecter une retranscription verbatim, les propos des participants ont été recueillis par dictaphone et un cahier de terrain a été tenu. Les participants ont eu la possibilité d'apporter des corrections sur la retranscription de leur entretien. L'ensemble du corpus a été codé de façon indépendante avec l'aide d'un logiciel performant d'analyse qualitative, par le chercheur principal et par un second chercheur, afin de réaliser une triangulation des données qui a minimisé les biais d'analyse et d'interprétation des données. La validité interne de l'étude a été également améliorée par le respect des critères COREQ.

Cette étude a été effectuée en parallèle d'une étude quantitative afin d'objectiver, via l'évaluation des données de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), le pourcentage de prescriptions de BZD et molécules apparentées renouvelées au delà des règles de prescription chez les médecins formés en hypnose.

Nous avons pour hypothèse initiale, qu'une formation en hypnose pouvait influencer cette prescription chez les médecins généralistes. Cependant, les résultats de l'étude conjointe n'ont pas montré de différence significative entre les prescriptions des médecins ayant ou non suivi une formation à l'hypnose. En effet, s'il a été mis en évidence dans notre étude qu'une formation à l'hypnose médicale évitait la prescription de certains médicaments, elle mettait surtout en lumière l'apparition d'un bien-être et d'un confort au quotidien du médecin formé, comme du patient. L'approche communicationnelle verbale et non-verbale dans cette relation médecin-malade, a été renforcée après la formation en hypnose.

De plus, les résultats quantitatifs ne prenant en considération que le rôle du prescripteur, la démarche qualitative constate d'avantage l'implication du patient en tant qu'acteur principal de sa santé. Les difficultés d'adhésion thérapeutique ont probablement été en lien avec une appréhension des patients de perdre d'éventuels bénéfices secondaires, dans d'une société de plus en plus consumériste, rendant ainsi le sevrage médicamenteux moins évident.

L'étude qualitative met en évidence le bénéfice pour les médecins généralistes à se former en hypnose médicale. L'accès à ces formations est vécu comme étant un point d'entrée dans un cercle vertueux. La relation médecin-patient en est devenue plus équilibrée. Les médecins, estimant avoir rendus plus autonome leur patient, ont le ressenti d'avoir réduits leurs prescriptions médicamenteuses chez les patients souffrants d'insomnie. La formation en hypnose pourrait avoir une place intéressante dans le programme de lutte contre la consommation en benzodiazépines, en dehors des durées préconisées par les organismes sanitaires. Au delà de cette proposition comme aide au sevrage, les médecins généralistes se sentent plus sereins dans leur exercice face aux patients ayant une consommation chronique de benzodiazépine.

V. RÉFÉRENCES

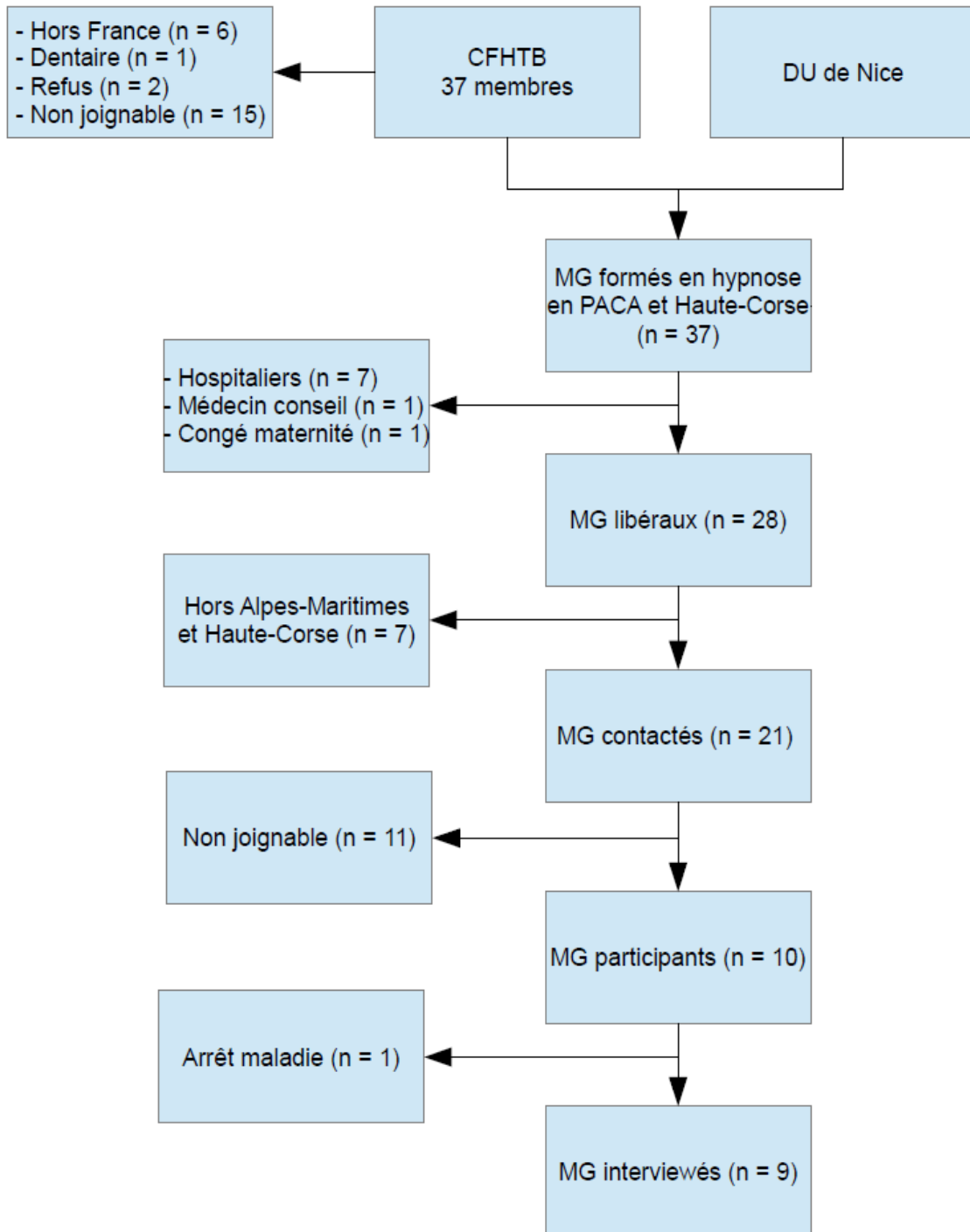
1. Gallois P. La formation médicale continue: principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. [Internet]. 1998 (Flammarion)
2. La formation continue des professionnels de santé. Portrait des professionnels de santé. éd 2016. DREES [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche15-3.pdf>
3. Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). Engagée pour un DPC de qualité. Le DPC en pratique [Internet]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
4. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France: état des lieux. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2011;59(6):409-22.
5. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Haute Autorité de Santé, HAS, Société de formation thérapeutique du généraliste, SFTG. *Médecine du Sommeil*. déc 2007;4(14):5-27.
6. Richard N. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, ANSM. avr 2017;60.
7. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, Députée, Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé. 2006 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>
8. Bon usage du médicament: Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? Haute Autorité de Santé, HAS. 2015. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf
9. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire. [Internet]. Haute Autorité de Santé, HAS. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
10. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, INSERM*. juin 2015;213.
11. Lam T, Chung K, Lee C, Yeung W, Yu B. Hypnotherapy for insomnia: A randomized controlled trial comparing generic and disease-specific suggestions. *Complementary Therapies in Medicine*. déc 2018;41:231-9.
12. Beck F, Richard JB, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15–85ans). *Revue Neurologique*. déc 2013;169(12):956-64.
13. Ohayon MM, Lemoine P. Répercussions diurnes de l'insomnie dans la population générale française. *L'Encéphale*. juin 2004;30(3):222-7.
14. Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités. 2006. [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf>

15. Léger D. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans: résultats du Baromètre de Santé publique France. 2017 [Internet]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
16. Chiffres clés de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (DPC). Situation au 30 juin 2019. [Internet]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00365688749492863e578>
17. Nendaz M. Changer la pratique médicale par la formation continue: de l'efficacité de quelques stratégies. [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2005. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-42/30805>
18. Légereau L. Training in medical hypnosis and prolonged use of benzodiazepines: The French National Health Insurance Data. Thèse de médecine: Université de Nice Sophia-Antipolis. août 2020, « dactyl ».
19. Blanchet A. L'entretien. 2e ed. [Internet]. 2015. (Armand Colin). Disponible sur: <https://www.armand-colin.com/lentretien-2e-ed-9782200601911>
20. Le code éthique de la CFHTB [Internet]. Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapie Brève. Disponible sur: <http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
21. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. La Presse Médicale. juin 2006;35(6):967-73.
22. Perret A. Impact de la formation à l'hypnose médicale et thérapeutique sur la pratique professionnelle des soignants: étude qualitative. Thèse de médecine : Université de Grenoble . oct 2017, « dactyl », 39.
23. Radoykov S. Vécu phénoménologique de la formation en hypnose clinique par les professionnels de santé, une étude qualitative exploratoire. Thèse de médecine: Université de Paris Descartes. juin 2019, « dactyl », 100.
24. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. BMJ Open. 04 2017;7(4):e015959.
25. Rameix S. Du paternalisme à l'autonomie des patients? L'exemple du consentement aux soins en réanimation. Médecine & Droit. mai 1995;1995(12):1-6.
26. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
27. Démarche centrée sur le patient. Haute Autorité de Santé. mai 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
28. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses - Synthèse. Haute Autorité de Santé. avril 2011. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_synthese.pdf

29. Geoffrion J. Influence de l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées chez des patients en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor. Thèse de médecine : Université de Rennes 1. déc 2016, « dactyl », 39. [Internet]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/4fd239ea-8fdf-49fd-a3ee-4d01981e7a21?inline>
30. Gombert S. Hypnose dans le sevrage des somnifères en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose. Thèse de médecine : université de Rennes. mars 2016, « dactyl »,35. [Internet]. 2016. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/0ByTgu1UK8zcwRDhCanNRNWt5MGc/view?usp=embed_facebook
31. Anbar RD, Slothower MP. Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review. *BMC Pediatr.* août 2006;6:23.
32. Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, Knobler HY. Hypnotherapy in the Treatment of Chronic Combat-Related PTSD Patients Suffering From Insomnia: *A Randomized, Zolpidem-Controlled Clinical Trial*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* mai 2008;56(3):270-80.
33. Lähteenmäki R, Neuvonen PJ, Puustinen J, Vahlberg T, Partinen M, Rähä I, et al. Withdrawal from long-term use of zopiclone, zolpidem and temazepam may improve perceived sleep and quality of life in older adults with primary insomnia. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* mars 2019;124(3):330-40.
34. Voshaar RCO, Couvée JE, Van Balkom AJLM, Mulder PGH, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: Meta-analysis. *Br J Psychiatry.* sept 2006;189(3):213-20.
35. Code de déontologie médicale, Ordre National des Médecins. Article 56 - Confraternité. nov 2019. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-56-confraternite>
36. Diplôme Universitaire "Hypnose médicale et formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique", Nice-Sophia Antipolis. 2019-2020. [Internet]. Disponible sur: <http://univ-cotedazur.fr/education/training>
37. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ.* mai 1999;318(7193):1276-9.
38. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en région PACA, Situation en 2015, CNOM. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/rrqr8o/atlas_paca_2015.pdf
39. Atlas de la démographie médicale en France, Situation en janvier 2018, CNOM. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Diagramme de flux



Annexe 2 : Guide d'entretien.

1. Vous avez suivi une formation à l'hypnose médicale, comment cette idée a germé ?
 - Quelle a été votre motivation initiale ?

2. A quelles autres formes de soins non médicamenteux êtes-vous sensibilisé ?
 - Quelle place ont-elles dans votre pratique ?

3. Pouvez-vous me raconter une expérience hypnotique, personnelle ou pour un proche ?

4. Comment envisagez-vous, pour un patient, l'utilisation d'une forme d'hypnose ?
 - Pour quel motif ? De quelle façon ?

5. Pouvez-vous me parler d'une prise en charge d'un patient souffrant d'insomnie chronique ?

6. Quel impact a eu votre formation sur vos prescriptions ?
 - Dans quelles classes médicamenteuses ?

7. Et les patients, qu'est ce qu'ils en disent ?

8. Ce DU, pour vous, ça a changé quoi ?
 - Dans votre pratique professionnelle ? et personnelle ?

Annexe 3: Données socio-démographiques des participants.

	Sexe	Age	Types d'exercice	Lieu d'exercice	Année d'installation	Type de consultation	Consultation hypnose - dédiée	Espace hypnose - dédié	Année de début de formation	Lieux de formation	Types de formation
M 1 (48'55)	F	44	libéral avec associé, formations professionnelles	semi – rural	2004	sur RDV	oui, en fin de journée	non, fauteuils au choix	2004	Nice, Paris, Montpellier, Bastia	formations privées, DU, congrès nationaux, auto-formation
M 2 (17'08)	M	48	libéral avec associé	urbain	2006	sur et sans RDV	non	non	2018	Nice	formation privée, DU
M 3 (38'40)	M	61	libéral	rural	1989	sur et sans RDV	oui, en fin de journée ou matinée	non	2003	Paris, Nice	formations privées, DU, auto-formation
M 4 (39'38)	M	56	libéral et clinique privée	urbain	2002	sur RDV	pas encore	non	2018	Nice	DU, auto-formation
M 5 (23'02)	F	69	libéral	urbain	1976	sans RDV	pas encore	non	2017	Nice	formation privée, DU
M 6 (1'02'51)	M	47	libéral	urbain	2003	sur RDV	oui, en fin de journée	non	2014	Nice	formations privées, DU, auto-formation
M 7 (27'51)	M	53	libéral	urbain	1995	sur et sans RDV	non	non	2015	Nice	DU, auto-formation
M 8 (1'00'36)	F	64	1/3 temps libéral, associatif, formations professionnelles	urbain	1990	sur RDV	oui	oui, fauteuils adaptés	2014	Nice	formations privées, DU, auto-formation
M 9 (1'06'17)	F	41	libéral, médecin référent crèche, Maison Médicale de Garde	urbain	2006	sur RDV	oui, en fin de journée	non, fauteuils adaptés	2012	Nice, Marseille	formations privées, auto-formation