

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2019

N° 2019-216

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

WEYNE épouse MAZAS Mathilde

née le 29 janvier 1990 à Montbrison (42)

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2019

REPRÉSENTATIONS DE L'HYPNOSE ET DES THÉRAPIES BRÈVES

CHEZ LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

**Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de Médecine Générale
nantais**

Président du jury : Professeur Julien NIZARD

Directeur de thèse : Docteur Benjamin AYMARD

Membres du jury :

Professeur Lionel GORONFLOT

Professeur Jean-Marc CLASSE

Docteur Emmanuel MALPHETTES

« Parler est un besoin, écouter est un art » - Goethe

« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne » – Milton H. Erickson

REMERCIEMENTS

Merci

Au Professeur Julien Nizard. Merci d'avoir accepté d'être président du jury aujourd'hui. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour le temps que vous m'avez accordé. Merci d'offrir aux générations futures l'envie de se former à d'autres approches de la médecine que la médecine paternaliste. Avec toute ma reconnaissance.

Au Docteur Benjamin Aymard. Merci beaucoup d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce sujet passionnant qu'est l'hypnose. Merci pour ton aide précieuse. Merci pour ta disponibilité, ta réactivité et ton enthousiasme à faire connaître l'hypnose. Merci pour ce que tu m'as appris grâce à ce travail.

Au Professeur Lionel Goronflot. Merci infiniment, Lionel, pour ta volonté de transmettre ta passion du métier et en particulier notre spécialité : la communication. Merci pour les longs débriefings qui m'ont appris autant sur ma spécialité que les dix dernières années. Merci pour ta passion contagieuse du soin par la parole, dans le respect et la bienveillance. Merci pour la confiance que tu as mise en moi.

Au Professeur Jean-Marc Classe. Merci d'avoir accepté avec enthousiasme de juger mon travail et de m'avoir accordé de votre temps, véritable trésor. Avec toute ma reconnaissance.

Au Docteur Emmanuel Malphettes. Merci d'avoir accepté de venir enrichir les discussions avec votre œil expert de psychiatre hypnothérapeute. Avec toute ma reconnaissance.

Au Docteur Maud Jourdain. Merci pour votre aide sur la méthodologie pour la réalisation de ce travail.

Merci

À mes parents. Difficile de dire en quelques mots tout ce que je vous dois ! Merci pour votre amour inconditionnel, pour votre soutien tout au long de ces études, pour votre exemple dans tant de domaines : relationnel, éducatif, professionnel... ! Merci pour tout ce que vous m'avez offert et tout ce que vous nous offrez au quotidien.

À mon frère Guillaume, qui m'a ouvert les yeux sur les médecines souvent appelées médecines parallèles, que je préfère appeler médecines complémentaires. Merci de bousculer régulièrement nos « zones de confort » familiales.

À mon frère Pierre, pour ton aide pour la mise en page ! Merci pour mes neveux et nièces trop choux, et en particulier mon filleul.

À ma sœur Amélie, pour ton entrain à parcourir le monde à la découverte d'histoires, de cultures différentes. Merci de m'avoir emmenée avec toi. Merci pour nos appels à rallonge.

À Bonne-Maman, vous qui nous avez transmis les valeurs du sourire à tout épreuve, merci pour votre joie à tous nous réunir, particulièrement à Dinard.

À Bon-Papa, qui veille sur nous de là-haut. Merci.

À Daddy pour l'éducation que vous nous avez transmise. La communication verbale et non verbale vous a conduit à Dale Carnegie. Je garderais toujours le souvenir d'un homme qui sourit largement et avec bienveillance à la personne qui s'énerve contre lui, calmant quasi instantanément les mécontents. Merci de veiller sur nous de là-haut.

À ma belle-sœur Anne-Sophie, pour les discussions sur l'hypnose et ton intérêt contagieux pour cette pratique. Merci pour ton aide pour la naissance d'Agathe par ce biais-là !

Merci

À Magali pour ton appartement au calme et son bureau spacieux, ainsi que pour le service de restauration. Merci pour ton amitié, merci d'avoir accepté de poursuivre le chemin avec nous en acceptant d'être la marraine d'Agathe.

À Nathalie pour ton amitié fidèle née dès la première rencontre, il n'y a pas si longtemps... Merci pour ton soutien tout au long de ce travail et en particulier dans les moments de doutes. Merci pour tes bons petits plats adoucissant les journées de travail.

À mes amis stéphanois : Laetitia et Romain, Pauline et Jonathan, Emi et Mathieu, Joseph, Antoine, pour les longues heures studieuses passées ensemble mais surtout pour celles qui ne l'étaient pas !

À nos amis nantais, rencontrés ces cinq dernières années : Oihan et Servane, Hélène et Benoit, Paul-Jean et Victoire, Anne et Mathieu, Thérèse et Nicolas, Blandine et Régis. Simplement merci pour tous les moments partagés !

À Sandra, merci pour ton aide au travail de secrétariat. Que de temps et d'énergie gagnés grâce à toi ! Merci aussi pour le service baby-sitting grâce à ta fille Mélie, qui m'a permis d'avoir quelques heures studieuses et sereines.

Merci

À mon mari, Loïc, pour ton soutien dans ces longues années d'étude, pour ce travail de thèse. Merci pour tout ce que tu fais au quotidien et en particulier pour notre mission de transmettre nos valeurs à nos enfants. Merci pour ton amour.

À mes enfants, Baptiste et Agathe, véritables sources de bonheur et d'équilibre. À Nanomout qui va nous rejoindre dans quelques mois. Et à ceux qui suivront.

Merci

Aux internes qui ont accepté de prendre du temps pour répondre à mes questions. Ce temps si précieux, surtout lors des études. Bon courage à vous pour votre internat et votre propre travail de thèse.

À tous les professionnels de santé croisés au cours de ma formation, qu'ils soient médecins, infirmières, puéricultrices, sages-femmes, psychologues, secrétaires ou agents d'entretien. Chacun ayant apporté une richesse à mon parcours.

À tous les patients qui m'ont fait confiance. Et à ceux qui le disent !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
I. INTRODUCTION	11
I.1. Pourquoi cette thèse ?.....	11
I.1.1. Une première expérience marquante	11
I.1.2. Un approfondissement enrichissant	11
I.2. L'hypnose.....	12
I.2.1. Un peu d'histoire	12
I.2.1.1. L'hypnose à ses débuts	12
I.2.1.2. Deux écoles françaises s'opposent	14
I.2.1.3. La naissance de l'école de Palo Alto, l'influence d'Erickson.....	15
I.2.1.4. Et après.....	17
I.2.2. Définitions multiples.....	18
I.2.2.1. L'hypnose	18
I.2.2.2. La transe et autres définitions	19
I.2.2.3. Les thérapies brèves	19
I.2.3. Le statut de l'hypnose en France.....	20
I.2.3.1. Cadre légal	20
I.2.3.2. Pour l'Ordre des Médecins	20
I.2.3.3. Pour la Sécurité Sociale.....	20
I.3. Les représentations	20
I.3.1. Définition	20
I.3.2. Les représentations mentales	21
I.3.3. Les représentations sociales.....	21
I.3.4. Genèse d'une représentation sociale.....	22
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
II.1. Objectifs de l'étude.....	23
II.2. Choix de la méthode qualitative.....	23
II.3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24

II.4. Recueil des données	25
II.5. Fin du recueil de données.....	26
II.6. Méthode d'analyse des données par théorisation ancrée.....	26
III. RÉSULTATS	28
III.1. Portraits des internes interviewés.....	28
III.1.1. Interne numéro 1	28
III.1.2. Interne numéro 2	28
III.1.3. Interne numéro 3	29
III.1.4. Interne numéro 4	29
III.1.5. Interne numéro 5	29
III.1.6. Interne numéro 6	30
III.1.7. Interne numéro 7	30
III.1.8. Interne numéro 8	31
III.1.9. Interne numéro 9	31
III.1.10. Interne numéro 10	31
III.1.11. Interne numéro 11	32
III.1.12. Interne numéro 12	32
III.2. Manque de connaissance de l'hypnose et des thérapies brèves.....	33
III.2.1. Pour les internes	33
III.2.1.1. Connaissance comme une personne lambda.....	33
III.2.1.2. Connaissance floue de l'hypnose et de la transe	33
III.2.1.3. Méconnaissance des thérapies brèves.....	35
III.2.1.4. Besoin de formation	37
III.2.1.5. L'accès à la formation paraît difficile	38
III.2.2. Pour les patients	39
III.2.2.1. Besoin d'information	39
III.2.2.2. À tester avant de juger	40
III.3. Vision « magique » de l'hypnose	41
III.3.1. L'hypnose comme LA solution	41
III.3.2. Une séance d'essai pour voir si ça marche	42
III.3.3. Un outil sans effet indésirable ni contre-indication	42
III.3.4. L'hypnose comme outil de manipulation	43

III.3.5.	L'hypnose comme trait de personnalité.....	44
III.3.5.1.	Pour le praticien.....	44
III.3.5.2.	Pour le patient	45
III.3.6.	Une thérapie sans communication	46
III.3.7.	Une déconnexion de la réalité	46
III.4.	Vision relationnelle de l'hypnose	48
III.4.1.	L'hypnose comme un moyen thérapeutique	48
III.4.2.	L'hypnose ou la communication thérapeutique.....	49
III.4.3.	Une compétence universelle	50
III.4.4.	Un voyage, une coopération.....	51
III.4.5.	L'hypnose comme un outil au service de la relation	51
III.4.6.	Un cadre au service de la relation	52
III.4.7.	Une relation à deux vitesses	53
III.4.8.	Le respect du patient dans son intimité	54
III.4.9.	Une relation intime	55
III.4.9.1.	Pour le patient : dans son for intérieur	55
III.4.9.2.	Avec le praticien.....	56
III.4.10.	Un changement de relation au problème	56
III.5.	Schéma de synthèse des résultats.....	58
IV.	DISCUSSION.....	59
IV.1.	Sur la méthode de l'étude	59
IV.1.1.	Validité interne	59
IV.1.1.1.	Forces de l'étude.....	59
IV.1.1.2.	Biais de l'étude et difficultés rencontrées	60
IV.1.2.	Validité externe.....	61
IV.2.	Sur les résultats et confrontation aux données de la littérature	62
IV.2.1.	Réflexions éthiques.....	62
IV.2.1.1.	Principe de bienfaisance	62
IV.2.1.2.	Principe de non malfaisance	63
IV.2.1.3.	Principe de justice.....	63
IV.2.1.4.	Principe d'autonomie et de respect de l'autonomie du patient	64
IV.2.2.	Réflexions psychothérapeutiques.....	65

IV.2.3. Réflexions médicales.....	67
IV.2.3.1. La formation.....	67
IV.2.3.2. Les connaissances	68
IV.2.4. Histoire et société	69
IV.2.4.1. Le poids de l’histoire	69
IV.2.4.2. Le poids de l’actualité	70
IV.3. Perspectives.....	73
IV.3.1. Perspectives scientifiques.....	73
IV.3.2. Perspectives personnelles	73
V. CONCLUSION	74
VI. RÉFÉRENCES	75
VII. ANNEXES	78
VII.1. Guide d’entretien semi-dirigé	78
VII.2. Caractéristiques des internes interviewés	78
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	79

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CETD	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
CMP	Centre médico-psychologique
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CUMIC	Collège universitaire des médecines intégratives et complémentaires
DES	Diplôme d'études spécialisées
DMG	Département de Médecine Générale
DU	Diplôme universitaire
EBM	Evidence Based Medecine
ECN	Examen classant national
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
GEP	Groupe d'échanges de pratique
IMG	Interne de Médecine Générale
IMHENA-AREPTA	Institut Milton H. Erickson de Nantes - Association régionale pour une thérapie active
PNL	Programmation neuro-linguistique
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
TSB	Thérapies systémiques brèves
TSF	Thérapies systémiques et familiales
TOS	Thérapies orientées vers les solutions

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt dans cette étude.

I. INTRODUCTION

I.1. Pourquoi cette thèse ?

I.1.1. Une première expérience marquante

Rapidement au début de mes études, j'ai pris conscience de l'importance de la communication à visée thérapeutique. Lors d'un stage d'externe aux urgences de Saint Étienne, en troisième année de médecine, nous avons l'occasion de découvrir le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) sur quelques journées. Ce jour-là, nous sommes appelés dans l'un des services de l'hôpital pour un homme d'une cinquantaine d'années ayant une douleur thoracique. Je vais avec l'équipe du SAMU au chevet du patient, accompagnée par un médecin expérimenté, qui n'a pas l'air pressé. Ses gestes sont lents et sûrs, sa voix est posée, audible mais apaisante, tranquille. Malgré sa discrétion il est omniprésent et fait oublier l'agitation de l'équipe paramédicale du SAMU et celle du service. Il est au plus près du patient. Après de longues minutes de discussion avec le patient s'opposant à un rapide examen clinique, nous prenons la direction de la coronarographie. Pendant tout le trajet, il discute avec le patient, de tout et de rien mais le patient est captivé et paraît serein. On en oublierait presque qu'il est en train de faire un infarctus ! Nous voilà devant la salle de coronarographie, l'ambiance est détendue, le patient souriant. Après quelques minutes d'attente, l'infirmière de bloc opératoire vient nous voir, et dit « c'est pour la coro urgente ? » sans prendre la peine de regarder le patient, de le saluer, ni vérifier son identité ou autre formalité. Et elle ajoute « il va falloir patienter car ça a été très compliqué avec le patient d'avant, ça a été plus long que prévu. ». Son ton est sec, violent dans ces circonstances. Le patient s'est immédiatement renfermé et son visage s'est durci. L'ambiance a changé.

Loin de moi l'envie de critiquer cette infirmière qui voulait bien faire en nous prévenant du temps d'attente. Ses paroles m'ont fait l'effet d'une claque, moi qui avais bénéficié, comme le patient, du discours apaisant, hypnotique (?) du médecin du SAMU. Ce jour-là, j'ai réalisé l'impact qu'a, qu'il soit positif ou négatif, la communication sur notre vécu de la situation et potentiellement sur le souvenir que celui-ci laissera.

I.1.2. Un approfondissement enrichissant

Lors de mon stage dit SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), j'ai été encouragée à « tester » différentes manières de communiquer, tout en restant dans la bienveillance avec le patient, pour tenter d'apprécier l'impact que peut avoir la communication sur la relation thérapeutique. Le leitmotiv de ce semestre était : le médecin, en l'occurrence moi-même, est thérapeutique, par sa présence, son attitude, sa façon de parler et surtout par la qualité de son écoute.

Le constat que je fais aujourd'hui après mon parcours universitaire est que la communication est la spécialité et spécificité de la médecine générale. Le nombre de consultations à visée psychologique en médecine générale est très important, l'offre de soin à visée psychothérapeutique est variée mais peu accessible. Les psychothérapies engagent un budget non négligeable et non adaptable pour tous les patients. Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ont des délais de consultations qui ne permettent pas d'engager des soins psychothérapeutiques rapidement. Le médecin généraliste, en tant que pilier du soin primaire, peut être l'acteur principal de cette prise en charge. Encore faut-il en avoir conscience, en avoir envie, en prendre le temps, et se former à cette pratique thérapeutique.

Lors de la soumission de mon projet de thèse à l'un de nos encadrants universitaires, ce dernier m'a demandé en quoi la communication et l'hypnose étaient liées, lui-même ne voyant pas le lien entre les deux. Cette remarque n'a fait que conforter mon envie de sensibilisation du pouvoir de la communication en médecine générale, socle de notre pratique médicale quotidienne et base de l'hypnose thérapeutique.

I.2. L'hypnose

I.2.1. Un peu d'histoire

I.2.1.1. *L'hypnose à ses débuts*

Depuis longtemps, l'hypnose est connue et utilisée par les Hommes. Déjà il y a 6000 ans en Mésopotamie, les sumériens soignaient par la parole grâce à un état de conscience modifié. Plus tard en Égypte, il y a 3000 ans, des séances d'hypnose sont décrites sur des stèles. En Grèce, Socrate se décrivait comme un « accoucheur d'âme » et son contemporain Antiphons avait le pouvoir de « guérir avec les mots ». Au III^{ème} siècle, en Égypte, il existait des « temples du sommeil » où les prêtres soignaient avec les mots et où les patients ressortaient mystérieusement guéris. Partout dans le monde, en Europe, en Amérique, en Afrique, en Australie, des sorciers, chamans, druides, prêtres utilisaient des éléments de l'hypnose (1).

L'histoire de l'hypnose débute véritablement avec Franz Anton Mesmer au XVIII^{ème} siècle ; médecin viennois venu à Paris. Selon Mesmer, chaque être vivant est traversé par un fluide magnétique qu'il appelle « magnétisme animal ». La maladie est provoquée par le blocage de ce fluide naturel dans le corps du patient, il ne s'écoule plus de manière harmonieuse. Mesmer propose de guérir les malades en les touchant directement ou par l'intermédiaire d'un objet préalablement « magnétisé » grâce à des « passes », dites « passes mesmériennes », sur tout le corps. À ces fins, il dispose de ses propres ressources, de ses mains, d'une baguette mais surtout d'un « baquet » ou accumulateur pouvant emmagasiner une grande quantité de fluide. Le magnétiseur a pour rôle de condenser et redistribuer de façon thérapeutique ce fluide. Jusque-là, l'état de conscience modifié était vécu comme quelque chose de surnaturel. Lors de ses passes, Mesmer parle de « crise magnétique », d'une part car elle est induite par

l'administration de fluide dans le corps du patient par le magnétiseur, et d'autre part, car elle déclenche un état spectaculaire d'agitation, mise en œuvre dans une atmosphère théâtralisée, de semi-pénombre, sur fond musical. En effet, l'état d'agitation provoqué par cette thérapeutique est le moment clé où le fluide administré par le magnétiseur, force les blocages internes du patient (2) (3).

À la même époque, l'Abbé de Faria (1755-1819), moine portugais, pose les bases de ce qui deviendra l'École de Nancy en insistant sur l'importance de la suggestion. Il est le premier à employer le terme de « sommeil lucide » pour désigner l'état hypnotique. Il démontre que les passes magnétiques utilisées par Mesmer ne sont pas indispensables pour induire un état hypnotique et que d'autres méthodes (comme la fixation du regard sur un objet) peuvent également être utilisées.

Le marquis Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur, disciple de Mesmer, grâce à son jeune patient Victor Race, met en évidence la possibilité pour certains patients d'agir et de communiquer pendant l'état de conscience modifié. En effet, lors de son traitement, Victor, au lieu de convulsions typiques de la crise mesmérisme attendues, tombe dans un état de sommeil calme et profond avec une activité mentale intense. Cet état est alors appelé « somnambulisme provoqué » ou « sommeil magnétique ». On parle aussi de « lucidité magnétique » pour désigner les clairvoyances qu'ont les patients traités sur leur propre maladie, celle des autres, et les remèdes qui leur conviennent. Nous sommes à la veille de la Révolution française.

Le magnétisme intéresse les français quelle que soit leur couche sociale. Les médecins quant à eux, sont nombreux à adopter cette pratique. Cet engouement ainsi que le désir de Mesmer de faire reconnaître par les institutions scientifiques son concept de « magnétisme animal », conduit les autorités médicales à demander une expertise de cette pratique. Deux commissions seront nommées par Louis XVI en 1784 (dont la plus importante est composée entre autres du chimiste Antoine Lavoisier, de l'astronome Jean-Sylvain Bailly et du physicien Benjamin Franklin) qui, après examen de la pratique magnétique, contesteront la réalité physique du fluide tout en reconnaissant la réalité des effets thérapeutiques observés. En 1784, c'est-à-dire cinq ans après l'arrivée de Mesmer en France, la pratique magnétique sera interdite aux médecins sur la base d'un rapport secret remis au Roi mettant l'accent sur les risques d'épidémie sociale et les dangers pour les mœurs.

En 1841, James Braid (1795-1860), chirurgien écossais de renom, reprend les techniques du magnétisme animal et en développe une théorie psycho-neuro-physiologique. Il posera en 1843 les bases scientifiques de ce qu'il nommera « l'hypnotisme », reconnu par les institutions scientifiques de l'époque car accessible à la méthode expérimentale. C'est le début de l'officialisation de l'hypnose. Braid décrit l'hypnose comme « une exaltation ou un endormissement sensoriel associé à une modification du tonus musculaire ». Il va d'ailleurs l'utiliser pour réaliser l'anesthésie de nombreuses opérations chirurgicales. Il prend

conscience de l'importance des suggestions verbales dans l'induction hypnotique. Il considère que l'hypnose est un état neurologique particulier, une sorte de sommeil spécial secondaire à une stimulation rétinienne. D'autres chirurgiens de l'époque utilisèrent l'hypnose pour les anesthésies et contribuèrent à son développement. Mais en 1846, avec l'arrivée du chloroforme, méthode beaucoup plus facile et rapide pour réaliser les anesthésies, l'hypnose perdra progressivement de son intérêt dans le cadre de la chirurgie.

1.2.1.2. Deux écoles françaises s'opposent

L'école de Nancy et l'école de la Salpêtrière sont les deux grandes écoles ayant contribué à l'« âge d'or » de l'hypnose en France de 1882 à 1892.

Jean Martin Charcot est professeur de renom et chef de service à la Pitié-Salpêtrière à Paris, dans les années 1860. Il s'intéresse particulièrement aux maladies nerveuses dont la sclérose latérale amyotrophique qui gardera son nom. Pour lui, l'hypnose est un état de conscience pathologique caractéristique de la maladie hystérique : c'est un élément de la maladie. C'est un état inductible à volonté mais uniquement chez les personnes hystériques. C'est avant tout un moyen d'investigation et non un élément thérapeutique (4). Il déclare que les symptômes hystériques sont dus à un « choc » traumatique provoquant une dissociation de la conscience et dont le souvenir, du fait même, reste inconscient ou subconscient. Il pose là les bases de la théorie « traumatico-dissociative » des névroses. Il expose ses théories lors des « cours du mardi » où le suivent de nombreux scientifiques connus.

S'oppose à ce courant de pensée, l'école de Nancy, aussi appelée école de la suggestion. Elle est composée du médecin Ambroise-Auguste Liébeault, du professeur de médecine Hippolyte Bernheim, du juriste Jules Liégeois et du médecin Henri Beaunis. Elle présuppose que l'hypnose est un état de sommeil thérapeutique induit par la suggestion verbale et qu'il n'est pas un état pathologique. La méthode thérapeutique de Liébeault et Bernheim est caractérisée par une hypnose « autoritaire », fondée sur l'usage de suggestions.

En 1903, Bernheim considère que l'on ne peut pas distinguer l'hypnose de la suggestibilité et il abandonne progressivement l'hypnose formelle, soutenant que ses effets peuvent tout aussi bien être obtenus à l'état de veille par la suggestion, selon une méthode qu'il désigne du nom de « psychothérapie ». L'école de Nancy a exercé une influence décisive sur le développement de l'hypnose clinique, de la psychologie et de la psychothérapie. Les plus grands cliniciens de l'époque, de Sigmund Freud à Émile Coué en passant par Auguste Forel et Joseph Delbœuf, ont rendu visite à Bernheim et Liébeault pour observer leur travail.

Les différends entre les deux écoles s'expriment régulièrement dans les pages de la Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, créée en 1887 par Edgar Bérillon, qui devient en 1895 la Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique et continue à être publiée jusqu'en 1910. Les partisans de Nancy et de la Salpêtrière s'affrontent également lors du

premier congrès de psychologie physiologique et du premier congrès de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique qui se tiennent du 6 au 12 août 1889 à Paris.

Sigmund Freud (1856-1939) s'est beaucoup intéressé à l'hypnose. Il a suivi les cours du Dr Charcot d'une part et du Dr Bernheim d'autre part. Mais très vite, il abandonna cette technique qu'il considérait comme trop autoritaire, peu précise et difficilement reproductible ; elle ne correspondait pas à ses attentes pour les patients. Le principal facteur le faisant se détourner de l'hypnose, bien qu'il garde un intérêt pour cette approche, est qu'il comprend l'hypnose comme de la suggestion et pense que les patients peuvent être réceptifs ou non à cette pratique. Il créa sa théorie psychanalytique pour tenter d'expliquer et de théoriser les résistances. Il développe ainsi de nombreux nouveaux concepts bousculant la société de l'époque : les notions de *complexité*, *d'inné*, *d'acquis*, *d'inconscient*, *de subconscient*, *d'interprétation des rêves*, ou encore de *refoulement* ou de forte influence de l'enfance ou des pulsions, ainsi que la notion de transfert médecin-patient. Toutefois il n'abandonna pas complètement l'hypnose et continua à s'y intéresser et à envoyer certains de ses patients à ses confrères hypnothérapeutes. Sa théorie psychanalytique, son charisme et son aura importante mirent un frein au développement de l'hypnose en France, au profit de la psychanalyse : la technique de thérapie par l'investigation dans le psychisme du patient.

De son côté, Émile Coué (1857-1926), psychologue et pharmacien français, est l'auteur d'une méthode de guérison et de développement personnel (la méthode Coué) fondée sur l'auto-suggestion. Il explora au sein de la psychologie moderne des voies originales et nouvelles et fut un précurseur de la psychologie comportementale et de la pensée positive, et un expérimentateur de l'effet placebo.

1.2.1.3. La naissance de l'école de Palo Alto, l'influence d'Erickson.

Lors de la Seconde Guerre Mondiale, des universitaires réfugiés aux États-Unis, venus d'horizons variés, fondent l'école de Palo Alto. Elle tient son nom de la petite ville de Californie, au sud de San Francisco, dans laquelle elle a été fondée. Gregory Bateson, biologiste et anthropologue, né en 1904, est considéré comme le père de cette école à l'origine de l'approche systémique. Les recherches de ce groupe de scientifiques se sont orientées selon trois directions novatrices : une théorie de la communication, une méthodologie du changement et une pratique thérapeutique. Le tout élaboré autour de la démarche systémique : le comportement d'un individu découle non seulement de son intrapsychisme (travaux de Freud) mais aussi de la relation de cet individu avec son entourage. Les règles d'une relation ne sont pas définies une fois pour toutes mais évoluent, de manière consciente ou non, en continu selon un processus de rétroactions (ou *feedback*)(5).

À la même époque, Warren Mac Culloch décrit le maintien des systèmes en équilibre grâce à des rétroactions, qu'elles soient positives ou négatives : c'est la cybernétique. Norbert Wiener définit la cybernétique comme « *la science du contrôle et de la communication chez l'animal et les machines* ».

L'école de Palo Alto entretient des liens étroits avec Milton Hyland Erickson (1901-1980), psychiatre américain. Il est marqué par plusieurs handicaps physiques qu'il utilisera comme une force : il est daltonien (ne voit que le pourpre), dyslexique, atteint de surdité tonale, ce qui le pousse à utiliser des méthodes alternatives pour les différents apprentissages élémentaires que sont la lecture et l'écriture. Il découvre alors l'importance des métaphores. De plus, il souffre des séquelles d'une poliomyélite contractée à 17 ans. Il s'est servi de ses handicaps pour développer sa capacité à observer dans les moindres détails, ressentir ce qu'il observe. Il a ainsi développé sa créativité et son opiniâtreté qui font son originalité. Il crée des stratégies déconcertantes pour l'époque (et encore actuellement). Il est passé maître dans l'art de reconnaître, d'accepter, d'augmenter et d'utiliser les ressources de ses patients. C'est le style utilisationnel encore utilisé actuellement dans l'hypnose ericksonienne. La grande révolution qu'Erickson propose dans le monde de l'hypnose est le concept d'absence de résistance, contrairement à ce que pensait Freud. Il utilise les ressources de ses patients grâce au développement d'une relation et non plus d'une emprise du thérapeute sur le patient, comme au début de l'hypnose avec Mesmer.

Bateson et Erickson entretiennent une relation amicale et studieuse, notamment par leurs études sur la communication. Les autres membres de l'école de Palo Alto cherchent aussi à comprendre et étudient le style ericksonien. Pour Erickson, bien plus que la technique, c'est la relation thérapeutique qui guérit : la technique est au service de la relation et non l'inverse. Malgré leur amitié, Bateson et Erickson sont divisés sur un point essentiel : Bateson s'attache à décrire le système qu'il observe alors qu'Erickson cherche à le modifier. C'est sa théorie du changement.

En 1958, Don D. Jackson, Virginia Satir et Jules Ruskin créent le Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto qui publie plusieurs ouvrages sur la communication. Ils sont à l'origine des bases des connaissances actuelles dans ce domaine. D'autres personnes importantes s'ajoutent à cette équipe telle que Paul Watzlawick, Jay Haley, John Weakland... Don D. Jackson, psychiatre et psychanalyste, applique la théorie de la cybernétique au plus ancien des systèmes humains : la famille. Il affirme « *ce n'est pas que la famille soit déséquilibrée par ce membre malade ; en fait, son équilibre repose sur la maladie de celui-ci, qu'elle tend à préserver comme telle* ». C'est le symptôme qui permet l'équilibre (ou homéostasie) de la famille. Ce sont les Thérapies Systémiques et Familiales (TSF).

En 1967, Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch et Arthur Bodin créent une clinique de la psychothérapie : le Brief Therapy Center, équivalent au troisième groupe issu de l'école de Palo Alto. Dans la logique de la cybernétique des systèmes humains, ils se focalisent sur la résolution des problèmes relationnels répétitifs. De là sont nés les outils utilisés dans les Thérapies Systémiques Brèves (TSB). Leurs recherches viennent à montrer que toute personne exposée à un problème va utiliser son bon sens pour résoudre ce problème. Dans la plupart des cas, le bon sens permet la résolution dudit problème. Parfois les solutions tentées sont inefficaces, le patient persévère en confiance avec son bon sens et sa logique. Il s'embourbe

dans l'échec, désespère ; la solution devient alors un problème. Le thérapeute propose alors une solution paradoxale, ne répondant pas en apparence à la logique du patient, permettant de résoudre le problème initial. C'est l'intervention paradoxale.

I.2.1.4. *Et après...*

En 1930 dans le désert du Mojave en Californie du Nord, Henri J. Kaiser crée, avec l'aide du docteur Sidney Garfield, des centres d'HMO (Health Maintenance Organization) pour assurer les soins aux ouvriers, aux cadres et à leurs familles, avec un système de paiement innovant. C'est un paiement forfaitaire par personne et par mois couvrant les soins de santé. Lorsqu'ils deviennent publics en 1946, il a été démontré que 60% des patients qui consultent un médecin n'ont pas de maladie physique. À la fin des années 1950, Nicholas Cummings, encore peu connu en Europe, démontre la réduction de la consommation médicale dans ces centres d'HMO où les patients sont soignés par des psychologues et non des psychiatres. Il développe la « HMO-thérapie » où les soins mentaux sont intégrés aux structures de soins de la santé physique. Tout au long de sa carrière, il diffuse les thérapies brèves à travers tout le pays.

Franck Farrelly développe quant à lui, dans un style qui lui est propre, l'intervention paradoxale. Cette méthode met le patient face à ses paradoxes de façon quasi exagérée, conduisant à la limite de l'absurde, ce qui provoque un changement de regard du patient face à sa situation, en gardant la bienveillance nécessaire à la thérapie.

Les « solutionnistes » ou pères des thérapies orientées vers les solutions que sont, entre autres, Steve de Shazer et Bill O'Hanlon proposent une approche non plus centrée sur le problème amenant le patient à consulter mais sur les solutions qui l'amèneront à la résolution du problème. Ils travaillent particulièrement sur l'addiction à l'alcool et ont pour habitude de demander d'emblée aux patients s'il souhaite un sevrage complet et définitif ou une reprise modérée de l'alcool. Cette approche met l'accent sur les ressources présentes chez le patient, sur ce qui marche déjà.

Au début des années 1990, Francine Shapiro décrit une méthode qu'elle appelle l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Elle développe sa méthode dans les états de stress post-traumatique. Tout en faisant faire des séries de mouvements répétitifs oculaires au patient, elle l'expose au souvenir traumatique comme dans une désensibilisation qui opère une restructuration cognitive. Progressivement, d'autres stimuli auditifs et kinesthésiques sont utilisés, les indications d'utilisation s'élargissent tout en restant dans un contexte où le patient crée un lien entre un événement vécu comme traumatisant et sa symptomatologie, qu'elle soit physique ou psychique.

I.2.2. Définitions multiples

I.2.2.1. *L'hypnose*

Il est encore difficile aujourd'hui de donner une définition simple de l'hypnose. Celle-ci connaît de nombreuses définitions, en fonction des auteurs, ce qui traduit bien sa complexité (6).

Le terme « hypnose » vient du mot grec *hupnoein* qui signifie endormir, en lien avec Hypnos le dieu du sommeil, fils de Nyx et frère jumeau de Thanatos, la personnification de la Mort. Il est aussi le père de Morphée, dieu des rêves (7).

Ce terme est lui-même complexe et désigne aussi bien un état de conscience modifiée singulier que l'ensemble des techniques utilisées pour y parvenir comme le montrent les définitions dans le dictionnaire Larousse Médical :

- « *État de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion* ».
- « *Technique propre à induire un état de sommeil partiel, différent du sommeil habituel* ».

Milton H. Erickson décrivait l'hypnose comme « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » ou encore comme « un état naturel auquel chacun de nous a la faculté intrinsèque d'accéder et qui correspond à un état de concentration mentale tel que le sujet absorbé dans ses pensées devient indifférent à tout autre événement extérieur ». Dominique Megglé, psychiatre spécialiste internationalement reconnu de l'hypnose, simplifie cette définition comme « un état d'attention renforcée et d'absorption interne, dans une relation de coopération ».

Selon la British Medical Association (1955), l'hypnose est « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés ».

L'American Psychological Association définit l'hypnose comme un état de conscience induisant une absorption de l'attention et une diminution de la conscience caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions.

Dans le cadre des formations sur l'hypnose destinées aux médecins généralistes, la Société Française de Médecine Générale (SFMG) la décrit de la manière suivante : « *L'hypnose est une des nombreuses modalités du fonctionnement naturel et habituel du cerveau humain. Ce fonctionnement implique une mise à distance plus ou moins fluctuante de la vigilance. Il peut être amplifié par le sujet lui-même ou avec l'aide d'un tiers. Ce mode de fonctionnement ouvre des possibles « associations fonctionnelles » singulières entre différentes aires corticales. Ces particularités associatives se traduisent par des changements plus ou moins durables dans les perceptions sensorielles, les ressentis émotionnels, les cognitions et conceptions, les gestes moteurs. Ces possibilités de changements peuvent notamment être utilisées à des fins thérapeutiques* ».

Ces multiples définitions traduisent l'impossibilité de définir de manière rigide, intellectuelle, logique l'hypnose. C'est une expérience subjective.

1.2.2.2. La transe et autres définitions

La transe est un des états de conscience de l'éveil, que l'on oppose au sommeil ; banal et naturel, plus ou moins intense.

L'hypnose accompagnée, ou communication thérapeutique, se définit par l'utilisation par un praticien de techniques de communications verbales et/ou non verbales pour induire un état de transe chez le patient, dans un but de bénéfices thérapeutiques. L'hypno-analgésie fait partie de l'hypnose accompagnée. Elle vise à permettre à la personne d'utiliser ses propres ressources pour mettre à distance les sensations de douleur, les réduire, les modifier et s'en protéger, afin de transformer le vécu de la situation douloureuse.

L'hypno-sédation est la pratique alliant l'hypnose et l'anesthésie, avec pour objectif un équilibre entre ces deux approches. Elle consiste soit en un remplacement total des produits couramment utilisés, soit en un complément des produits anesthésiants qui sont employés à dose minimale, pour atteindre un confort optimal lors du soin et diminuer au maximum les désagréments post interventionnels

L'auto-hypnose est la pratique autonome de l'hypnose après avoir appris auprès d'un praticien comment stimuler intentionnellement la transe.

L'hypnothérapie correspond à l'utilisation de l'hypnose dans un cadre d'intervention psychothérapeutique.

1.2.2.3. Les thérapies brèves

Les thérapies brèves sont des thérapies à visée psychologique effectuées sur un temps limité, qui parfois peut être long comme le veut l'adage « c'est aussi court que possible et aussi long que nécessaire... ». Ces thérapies englobent plusieurs approches telles que les thérapies

familiales et systémiques, les thérapies comportementales, les thérapies humanistes et les thérapies narratives ; les thérapies solutionnistes, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). De ces approches découlent les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) et la Programmation Neuro-Linguistique (PNL).

I.2.3. Le statut de l'hypnose en France

I.2.3.1. Cadre légal

En France, il n'y a actuellement pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose. Cependant le statut de l'hypnose est en cours de discussion à l'Assemblée Nationale avec des sollicitations régulières, depuis plusieurs mois, de la part des ministres pour cadrer sa pratique (8).

I.2.3.2. Pour l'Ordre des Médecins

Les Diplômes Universitaires (DU) d'hypnose et d'EMDR ne sont pas reconnus par l'Ordre des Médecins. De façon réglementaire, le médecin n'est donc pas autorisé à mentionner ces pratiques sur sa plaque et/ou ses ordonnances (9).

I.2.3.3. Pour la Sécurité Sociale

L'Assurance Maladie ne prend pas en charge les séances d'hypnose. Il existe tout de même un code acte dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANPR001), mais cet acte est non remboursable (tarif fixé à 0 euro). Si l'hypnothérapie est pratiquée par un médecin conventionné dans le cadre de sa consultation, la consultation reste prise en charge par l'Assurance Maladie (en fonction des règles de remboursement habituelles). Par ailleurs, certaines complémentaires santé proposent des remboursements partiels ou forfaitaires de séances d'hypnose (9).

I.3. Les représentations

I.3.1. Définition

Le Larousse définit la représentation comme la perception, l'image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet.

Étymologiquement, le terme vient du latin *repraesentare* qui signifie rendre présente une chose absente de notre champ perceptif.

Selon les sociologues Véronique Castellotti et Danièle Moore : « *Les représentations ne sont ni justes ni fausses ni définitives, dans le sens où elles permettent aux individus et aux groupes de s'auto-catégoriser et de déterminer les traits qu'ils jugent pertinents pour construire leur identité par rapport à d'autres. Elles sont ainsi à considérer comme une donnée intrinsèque de l'apprentissage, qu'il convient d'intégrer dans les démarches éducatives* » (10).

I.3.2. Les représentations mentales

Une représentation mentale ou représentation cognitive est l'idée qu'une personne se fait par la pensée d'une image, d'un concept ou d'une situation. Elle s'oppose aux représentations matérielles : plan, photographie, écriture, alphabétique, écriture musicale.

Par exemple, si l'on demande à un groupe d'individus de se représenter un concert, certains imagineront un concert de musique classique avec un orchestre alors que d'autres se projeteront dans un festival de hard rock et d'autres encore se verront au concert de leur chanteur préféré. C'est la représentation mentale.

Par opposition, si l'on montre la photographie d'une chaise à ce même groupe d'individu, ils auront tous la même vision. C'est la représentation matérielle.

Les représentations mentales se construisent d'une part à partir de la réalité et d'autre part de l'individu. En effet, elles sont influencées par son vécu, son histoire, ses expériences, et ses connaissances. Elles sont « une création cognitive issue d'un produit de données hétérogènes visuelles, spatiales, lexicales ou d'une autre nature ». Ces représentations sont foncièrement subjectives et amenées à évoluer dans le temps en fonction de ce que sera amené à vivre l'individu. Chaque individu a sa propre représentation du monde, celle-ci étant en constante évolution.

I.3.3. Les représentations sociales

Les représentations sociales sont à la collectivité ce que les représentations mentales sont à l'individu. En 1993, Denise Jodelet a proposé une définition de ces représentations : « *la représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». Cette forme de connaissance, parce qu'elle se distingue de la connaissance scientifique, est parfois appelée « savoir de sens commun » ou « savoir naïf » (11). Les représentations sociales déforment la réalité scientifique des faits, les individus apprennent à gérer cette réalité et acquièrent des connaissances qu'ils se transmettent afin de construire une réalité commune. Cette dernière donnera à un groupe donné la même représentation, ce qui favorisera une bonne communication et limitera les conflits.

Par exemple, la représentation du médecin est individuelle : certains imagineront un chirurgien en tenue de bloc opératoire alors que d'autres verront une personne avec une blouse et un stéthoscope autour du cou ; d'autres encore penseront à leur médecin généraliste qui ne porte pas de blouse et dont le stéthoscope n'est pas utile à chaque consultation. Pour autant, il est possible de parler d'un médecin dans la société sans avoir à préciser ces détails, et la compréhension entre les interlocuteurs est possible.

Les représentations, qu'elles soient mentales ou sociales, influencent le comportement des individus et sont génératrices de prises de position.

I.3.4. Genèse d'une représentation sociale

Les sources d'informations à partir desquelles se construit la représentation sociale sont multiples : les expériences, les savoir scientifiques et naïfs, les croyances populaires et religieuses etc.

Serge Moscovici énonce deux processus à l'œuvre dans la formation et le fonctionnement des représentations sociales : (12)

- celui d'*objectivation* d'abord, qui consiste à réduire et à transformer ce qui est abstrait en concret. Il permet ainsi aux gens de s'appropriier et d'intégrer des phénomènes ou des savoirs complexes. Il rend compte de la manière dont un individu sélectionne certaines informations plus expressives pour lui et les transforme en images signifiantes, moins riches en informations mais plus productives pour la compréhension. Il comporte trois phases :
 - Une phase de construction sélective : les informations sont tout d'abord triées en fonction de critères culturels et surtout normatifs. Certaines vont donc être retenues tandis que d'autres seront omises.
 - Une phase de schématisation structurante : les informations retenues s'organisent en un « noyau figuratif » concret, simple et cohérent avec les normes et la culture dans lesquelles il s'insère.
 - Une phase de naturalisation : le noyau figuratif prend un statut d'évidence et devient la réalité même pour le groupe considéré. C'est autour de lui que se construit l'ensemble de la représentation sociale. La représentation n'est pas seulement un double de l'objet, elle en est une « théorie » autonome. De « copie » simplifiée de l'objet, elle devient « réalité » de l'objet. C'est cette « réalité » qui va alors servir de cadre pour orienter nos perceptions, nos jugements et nos conduites.

- celui d'*ancrage* ensuite, qui permet d'adapter pour l'incorporer l'élément moins familier au sein des catégories familières et fonctionnelles que le sujet possède déjà : « *l'ancrage permet d'accrocher quelque chose qui est nouveau à quelque chose qui est ancien, et qui est partagé par les individus appartenant à un même groupe* ». C'est « *l'enracinement social de la représentation permettant son instrumentalisation* ». Cette nouvelle représentation va rejoindre les autres déjà constituées, et toutes vont alimenter un « univers d'opinions ».

Le but de cette étude est de retranscrire au mieux les représentations mentales des étudiants de troisième cycle des études de médecine générale de Nantes par rapport à l'hypnose et aux thérapies brèves.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de connaître les représentations des internes de médecine générale nantais de l'hypnose et des thérapies brèves. Les objectifs secondaires étaient d'apprécier leur connaissance de l'hypnose et des thérapies brèves, d'évaluer la formation reçue au cours du parcours universitaire ; de connaître le lien qu'ils font entre hypnose et psychothérapie.

II.2. Choix de la méthode qualitative

Pour répondre à ces objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, en utilisant la méthode par théorisation ancrée.

La recherche qualitative utilisée en médecine est issue des sciences humaines et sociales. Cette méthode est particulièrement adaptée pour l'étude des représentations, des comportements et des déterminants de la part des fournisseurs et des consommateurs de soins. Elle laisse une grande place à l'expression des enquêtés. Il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre, de comparer ni de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que des individus attribuent à leurs actions. Il s'agit donc de porter une attention particulière et de prendre en compte les dynamiques, les processus et les modes de compréhension des acteurs en santé (13).

La méthode par théorisation ancrée produit des théories à partir de matériau empirique. Cette méthode conjugue deux règles : l'ancrage, qui consiste à se référer à ce que vivent les acteurs et à le restituer fidèlement, évidemment sans « forcer » le matériau pour le faire rentrer dans des cases préconçues, et la création de nouvelles théories ou hypothèses, deuxième règle qui découle de la première.

Il existe plusieurs types d'entretiens :

- Les entretiens dirigés ou directifs. Ils consistent à poser des questions fermées aux personnes interviewées, celles-ci ont donc peu de place pour développer leurs réponses, leurs pensées. La méthode d'élaboration est rigoureuse afin de ne pas influencer les réponses. Ceci permet une analyse quantitative avec des statistiques pouvant être extrapolées à une population plus large que l'échantillonnage initial.
- Les entretiens non dirigés ou non directifs. Il s'agit de réaliser des entretiens sans cadre préétabli sur un thème, une question, et de laisser parler la personne interrogée. Le chercheur peut réorienter la discussion sans faire preuve de subjectivité.

- Les entretiens semi-dirigés ou semi-directifs. Les sociologues parlent d'observation indirecte. Il s'agit d'un petit nombre de questions ouvertes, amenant l'interviewé à développer ses idées, pouvant être librement relancé par le chercheur sans que ce dernier n'influence le discours. Les questions et leur formulation peuvent varier au cours de l'entretien et d'un entretien à l'autre. Il s'adapte à la situation présente.

Nous avons choisi cette dernière méthode d'entretien pour la réalisation de notre étude. En effet, l'interview ou entretien convient particulièrement pour répondre à notre question dont le but est de comprendre les futurs médecins généralistes que sont les internes de médecine générale, en partant de la façon dont ils se représentent l'hypnose médicale et les thérapies brèves.

L'entretien étant semi-dirigé, nous avons préalablement élaboré un guide d'entretien le plus ouvert et le plus succinct possible. En effet, nous souhaitons qu'il soit le plus reproductible possible afin de limiter l'impact de l'enquêteur sur les réponses des interviewés. Ce guide d'entretien avait pour objectif de laisser libre la parole autour de l'hypnose et des thérapies brèves, en limitant l'implication de l'enquêteur. Ce guide d'entretien a pu être modifié au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, comme le permet la méthode choisie pour cette étude. (Annexe 1)

II.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient inclus dans cette étude les étudiants en cours d'internat de médecine générale à l'Université de Nantes, c'est-à-dire inscrits en deuxième cycle des études médicales, quel que soit leur nombre de semestres validés pour le DES de médecine générale.

Le chercheur est allé à la rencontre des internes, lors de leur séance obligatoire de groupe d'échange de pratique (GEP) à la faculté de médecine, afin de les solliciter à participer aux entretiens. Les groupes de GEP sont établis par la faculté et non choisis par les étudiants. Une rapide présentation du travail de thèse était faite oralement, puis les étudiants intéressés laissaient leur numéro ou leur adresse mail afin d'être recontactés pour fixer une date et un lieu de rendez-vous pour la réalisation de l'entretien. L'enquêteur a choisi de se rendre dans deux groupes de GEP différents : les internes étaient soit en première année d'internat soit en dernière année, c'est-à-dire troisième année, afin de diversifier les informateurs en limitant les biais. L'objectif était de recueillir le point de vue du maximum d'internes des deux groupes afin de ne pas sélectionner que les internes motivés ou s'étant déjà renseignés voire formés sur l'hypnose. Afin d'enrichir les données recueillies, l'enquêteur a aussi interviewé deux internes de son ancien groupe de GEP et deux internes dont il savait qu'ils étaient sensibilisés à l'hypnose médicale au sein de leur service.

À noter qu'il est préférable de parler d'informateurs plutôt que d'échantillon pour différencier les méthodologies. En effet, la méthode choisie pour cette étude est qualitative et non quantitative, elle ne requiert donc pas stricto-sensu un groupe d'informateurs représentatif de la population étudiée (13).

Les internes ont été sélectionnés sur la base du volontariat. Après avoir laissé leurs coordonnées, ils étaient recontactés par l'enquêteur afin de fixer une date et un lieu pour la réalisation de l'entretien. Il a été nécessaire de faire une à deux relances par messages écrits téléphoniques afin d'obtenir la réponse de certains internes à inclure. Certains internes n'ayant pas donné suite à la deuxième relance n'ont pu être inclus. L'enquêteur s'est rendu le plus disponible possible dans les limites de ses propres contraintes professionnelles et familiales.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion pour cette étude. Nous avons en particulier, choisi de ne pas exclure les internes formés à l'hypnose, en dehors de leur formation universitaire, afin de se rapprocher au maximum de la réalité des représentations des internes.

Pour des raisons pratiques de temps et de faisabilité des entretiens individuels, nous avons décidé de nous limiter à une étude des représentations chez les internes de la faculté nantaise.

II.4. Recueil des données

Les internes ont été rencontrés personnellement en face-à-face lors d'entretiens. Ceux-ci ont été réalisés sur la base du volontariat. Le choix du lieu et de l'horaire était laissé à l'interviewé dans la limite des propres contraintes professionnelles et personnelles de l'enquêteur.

L'enquêteur s'est attaché à faire en sorte que le déroulement de l'entretien soit le plus reproductible possible. Il rappelait en début d'entretien l'objectif du travail, s'assurait par oral du consentement de l'interviewé quant à l'enregistrement de l'entretien singulier. L'enregistrement était réalisé avec un dictaphone sur ordinateur et sur un téléphone portable afin de pallier à un éventuel problème technique. L'enquêteur avait choisi de prendre des notes au cours de l'entretien avec plusieurs objectifs. Le premier était de poser le cadre de l'entretien, à savoir un cadre de travail montrant l'importance de ce qu'allaient dire les internes au cours des rencontres. Deuxièmement, afin de pouvoir relancer ou faire préciser les internes sur une idée qu'ils n'auraient pas développée spontanément, paraissant pertinente et nouvelle. Lors de l'entretien, l'enquêteur a tâché de favoriser une communication fluide et spontanée. Il était sensible à rendre cette rencontre personnelle malgré le sérieux de l'entretien et la prise de notes ainsi que le caractère reproductible des entretiens. Chaque rencontre est unique, et l'attitude personnelle de chacun est une forme de communication.

L'entretien se terminait par une présentation rapide de l'interviewé quant à son parcours universitaire et le mode d'exercice de la médecine générale souhaité. La présentation personnelle de l'interviewé venait volontairement en fin d'entretien afin de ne pas introduire un caractère interrogatoire lors de la rencontre singulière, dans le but de laisser l'interviewé s'exprimer spontanément tout au long de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés du 26 février 2019 au 17 juillet 2019. Ils ont duré en moyenne 31,6 minutes (allant de 17 minutes à 50 minutes). Onze des douze entretiens ont pu être réalisés de visu. Un seul a été réalisé via le logiciel de vidéo conférence Skype®, palliant à l'éloignement géographique et aux contraintes horaires des deux partis, tout en essayant de reproduire un entretien singulier. Les entretiens de visu se sont déroulés au domicile de l'interne (pour trois entretiens), de l'enquêteur (pour un entretien), au cabinet d'exercice de l'enquêteur (pour un entretien) ou à la faculté de médecine (pour six entretiens).

II.5. Fin du recueil de données

La méthode choisie d'entretien semi-dirigé impose des contraintes qui lui sont propres. Il faut tenir compte du temps et des ressources disponibles. Les internes ont souvent des plannings chargés ce qui limite leur disponibilité. Le temps imparti pour la réalisation de ce travail est lui aussi soumis à des contraintes qu'il s'agit de respecter quant au délai de collecte des données et à la détermination du nombre d'entretiens.

L'objectif était d'arriver, tant que faire se peut, à saturation des données, ce qui signifie que les derniers entretiens n'apportent pas de nouveaux points de vue, de nouvelle thématique exploitable.

Au total, douze internes ont été interviewés, répartis comme suit : huit internes en cours de dernier semestre et quatre internes en début de cursus : trois en fin de premier semestre et un en début de second semestre. Ce dernier ayant été réalisé après le changement de stage (début mai), cet interne était donc de la même promotion que les trois autres internes de début de cursus.

II.6. Méthode d'analyse des données par théorisation ancrée

Au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, nous avons procédé à la retranscription intégrale, c'est-à-dire retranscription du langage verbal et du langage non verbal lorsque celui-ci était pertinent à la compréhension de ce que disait l'interne interviewé. Nous avons choisi de retranscrire au plus près le langage utilisé par les interviewés afin de retransmettre au mieux leur état de pensée, d'incertitude ou de réflexion. Les entretiens ont été retranscrits sur

le logiciel de traitement de texte Microsoft Word[®], à partir des enregistrements vocaux faits via Dictaphone sur le téléphone portable et Audacity[®] sur l'ordinateur, logiciels gratuits. Afin d'analyser les données, nous avons suivi les conseils du Manuel d'analyse qualitative de Christophe Lejeune en utilisant la méthodologie de la théorisation ancrée (production de théorie à partir du matériau empirique, méthode purement interprétative) (14).

La méthode par théorisation ancrée regroupe trois types d'activité, le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif.

- Le codage ouvert concerne les premiers contacts avec le matériau : les entretiens singuliers. Il s'agit d'identifier ce qui caractérise le phénomène étudié (ici l'hypnose) en étiquetant le matériau afin d'en dégager des propriétés. Les propriétés sont les éléments qui expriment le vécu des acteurs et leurs expériences. Elles permettent d'élaborer des catégories qui nomment, désignent et identifient le phénomène à étudier.
- Le codage axial articule les propriétés. Le chercheur relie les propriétés deux à deux, en intégrant comment la première varie en fonction de la deuxième. De nombreuses combinaisons peuvent être envisagées. Elles varient également en fonction du chercheur qui réalise ce codage.
- Le codage sélectif permet l'intégration des catégories à un système global, en laissant de côté les catégories éclairant un autre phénomène que celui qui est à intégrer. Il constitue la finalisation, même provisoire, de la recherche.

Afin de clarifier les différentes idées des internes interviewés, l'enquêteur a utilisé des représentations graphiques, appelées schémas analytiques, d'abord entretien par entretien, au brouillon, dans un journal de bord, pour l'aider dans le codage axial. Ensuite, l'utilisation des schémas analytiques a permis d'illustrer les catégories élaborées correspondant aux trois grandes parties des résultats de l'étude.

L'analyse était en fait concomitante au recueil des données. Un aller-retour permanent entre la conception de l'étude, le recueil et l'analyse permettait l'élaboration progressive des hypothèses.

III. RÉSULTATS

Les représentations de l'hypnose et des thérapies brèves chez les internes de médecine générale sont riches.

Un rapide portrait des internes sera d'abord dressé afin de comprendre les réponses apportées par chacun des internes interviewés.

L'analyse des douze entretiens menés auprès d'eux a permis de catégoriser leurs idées en trois parties :

- Manque de connaissance de l'hypnose et des thérapies brèves.
- Vision « magique » de l'hypnose.
- Vision relationnelle de l'hypnose.

III.1. Portraits des internes interviewés

III.1.1. Interne numéro 1

Interne femme en cours de cinquième semestre ayant pris une disponibilité d'un an afin de faire de la médecine humanitaire. A fait son externat à Rennes.

Expérience d'hypnose à titre professionnel lors d'un stage d'externe où elle a suivi un praticien pendant trois jours, qui pratiquait l'hypnose. Elle a pu bénéficier d'une séance d'essai à cette occasion. Elle a eu l'occasion de voir en stage des infirmières ou auxiliaires de puériculture pratiquer de la diversion hypnotique auprès d'enfants devant subir un geste plus ou moins invasif.

Elle n'a pas suivi de formation théorique à l'hypnose ni aux thérapies brèves.

Une formation la tenterait « presque » pour connaître un peu plus ce qu'est l'hypnose, pour avoir quelques bases. Mais le côté chronophage la limite.

Elle a choisi la médecine générale pour sa variété, la richesse de la relation médecin-malade, la possibilité de faire des soins palliatifs et de la médecine humanitaire.

III.1.2. Interne numéro 2

Interne femme en cours de cinquième semestre. A fait son externat à Brest. Lors de son cursus, elle a été marquée par un stage fait en Algérie pendant neuf semaines.

Elle a la notion de chirurgie (tumorectomie) sous hypnose lors d'un stage de chirurgie mais n'a pas assisté à ce type d'opération.

Pour elle, l'hypnose s'utilise dans le sevrage tabagique et s'apparente beaucoup à de la psychothérapie. Elle fait la différence entre hypnose spectacle et hypnose thérapeutique et se représente l'hypnose comme dans les bandes dessinées de Tintin.

Elle n'a pas d'expérience personnelle d'hypnose.

Elle se sent limitée par l'absence de formation initiale pour aller plus loin dans la formation en hypnothérapie. Mais elle trouve que l'hypnose, comme les TCC ont un côté attrayant et peuvent être utiles à de nombreux patients dans l'approche psychologique.

III.1.3. Interne numéro 3

Interne femme en cours de cinquième semestre. A fait son externat à Nantes.

Elle suit le DU de santé des migrants. Elle a eu une formation de sensibilisation aux discriminations avec le centre LGBT et à l'entretien transculturel avec Médecins du Monde.

Elle a fait l'expérience d'une séance d'hypnose lors de son stage au centre d'évaluation et de traitement de la douleur, qu'elle considère comme un échec car elle s'est endormie pendant la séance et n'a pas réussi à partir.

Elle désire se former aux thérapies brèves, TCC et hypnose. Elle souhaite rester vigilante à ne pas faire de la « psychologie de comptoir » avant d'avoir acquis suffisamment de connaissances pour être bénéfique pour les patients. Elle pense que l'accès à la formation est difficile pour les formateurs comme pour les formés par le formatage « carré » exigé par la rigueur scientifique. Ces techniques ne sont pas reproductibles selon des protocoles, mais variables en fonction des individus, des circonstances...

Elle a choisi de pratiquer la médecine générale pour la relation avec les patients, pour fuir le CHU, pour avoir une activité variée et libérale.

III.1.4. Interne numéro 4

Interne femme en cours de cinquième semestre. A fait son externat à Paris. Suit le DESC de Médecine d'Urgences. N'a encore pas fait de stage en libéral.

Elle n'a pas bénéficié de formation formelle à l'hypnose lors de son cursus universitaire. Elle a eu une présentation de trente minutes par une IDE formée lors de son stage aux urgences pédiatriques, plutôt porté sur la communication verbale et non verbale. Elle a vu des inductions d'anesthésie sous hypnose lors de son externat. Elle a la notion de prise en charge de la douleur par l'hypnose, lors d'un stage d'externe, sans pour autant avoir assisté à une séance.

Elle n'a pas eu d'expérience personnelle d'hypnose. Et elle n'a pas de notion de ce que sont les thérapies brèves.

Elle pense que l'hypnose a une représentation négative dans la population générale, qui n'est pas la réalité. Elle inspire la peur, à cause de l'hypnose médiatique.

Elle a choisi médecine générale par défaut, faute de classement adéquat pour avoir une autre spécialité.

Aimerait enrichir ses connaissances en hypnose pour sa pratique de médecin urgentiste.

III.1.5. Interne numéro 5

Interne homme en cours de cinquième semestre. A fait son externat à Angers.

La première représentation de l'hypnose pour lui c'est Mesmer.

Il a découvert l'hypnose dans le sevrage tabagique lors d'un congrès du CNGE en 2018, ainsi que son utilisation thérapeutique dans les acouphènes. Il en a depuis parlé avec les médecins généralistes qu'il a vus en stage sans retour (positif ou négatif) sur cette méthode. Avant ce congrès, il ne considérait pas l'hypnose comme pouvant être thérapeutique mais plutôt utile en psychothérapie « pour faire dire aux patients certaines choses », pour comprendre leur façon de penser et leur comportement. Il a également la notion que l'hypnose peut être utilisée par les anesthésistes en aide à l'induction anesthésique car en a vu lors de son externat.

Il n'a pas bénéficié de formation théorique lors de son cursus universitaire sur l'hypnose ou les thérapies brèves.

Il confond les thérapies brèves avec les interventions brèves.

Il a choisi la médecine générale pour « connaître un peu de tout », pour la relation privilégiée avec les patients permettant « de discuter d'autres choses que de leur maladie ». Il aime le fait de ne pas être sous « l'autorité hospitalière », de pouvoir avoir des activités « annexes » : souhaite faire une capacité de Médecine du Sport.

Sur le principe, il aimerait se former à l'hypnose mais souhaite d'abord privilégier la capacité de médecine du sport. Il pense que c'est chronophage et ne pense donc pas pouvoir faire les deux.

III.1.6. Interne numéro 6

Interne femme en cours de premier semestre. A fait son externat à Nantes.

Elle n'est pas passée en stage en médecine libérale.

Elle n'a aucune formation en hypnose théorique ou pratique. Elle n'a aucun retour sur cette pratique. Elle a la notion que des chirurgies thyroïdiennes se font sous hypnose, sans en avoir vues.

Elle a choisi la médecine générale afin de voir « d'autres choses que la médecine occidentale strictement parlé » ; pour connaître ses patients, pour l'exercice en cabinet, et pour la liberté d'organisation du planning.

III.1.7. Interne numéro 7

Interne femme en cours de premier semestre. A fait son externat à Rennes.

Sa mère est pédiatre, plutôt contre les médecines alternatives par principe mais s'ouvre selon les avis de ses collègues.

Elle n'a aucune notion personnelle ou professionnelle de l'hypnose. Ses connaissances viennent de lectures profanes, de discussion en covotage.

Elle s'est vue proposer de l'hypnose pour des troubles du sommeil mais ne l'a pas fait, par manque de temps et un état de stress intense lié à la préparation des ECN.

Elle a choisi la médecine générale pour son côté transversal, la possibilité d'installation en libérale, la gestion libre de son planning, et l'internat plus court.

Elle aimerait faire le DU de pédiatrie, de gynécologie.

III.1.8. Interne numéro 8

Interne homme en cours de dernier semestre. A fait son externat à Nantes.

Il a été marqué par une séance d'hypnose lors d'une réduction de fracture ouverte et confection d'un plâtre chez un enfant, dans le service des urgences. La séance était guidée par une infirmière formée. Cette séance avait aussi un but de formation, pour l'interne présent ainsi que pour d'autres infirmières à former.

Sur le plan professionnel, il a pu avoir des retours positifs sur l'hypnose de patients, dans le cadre de sevrage tabagique et de gestion du stress.

Il a aussi une expérience personnelle d'hypnose avec deux praticiens différents, pour limiter un état d'anxiété lié à la préparation des ECN. Sa tante, psychiatre, est un hypnothérapeute. Initialement, il aurait aimé être chirurgien mais cette spécialité n'est pas compatible avec son état de santé. Puis il aurait aimé faire de la pédiatrie générale. A choisi la médecine générale, suite au classement ECN, par dégoût de la médecine hospitalière d'une part et par intérêt pour le suivi des patients d'autre part. Il aime l'aspect coordination du suivi des pathologies chroniques et le suivi de familles entières. Il se voit travailler en maison de santé pluri-professionnelle.

S'est renseigné sur la formation à l'hypnose.

III.1.9. Interne numéro 9

Interne homme en cours de dernier semestre. A fait son externat à Caen. A suivi les deux premières années de formation à l'IMHENA-AREPTA à Nantes. A également suivi les cours de communication organisés par la faculté de Nantes.

Il a pris une disponibilité pendant son internat afin de faire de la médecine humanitaire. Finalement, un concours de circonstance l'en a empêché, il a fait un voyage à la place.

Il a commencé à lire sur l'hypnose pendant ses études, avant de se former. Il considère que cette technique comble le vide laissé par les études de médecine. Il trouve enrichie la relation médecin-patient grâce à l'hypnose, par sa vision globale du patient et non pas une vision centrée sur le duo symptôme-traitement.

Il a choisi la médecine générale d'une part par rejet de l'organisation hospitalière qui s'occupe d'un problème en particulier, et d'autre part par attrait spécifique à cette spécialité du suivi, de la communication et de la relation. Il aime la vision globale du patient que permet la médecine générale. Il imagine sa pratique en cabinet de groupe, avec une journée en CSAPA afin d'y pratiquer l'hypnose et les thérapies brèves de manière plus confortable.

III.1.10. Interne numéro 10

Interne femme en début de second semestre. A fait son externat à Nantes.

Elle a assisté à une séance informelle d'hypnose lors de son stage en psychiatrie d'un mois lors de l'externat, mais ne sait pas trop si c'était réellement de l'hypnose. Il n'y a pas eu d'échange avec le thérapeute ensuite.

Elle a choisi médecine générale suite aux stages faits pendant le cursus. Initialement voulait faire de la pédiatrie, mais n'aimait pas le contact hospitalier, les spécialités. Au fur et à mesure des stages, sa vision de la médecine générale a changé. Elle aime le fait de suivre les patients, de suivre une famille entière, de bien connaître les gens. Elle aime le relationnel et le suivi.

III.1.11. Interne numéro 11

Interne femme en cours de sixième semestre. A fait son externat à Saint-Étienne.

Elle a suivi les cours de communication organisés par la faculté de Nantes.

Elle a été en stage praticien niveau 1 chez une médecin formée à l'hypnose, qui la pratiquait au quotidien. Elle en avait également vu lors de son externat en stage d'oncologie pédiatrique.

Elle a également la notion que l'hypnose est bien intégrée dans la prise en charge de la douleur, étant passée en stage au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

Elle a bénéficié de séances d'hypnose à titre personnel.

Elle a choisi la médecine générale pour la communication avec les patients, le suivi, la relation particulière avec eux, et la polyvalence. Elle souhaite faire le DU de gynécologie et dans un second temps se former à l'échographie.

III.1.12. Interne numéro 12

Interne homme en cours de dernier semestre. A fait son externat à Nantes.

Formation sur un week-end avec l'école Dany Dan Debeix à Paris, sur l'auto-hypnose.

Il pense que l'hypnose devrait plus être intégrée dans la pratique de médecine générale.

Il est passé en stage praticien niveau 1 et SASPAS chez deux médecins formés à l'IMHENA-AREPTA. La première avait du mal à intégrer l'hypnose au quotidien.

Il a choisi médecine générale pour avoir une vie de famille, pour continuer à avoir des vacances et à faire du sport. Pour son côté complet et varié tant sur la patientèle que sur les possibilités d'exercice, de techniques complémentaires. Il verrait bien sa pratique partagée entre libéral et pratique hospitalière en médecine polyvalente.

Il est intéressé pour continuer à se former en hypnose, faire le DU de médecine du sport, le DU d'échographie.

III.2. Manque de connaissance de l'hypnose et des thérapies brèves

III.2.1. Pour les internes

Futurs médecins en formation, les internes pensent n'être pas ou peu formés à l'approche thérapeutique hypnotique.

III.2.1.1. Connaissance comme une personne lambda

La plupart des internes interviewés expriment n'avoir pas plus de connaissance qu'une personne lambda. Certains ajoutent qu'ils sont même moins bien informés que les patients eux-mêmes, puisque ces derniers font des recherches sur le net, s'informent auprès d'amis, famille, ou praticiens, regardent des émissions sur le sujet à la télévision.

« J'ai pas une notion plus précise vraiment que quelqu'un de lambda. » (12)

« Après ça fait une vision assez empirique, assez profane des choses mais. Donc je n'ai jamais lu de sujet sur l'hypnose donc c'est la vision que j'ai actuellement. » (15)

« Je n'ai jamais fait de recherche ou me demander à quoi ça ressemble l'hypnose. Ce que j'imagine c'est hum, c'est à travers les films. [...]. [Pour les patients] Ça doit être comme moi !! Oui, je pense bien. Ou un peu mieux que moi, parce qu'eux avant de poser la question sur l'hypnose, eux ils cherchent sur Google, ou à travers des proches quoi. » (16)

Pour l'une des internes, la première représentation exposée de l'hypnose, c'est l'hypnose spectacle vue à la télévision.

« Ce que ça m'inspire c'est plus ce qu'on voit à la télé. [...]. Avec euh, les gens sous hypnose où on leur dit quoi faire et ils font ce qu'on leur dit de faire. » (17)

III.2.1.2. Connaissance floue de l'hypnose et de la transe

La plupart des internes interrogés n'ont pu bénéficier de formation théorique à l'hypnose au cours de leur cursus universitaire. Certains ont eu une mini-formation par des infirmières diplômées du DU d'hypnose lors de leur stage aux urgences, d'autres ont pu bénéficier d'une « séance d'essai » au cours d'un stage chez le praticien ou en centre d'évaluation et traitement de la douleur. D'autres encore ont eu l'occasion de vivre une séance d'hypnose à titre personnel. L'un des internes interviewés a suivi une formation à l'auto-hypnose sur un week-end. Un autre a suivi la formation à l'IMHENA-AREPTA.

« On ne nous en a pas, enfin je n'ai jamais vu vraiment de formation sur l'hypnose proposée dans le cursus de base en tout cas. [...] c'est quelque chose qui est très flou pour moi. Enfin, que je ne connais pas du tout, ou de très loin » (12)

« J'ai pas eu de formation. Euh on a eu, au début de ce stage [aux urgences] un petit topo mais d'une demi-heure par une des infirmières qui avait eu un DU d'hypnose. Sur voilà, quelques..., comment ça se passe et quelques mots à ne pas utiliser. Après c'est plus avec la pratique courante de les voir, qu'on commence à comprendre mieux comment ça marche. » (I4)

« Non, enfin je ne sais pas, franchement je n'ai pas vraiment d'avis sur la question. Enfin je n'ai jamais essayé, j'ai jamais vu quelqu'un essayer, j'ai eu des retours comme quoi ça fonctionnait mais après je ne sais pas du tout comment ça fonctionne. » (I7)

« Alors moi l'idée que j'en ai c'est plutôt de, d'aller interagir avec le subconscient, des choses qui seraient, on va dire euh, rangées dans le subconscient ou euh... et qui vont avoir un impact sur la partie consciente on va dire. Et du coup en thérapie on peut dire, c'est plutôt d'aller euh..., j'allais dire un peu examiner ou voir ce qu'il se passe dans cette partie là du subconscient ou de l'inconscient et de, éventuellement faire des modifications ou de changer les... hum, ce qui est intégré, enfin changer la perception de... au niveau de l'inconscient ou changer à ce niveau là. » (I12)

Les internes, y compris ceux ayant suivi des formations plus intensives, ont des difficultés à définir l'état d'hypnose et l'état de transe.

« Il est dans un état second, donc il est en état d'hypnose, il est conscient, mais euh, euh, oui un peu dans un état second, enfin il n'est pas endormi mais il est vraiment euh (rires) sous hypnose ! [...] il est vraiment entre deux états. [...] Je sais pas ce que ça veut dire un état de transe » (I1)

« Je ne connais pas la définition de l'hypnose mais euh, on peut dire que c'est une sorte d'apaisement, on est encore sur de la baisse de la vigilance pour qu'il arrête de se fixer sur son anxiété, sur ce qu'il se passe autour et je pense que ça fait parti de l'hypnose. » (I5)

« Comment je le décrirais cet état de conscience modifiée ? (Silence 6 sec). Ben comme un état où euh... on est présent. Donc..., mais un état qui, où on est toujours, on est toujours euh, on toujours présent c'est-à-dire que voilà on peut parler pendant, pendant cet état-là, on peut faire des gestes, on peut ouvrir les yeux. Donc, voilà, il n'y a pas de perte de contrôle. Mais cet état nous donne accès à autre chose par le, par le relâchement mais hum, (Silence 8 sec), le hum... Comment dire ça ? (Silence 12 sec) L'acceptation de... d'un état où on accepte les sensations qui peuvent venir ou euh... (Silence 10 sec), ouais, je ne sais pas... » (I9)

« C'est vrai que le patient était parti à un moment, enfin je ne sais pas comment dire, il était dans un autre état quoi de..., je ne sais pas. (Rires) [...] Alors, euh, ..., la transe, euh... (rires), c'est euh... Bah là il n'était pas complètement en tr', bah il était encore euh, conscient de ce qu'il y a avait autour de lui je pense. Enfin j'avais l'impression en tout cas. La transe, je ne sais pas. Ça serait vraiment être

euh... Pour moi, c'est quand, oui tu es complètement ailleurs. Enfin tu as beaucoup moins conscience de ce qu'il y a autour de toi quoi. » (I10)

Ils ont la notion que le praticien est là pour guider le patient à l'état d'hypnose, à accéder à l'état de transe, sans pour autant connaître le fonctionnement de cette méthode.

« Moi la représentation que j'en ai c'est essayer de, hum, un peu de faire, enfin, de mettre la personne dans un état où il va penser à autre chose et pas à ses sensations. Mais j'ai du mal à comprendre comment c'est possible. » (I2)

« C'est, euh, on va parler avec les gens, on va faire euh, d'une manière, c'est à travers la conversation on va faire, euh, ce n'est pas pour endormir les gens mais euh, pour mettre les gens dans un état hum, inconscient. Dans un état un peu flottant entre la conscience parfaite et le sommeil. [...] Ben, on fait imaginer, bah on, on demande aux gens de nous raconter des choses ima..., non, des choses imaginaires, eux ils entrent dans leur imagination et nous on les guide, on donne des détails au fur et à mesure pour que, pour les mettre vraiment dans ce monde-là. » (I6)

L'un des internes interviewés, formé à l'hypnose par l'IMHENA-AREPTA, a plus de facilité à décrire une séance d'hypnose, un état de transe hypnotique.

« On va, ce qu'on appelle induire une transe, c'est-à-dire que on va essayer de l'amener dans un état de conscience modifiée, c'est ce que je disais tout à l'heure ; qui en fait est un état naturel. Donc si le patient il est, il est ok, il y a des... on peut utiliser différentes techniques. Ça c'est la technicité mais on va l'amener souvent à se focaliser sur... soit sur la voix, soit sur une image. Et après en fonction des signes qu'on pourra... de transe qu'on verra sur lui, après on pourra travailler sur l'objectif par des suggestions, par des métaphores, par des (Silence 6 sec), par des exercices. » (I9)

III.2.1.3. Méconnaissance des thérapies brèves

Peu nombreux sont les internes ayant une idée de ce que sont les thérapies brèves.

« Non, c'est quoi ? » (I1)

« Thérapies brèves non je ne sais pas ce que c'est. Non pas du tout. » (I2)

« Non, ça c'est facile c'est jamais ! » (I6)

« Ça me parle mais je ne saurais pas dire ce que c'est... Ben j'en ai, ben le terme me parle mais après euh... Après je ne pourrais pas t'en dire plus. » (I10)

Pour un autre interne, il existe une confusion entre thérapies brèves et interventions brèves.

« Alors thérapies brèves euh, je l'entends juste pour le tabac. Euh thérapies brèves. « Combien vous fumez ? À quel moment vous fumez ? Est-ce que vous souhaitez arrêter ? » C'est surtout cette idée. Quand je pense à thérapie brèves je pense à ça d'abord. Mais les autres thérapies brèves, je ne sais pas s'il y en a, je ne sais pas si, comment on, je ne sais pas comment on appelle, ce qu'on

appelle, la définition de thérapie brève. Je connais jusque que pour le tabac c'est euh, on essaye de faire quelque chose sur l'addiction, euh, rapidement et avec quelques questions. » (15)

Pour un autre interne, les thérapies brèves, qu'il appelle thérapies courtes, ont pour objectif de modifier la perception d'une situation, en quelques séances.

« Si j'ai bien compris, [...] les thérapies courtes c'est, justement, c'est pour modifier un comportement ou intégrer différemment hum, mais de façon sûrement très courtes, sur quelques séances, modifier la façon dont on voit certaines situations stressantes par exemple. Euh,... Bah par exemple, pour certains qui sont anxieux au travail ou chose comme ça. Bah, la façon de comment ils reçoivent une, une phrase et comment ils l'intègrent en essayant de le..., de transformer ça en quelque chose de pas stressant. Donc pour moi c'est ça : c'est modifier une... enfin une réaction, enfin, qu'on peut avoir face à un stress ou face à une demande ou face à... n'importe quelle situation. » (112)

L'une des internes interrogés est capable de citer des thérapies brèves telles que les thérapies cognitivo-comportementales. Elle a la notion qu'il existe d'autres types de thérapies brèves sans pouvoir les nommer ou les expliquer. Pour elle, ne s'intègrent pas dans les thérapies brèves l'hypnose et l'EMDR.

« En fait la thérapie brève euh, enfin la cognitivo-comportementale, pour moi. [...] Dans ma tête c'est un peu un trio hypnose, thérapies brèves, EMDR. [...] Je sais que la TCC est un type de thérapie brève. Mais je ne connais pas bien les autres types de thérapies brèves. » (13)

Pour une autre interne, les thérapies brèves font partie des thérapies cognitivo-comportementales. Elle ne sait pas à quelle grande famille appartient l'hypnose.

« Alors je sais pas si ça s'intègre complètement aux TCC euh ou si ça peut être des exercices utilisés... en les intégrant, enfin, je sais pas si ça peut correspondre à la même chose, si l'hypnose peut être intégrée aux TCC. [...] Pour moi les thérapies brèves sont incluses dans les thérapies cognitivo-comportementales. C'est-à-dire c'est l'idée de prendre en charge de manière assez spécifique euh, un patient sur un problème à peu près particulier et de le faire avancer, pas en psychanalytique, pas en le faisant juste (enfin juste c'est un grand mot) pas en le faisant parler pendant des heures sans interagir, mais plutôt saisir à la volée euh... ok là il y a un problème anxieux dans une situation. Cette situation-là a posé un problème. Bon ben on va essayer de voir ce qu'on peut dépatouiller pour que quand il se retrouve dans cette situation-là, il ait quelque chose à faire, une solution, une euh... quelque chose à tenir, qu'il ait pas rien, qu'il se retrouve pas dans la même situation, pour limiter les sentiments qu'il a pu avoir à ce moment-là... Et après, sous forme de petits exercices, pour qu'à terme il n'ait pas, enfin l'idée c'est pas d'être suivi, enfin ce que j'en ai compris, par un psychothérapeute à long terme, c'est de... sur une période assez courte, qu'on arrive à certaines choses que le patient puisse mettre en place dans sa vie de tous les jours. Je sais pas si c'est ça exactement, mais c'est l'image que j'en ai.» (111)

Pour un autre interne, les thérapies brèves se résument comme étant les thérapies orientées vers les solutions : c'est la vision ericksonienne.

« Moi, j'en connais un peu sur les thérapies orientées sur les solutions et sur les thérapies stratégiques, donc c'est plus l'école de Palo Alto. »

III.2.1.4. Besoin de formation

Des méconnaissances de l'hypnose et des thérapies brèves, découle l'envie, pour certains, d'approfondir leur formation sur ces techniques thérapeutiques.

III.2.1.4.1. Formation à la communication

Les internes s'accordent à dire que la communication est au cœur du métier de médecin généraliste. Médecins en devenir, ils sont nombreux à penser qu'une formation spécifique à la communication est nécessaire pour la pratique quotidienne de cette spécialité.

« On peut s'imaginer que y a des techniques de communication, euh qui paraissent toutes simples mais qui vont amener le patient à réfléchir d'une certaine manière. Euh, à le, le le faire être dans un état, dans un état particulier, avec la communication verbale et non verbale j'imagine aussi. » (12)

« La communication. Bah il y a pratiquement que ça ! Enfin on est baigné de communication. Alors, ça arrive de l'entrée à la fin de la consultation. C'est quelque chose, c'est assez prégnant. Tout l'abord qu'on a avec le patient. La façon dont on dit les choses, la façon dont on aborde les problèmes ; l'addiction, l'effort de faire comprendre notre vision des choses. Je pense que c'est un outil qu'on ne met pas assez en valeur, en tout cas dans l'externat, je pense que ça fait, je pense que c'est l'outil de base du médecin généraliste. Alors il y a toutes les connaissances scientifiques qu'on a pu avoir pendant l'externat mais je pense que c'est quelque chose qu'on ne met pas assez en valeur dans les études. Mais je pense que ça vaut pour toute la médecine, pas forcément que la médecine générale. [...] Je pense que la communication elle est hyper importante pour ça parce que, outre le travail d'enquêteurs de terrain, je pense qu'il faut qu'on comprenne ce qu'ils nous disent et il faut qu'on se fasse comprendre. » (15)

« Je pense que oui, la façon de communiquer est essentielle. » (18)

III.2.1.4.2. Formation au cadre de pratique

La formation est une étape primordiale à la pratique de l'hypnose. Même si les internes s'accordent à dire que nombreux sont ceux qui peuvent pratiquer l'hypnose, en tant que praticien, ils considèrent que la formation est indispensable à la réalisation optimale de l'hypnose à visée thérapeutique.

À la formation théorique s'ajoute une part d'adaptation personnelle à la pratique.

« Le médecin il sait ce qu'il fait entre guillemets, parce qu'il a ses méthodes, il a sa technique pour parler. » (11)

« On peut pas se,..., pas s'inventer comme ça, enfin je ne sais pas en n'ayant jamais essayé. Mais euh j'imagine qu'il faut un minimum d'entraînement mais qui le fait, je pense que n'importe qui peut se former et en faire. » (17)

L'une des internes utilise une image pour décrire l'intérêt de la formation à la pratique de l'hypnose.

« La formation c'est, euh, c'est. Pour moi c'est comme la cuisine, il y a des gens qui sont forts et des gens qui ne sont pas forts. Mais si on suit les cours de cuisine ça nous donne les recettes. Ça nous donne la voie, mais, la voie pour y arriver. Mais si on n'est pas très fort en cuisine bah du coup, on n'a pas le même goût. Ça sera dégueulasse ce qu'on fait, même si ça a la forme de tel ou tel plat. » (16)

III.2.1.4.3. Intérêt pour le bien-être du praticien

La pratique de l'hypnose n'est pas sans conséquence pour le praticien. En tant que participant actif de la séance, il en retire des bénéfices.

« Parce que, c'est un thérapeute qui... je pense aussi, prend quelque chose pour lui dans les consultations qu'il fait. » (13)

« Donc là je me suis dit que c'était vraiment bien parce que du coup lui il était plus apaisé et donc nous on était plus apaisé que tout à l'heure il nous avait un peu induit en stress. C'était un peu euh, la tension était un peu montée. Et donc d'avoir pu discuter un petit peu avec lui, voir qu'il s'était détendu, bah, finalement on a pu faire le plâtre sans soucis et euh, ça s'est bien passé pour lui et pour nous. C'est plutôt satisfaisant, à la fin de la journée, sur des prises en charge comme ça plutôt que des prises en charge un peu forcées. » (14)

Pour l'un des internes, proposer de l'hypnose procure aussi un confort au praticien qui se sent moins limité dans ses prescriptions. Il prend l'exemple des acouphènes pour lesquels la médecine « classique » n'a pas de solution efficace et pour lesquels l'hypnose peut être bénéfique.

« Je pense qu'ils [les patients] préfèrent avoir quelque chose [une prescription de séance d'hypnose] que rien du tout et nous c'est pareil. » (15)

III.2.1.5. L'accès à la formation paraît difficile

Le manque de notion de base d'hypnose et de thérapies brèves est un frein à désirer approfondir la connaissance de ces outils, bien que les internes interviewés soient curieux de ces techniques.

« Ça m'intéresse de savoir comment on peut l'utiliser » (15)

L'un des internes explique ce manque de formation par la représentation péjorative de cette pratique.

« C'est un petit peu considéré comme des formations de niche, enfin des formations un petit peu exotiques, je pense. » (15)

L'une d'entre eux met en avant, d'une part le caractère complexe de cet outil thérapeutique qui limite l'accès à la formation et d'autre part la peur de l'échec inhérent à notre profession.

« C'est plus simple de sensibiliser les étudiants à quelque chose de très théorique et de très factuel comme l'examen des articulations [...] parce que voilà c'est carré. [...] Alors que les thérapies complémentaires ou des notions de

transculturalité, et ben c'est des choses, qui, sur le papier c'est très beau mais face à un patient c'est pas du tout la même chose que dans les bouquins. Et donc c'est là que y a du coup, je pense que c'est compliqué pour les gens de se mesurer face à ça. [...] on est médecin donc on a peur de l'échec ! » (13)

III.2.2. Pour les patients

III.2.2.1. Besoin d'information

Les internes ont la représentation que les patients ont eux-mêmes des représentations souvent négatives de l'hypnose, exprimées à travers des références culturelles variées de l'hypnose, marquant surtout l'hypnose manipulatrice.

« Je pense qu'au début ils [les patients] doivent avoir peur de se retrouver justement comme Kaa [serpent dans le livre de la jungle] tu sais qui t'hypnotise et tu te retrouves à dire des bêtises ou ce que tu veux pas dire. Je pense qu'ils doivent avoir un peu peur au début. En disant « Oh mais il va me faire dire des trucs que j'ai pas envie de dire ou je sais pas quoi » ». (11)

« Enfin après c'est l'image que j'en avais avant euh c'est euh les BD de Tintin où ils font euh (elle secoue la tête entre ses mains). [...] où tu perds le contrôle de toi. Après euh, ouais ça peut être une certaine image qu'on... que même moi j'ai aussi quoi, de perdre le contrôle, enfin de faire perdre à quelqu'un le contrôle ou de le perdre. » (12)

« Quand je pense hypnose je pense d'abord à Mesmer. [...] mais l'hypnose de Mesmer c'est surtout du divertissement avec la volonté de faire faire des choses à des gens. » (15)

Les patients peuvent être freinés à la mise en place de séances par la peur engendrée par l'inconnu de cette pratique ou les représentations ne correspondant pas à la réalité de la pratique thérapeutique.

« Ça peut faire peur oui ! » (12)

« Alors je pense qu'il y a un peu de travail à faire sur l'hypnose de par l'hypnose médiatique, qu'on peut voir. Euh qui n'est pas celle pratiquée en médecine. Et je pense que ça peut faire peur sur un état de perte de contrôle sur certains patients. Mais après réassurance, je pense qu'on peut réussir à passer cette idée reçue. [...] C'est ce qu'on peut voir à la télé, on les endort comme ça (elle claque des doigts), on leur fait faire ce qu'on veut. » (14)

« Je pense qu'ils doivent avoir la même conception que j'avais au début, un petit côté mesmérien de l'hypnose. On va leur faire dire des choses sans qu'ils soient conscients, sans qu'ils soient consentants. Je pense qu'il y a peut-être des freins au départ quand on leur propose l'hypnose. Je pense que le fait qu'on ne propose pas de traitement non plus, je pense qu'il y a une sorte de, d'incrédulité ou d'incertitude via ce traitement. Parce qu'il y a déjà l'incertitude qui doit prédominer quand on leur propose ça. » (15)

« Les patients souvent ils ont quand même une représentation, euh, qui est ancienne de l'hypnose, représentation de l'hypnose qu'on voit dans les films. Donc pour... à la base il y a quelque chose de... pour moi chez les patients et sûrement chez beaucoup de praticiens, une représentation qui euh, de contrôle, de manipulations, peut-être, de magie, peut-être, alors que c'est tout le contraire quoi ! (Rires). » (I9)

Pour l'une des internes il est important de noter l'aspect financier de l'hypnose.

« Quand on propose de l'hypnose, et que les patients veulent en faire en ville, il y a quand même des difficultés, en dehors des CMP, financière. » (I11)

III.2.2.2. À tester avant de juger

Il faut proposer au patient de réaliser une séance d'essai qui n'aurait pas un but thérapeutique mais pour appuyer la motivation du patient ; afin de l'informer des modalités de réalisation d'une séance d'hypnose, pour que le praticien arrive à vaincre ses peurs, à le mettre en confiance.

« C'est pour ça je pense que la séance d'essai pour juste montrer l'état est primordial parce que ça va le mettre en confiance ou il va pas du tout aimer. » (I1)

« Bah il faut essayer avant de juger » (I8)

Certains internes aimeraient essayer une séance d'hypnothérapie pour leur propre problème de santé : anxiété, trouble du sommeil, timidité ; plutôt à titre personnel, en tant que patient.

« Je vais essayer une fois d'abord pour savoir à quoi ça ressemble. [...] pour être moins timide par exemple » (I6)

« Ouais en vrai j'aimerais vraiment essayer [...] Mes troubles de sommeil, j'en ai trop marre, mes insomnies et puis rien que par curiosité, rien que par curiosité, essayer au moins une fois, par rapport, je ne sais pas pour voir, bah ce que ça fait d'être hypnotisé, du coup. » (I7)

III.3. Vision « magique » de l'hypnose

III.3.1. L'hypnose comme LA solution

L'hypnose a le pouvoir, mal expliqué par les internes, de faire changer le patient, en tout cas sa vision des choses.

« L'idée c'est de lui faire bah euh de partir de lui je pense, enfin comme souvent euh, les trucs qui marchent en médecine générale. De partir de lui ce qu'il pense, et de ses représentations, et de le faire emmener lui, 'fin, l'emmener lui à penser autrement, sans essayer de lui imposer des idées intrusives. » (12)

« Et d'essayer de faire accéder la personne à certaines conceptions qu'il n'a pas lui-même et que l'hypnose, enfin je sais pas forcément comment ça fonctionne mais j'ai l'impression que ça fonctionne comme ça. C'est-à-dire que ça lui permet d'accéder à certains concepts qu'il n'avait pas s'il était totalement conscient quoi. » (15)

« Et je ne sais pas pourquoi, par quel moyen eux ils peuvent arriver à arrêter le tabac avec l'hypnotiseur. [...] Possiblement les hypnotiseurs arrivent à faire monter leur motivation qui était dans un état inconscient avant. » (16)

C'est un outil thérapeutique « en plus » de l'arsenal classique du médecin généraliste.

« L'hypnose ça peut être une carte en plus, euh à jouer pour pouvoir aider certains patients avec certaines pathologies avec lesquelles on n'est pas très à l'aise en général » (12)

« Dans certaines situations ils savaient que ça pouvait leur être utile, pas forcément systématiquement mais. C'est un outil en plus qui peut être utilisé. » (112)

C'est un outil efficace.

« On dit que ça marche plutôt bien » (12)

« Il y a des gens qui disent que eux ils ont arrêté de fumer grâce à l'hypnose. » (16)

C'est un outil avec un côté extraordinaire, presque magique, à la limite de l'incroyable.

« Moi je trouve ça génial ! [...] Je trouvais ça dingue ! [...] Moi je trouve ça fou : du coup juste avec du Méopa et ça » (18)

L'hypnose peut aussi être le moyen thérapeutique de la dernière chance.

« Quand on arrive à bout de pleins d'autres... (Rires), qu'on n'a pas trouvé d'autre solution pour euh... pour les différentes, enfin pour se soigner ou quoi. Quand on n'a plus d'autre solution pour trouver une autre manière de se soigner, ou d'être pris en charge. » (110)

III.3.2. Une séance d'essai pour voir si ça marche

Les internes ont la notion qu'il est légitime de réaliser une séance d'essai pour voir si l'hypnose peut être efficace sur le problème ou le symptôme présenté par le patient.

D'une part, afin de savoir si le patient est réceptif ou non à la méthode hypnotique, il n'y a pas d'autre moyen que la séance d'essai.

« Pour moi il faut essayer » (I6)

D'autre part, il faut essayer avant de pouvoir juger si c'est une méthode thérapeutique efficace. Cette séance unique suffit à juger de la potentielle efficacité ou inefficacité des futures séances d'hypnothérapie.

« Je dirais que j'aurais tendance à leur laisser faire leur choix et leur dire : « Bah, il faut essayer pourquoi pas » et puis voir si ça fonctionne. » (I12)

III.3.3. Un outil sans effet indésirable ni contre-indication

Pour la majorité des internes, l'hypnose est un outil sûr, sans contre-indication ni effet secondaire.

« Je ne vois pas de contre-indication à l'hypnose. » (I4)

« La balance bénéfice-risque elle est quasi nulle pour moi. On n'est pas délétère en tout cas, iatrogène en proposant de l'hypnose. » (I5)

« C'est quelque chose qui, bah qui n'est pas..., bah qui paraît anodin mais efficace. » (I6)

« Il y a de plus en plus de retours comme quoi ça fonctionne et avec que du positif [...] à partir du moment où ça fonctionne ça ne peut pas être néfaste ça peut être que bénéfique » (I7)

« Je ne vois pas trop, (silence 8 sec), je dirais : pas de contre-indication absolue, (silence 5sec), non je ne pense pas. » (I8)

« J'ai pas eu de retour négatif ou de mise en garde ou de choses pour lesquelles ça ne devrait pas être fait. » (I12)

Une seule interne a des notions de contre-indication à l'utilisation de l'hypnose.

« La désorganisation psychotique j'ai cru comprendre que ça, ça faisait pas bon ménage avec l'hypnose. » (I3)

Une autre interne voit une contre-indication qui serait plutôt une contre-indication relative, car pratiquée dans le bon cadre, l'hypnose n'a pas de risque.

« Non. Enfin je ne vois pas de contre-indications à l'hypnose, si ce n'est peut-être un état psychiatrique instable... (Rires) peut-être. [...] Pour éviter tout virage particulier pendant la séance d'hypnose. Euh... Mais quelqu'un un peu tout venant ou stable sur le plan psychiatrique, ou alors dans un contexte où on

réalise l'hypnose, dans le cadre d'un suivi, une globalité de soins, je pense à un CMP par exemple ou les CSAPA enfin, dans le cadre addictologique ou d'un service de soin hospitalier. Mais pas se lancer chez un patient chez lequel on n'a pas tout à fait un diagnostic sur le plan psychiatrique en ville comme ça, sans filet, peut-être pas. » (I11)

Deux autres internes verraient plutôt une limitation de la pratique à certaines professions afin de ne pas être délétère au patient.

« Mais quelqu'un qui fait de l'hypnose, comme je disais tout à l'heure, qui dit : « Moi je fais de l'hypnose » mais qui derrière n'a pas une formation médicale ou paramédicale, donc c'est-à-dire, euh, des compétences diagnostiques, des compétences thérapeutiques, des compétences de euh, de gestes ; quelqu'un qui voilà, qui n'a pas ces compétences là et qui dit : « Je vais faire de l'hypnose. Donc vous avez une euh..., vous avez, je ne sais pas, une phobie je vais vous soigner. » Ben ça va pas... Pour moi ça c'est pas possible parce que... parce que ben derrière un diagnostic médical, il faut avoir les compétences pour déjà éliminer, je ne sais pas d'autres... des diagnostics différentiels, des choses comme ça, pouvoir accompagner le patient si y a besoin. Et donc euh, oui voilà pour moi, c'est euh... Il doit y avoir une éthique derrière en fait. Et si on n'a pas de compétences médicales ou paramédicales, il n'y a pas d'éthique là-dessous et donc euh, ben, ça peut amener des gens à faire n'importe quoi. À faire décompenser des pathologies, à faire aggraver un problème. Voilà, donc il faut connaître, il faut que chacun connaisse sa limite, mais les limites elles sont déterminées par une éthique. » (I9)

« J'aurais plus tendance à favoriser les praticiens qui ont une formation, on va dire, médicale ou para médicale derrière, c'est-à-dire : bah les psychologues ou euh, voilà, je sais qu'il y a des sages-femmes qui en font, il y a des médecins. Donc je pense que je m'orienterais plus vers ça parce que je trouve que c'est aussi, peut être un gage de qualité. » (I12)

III.3.4. L'hypnose comme outil de manipulation

L'hypnose peut être un outil utile ou dangereux par sa capacité de manipulation.

« Où tu perds le contrôle de toi. Après euh, ouais ça peut être une certaine image qu'on... que même moi j'ai aussi quoi, de perdre le contrôle, enfin de faire perdre à quelqu'un le contrôle ou de le perdre. » (I2)

« Il y a des hypnotiseurs qui hypnotisent les gens pour leur demander euh, de faire ce qu'ils veulent, pour abuser les gens quoi. » (I6)

« C'est pas que c'est surnaturel mais c'est quand même quelque chose d'assez particulier [...] ben j'y croyais pas du tout » (I7)

Il est possible d'hypnotiser quelqu'un sans l'en informer.

« Ils sont un peu hypnotisés sans le savoir. » (I1)

« On les endort comme ça (elle claque des doigts), on leur fait faire ce qu'on veut. » (14)

« Ce serait plutôt quelque chose de pouvoir l'utiliser un peu comme ça, de façon informelle, sans que les gens forcément le, le sachent mais, euh, je pense que sans qu'ils le sachent ça pourrait être intéressant. » (112)

Le patient atteint son objectif de façon passive : manipulé ?

« Comme quelque chose qui lui permettrait de ne pas, lui, être acteur de ce qu'il fait. Parce que c'est quelqu'un d'autre qui va lui permettre d'arriver à ça. [...] c'est pas grâce à eux. Ils n'ont pas eu à faire d'effort puis qu'ils ont eu de l'hypnose. » (13)

« J'ai vraiment l'image de l'hypnose de, enfin, de quand quelqu'un qui est sous hypnose il n'est pas vraiment maître de ses faits et gestes et du coup pour communiquer ou pour interagir c'est pas lui qui décide. » (17)

L'hypnose permet de changer les idées inconscientes du patient, par un travail de communication, dans l'espoir de changer ses actions faites consciemment.

« Une suggestion directe euh..., une suggestion directe, ça va être, (Silence 4 sec), ça va par exemple, bah voilà, que le... que le... que l'esprit inconscient du patient, par exemple ne va... ne va plus euh... Enfin, se rend compte que la cigarette c'est mauvais pour son corps par exemple. » (19)

« Pour moi c'est modifier. Comme par exemple la cigarette : c'est d'ancrer le fait que l'odeur de la cigarette ou le fait de fumer c'est mal entre guillemets, enfin c'est pas bien ou pas bon ou pas... Et en fait, d'en..., presque d'en persuader l'inconscient pour que... Finalement ça soit quelque chose qui, au jour le jour, ne... on ressentait plutôt..., c'est modifier ce comportement là quoi. » (112)

III.3.5. L'hypnose comme trait de personnalité

III.3.5.1. Pour le praticien

Tout le monde ne peut pas pratiquer l'hypnose. En plus d'une appétence propre, il semblerait qu'un trait de caractère particulier soit nécessaire.

« Je pense que pour faire de l'hypnose, euh..., je pense qu'il faut être posé. Je pense que ça pourrait être compliqué par exemple pour des personnes hyperactives [...]. Hum, je pense que quelqu'un qui voit la médecine de façon paternaliste, c'est compliqué aussi. [...] et je pense que quelqu'un qui a envie de se soigner ou a besoin de séances d'hypnose ne le fera pas bien. » (13)

« C'est comme le psychologue ! Tout le monde ne peut pas être psychologue ! Il y a des gens qui sont plus ou moins forts sur le plan euh, relationnel je dirais. [...] c'est la façon de parler, leur talent personnel quoi. [...] oui un trait de caractère. » (16)

Pour d'autres au contraire, tout le monde a une compétence naturelle à la pratique de l'hypnose qui est renforcée par la formation.

« Bah tout le monde ! Après c'est des choses qui s'apprennent quand même, mais tout le monde peut... tout le monde peut le faire. [...] Ben il y a plein de choses qu'on fait inconsciemment en fait. Qu'on fait déjà, qu'on sait déjà, qu'on sait déjà faire au niveau de comment on interroge un patient etc. Il y a déjà plein de choses qu'on met en place mais on s'en rend pas compte. Mais déjà le fait d'avoir fait, de se former de... d'apprendre quelque chose, bah déjà ça donne plus de valeur à ce qu'on fait déjà soi-même naturellement. Il y a plein de médecins qui vont naturellement utiliser des outils de communication de ce type, sauf que, bah le fait d'en prendre conscience et de... et de savoir en fait l'utiliser ça va être d'autant plus... d'autant plus fort et puis on va pouvoir... l'utiliser à meilleur escient. » (I9)

Pour d'autres encore, c'est la façon personnelle du praticien de proposer la technique qui mènera à son succès, en plus de l'adhésion du patient, cette dernière étant conditionnée par la personnalité du praticien.

« Ah ben pour qu'il adhère, il faut lui expliquer on va dire, sereinement les choses, ou en tout cas ne pas... si on a l'air contre quelque chose il va pas adhérer. (Rires) Si on a l'air ouvert à ça, je pense que le patient sera déjà plus... plus à même... » (I11)

III.3.5.2. Pour le patient

Vivre l'hypnose en tant que patient peut s'apprendre, mais nécessite une capacité propre.

« Je pense que j'ai pas cette capacité d'abstraction. Je pense que l'hypnose c'est compliqué pour moi [en tant que patiente]. » (I3)

« Je pense qu'après il y a effectivement des personnes qui sont plus réactives, qui répondent mieux, qui vont avoir de meilleurs résultats entre guillemets de l'hypnose et d'autres personnes qui vont être un peu plus réticentes dès le début et qui malgré cette réticence, même si on les a un peu rassurées, qu'on essaye, vont garder un peu euh, et être moins réceptives à l'hypnose. » (I4)

« Il y a des gens qui sont recevables ou sinon il y a des gens qui sont, qui répondent plus ou moins à l'hypnose par rapport aux autres. » (I6)

« Il y a des patients qui ne sont pas trop euh... Ben leurs médicaments ne vont pas forcément leur suffire, ils ont besoin de plus de..., comment dire, pas de réflexion mais de... Oui, de parler, de ressentir les choses. Oui des personnes un peu plus dans l'émotion. Voilà, après j'en sais rien du tout. Ça se trouve ça marche sur des gens... Par exemple je ne sais pas si ça marche sur des gens très euh... très terre à terre, oui cartésiens et tout quoi. Enfin voilà, je ne sais pas. » (I10)

« Y en a à qui on sent qu'on peut le proposer et d'autres qui sont un peu..., qui sont très terre à terre et que de toute façon c'est pas quelque chose qu'ils pourraient admettre » (I12)

Chacun vit l'hypnose comme il l'entend, en fonction de ses capacités.

« Mais je pense que chacun aura sa manière de percevoir. » (I11)

III.3.6. Une thérapie sans communication

L'hypnose peut se passer de mots, en particulier de la part du patient. C'est un moyen thérapeutique efficace sans communication patient-praticien.

« Il (le patient) n'a pas besoin de verbaliser les choses sur lesquelles il n'a pas envie de revenir, ou juste parce qu'il n'arrive pas à verbaliser. » (I3)

C'est le patient qui, dans son imaginaire, valide ses capacités de résolution du problème.

« Je vois que là, j'ai réussi à m'en sortir dans ce monde imaginaire et au fur et à mesure, ça rentre inconsciemment dans ma tête que j'ai cette capacité-là. » (I6)

La résolution du problème grâce à l'hypnose passe par les sensations, les émotions.

« C'était vraiment la conscience du corps, des sensations, en passant par la respiration, par les sensations... Modulation des sensations, localisation aussi. » (I11)

Pour une interne, la mise sous hypnose se base sur l'utilisation d'un pendule qu'on regarde onduler.

« J'ai les clichés du pendule qui bat comme ça. » (I7)

III.3.7. Une déconnexion de la réalité

L'état de transe hypnotique est un état de déconnexion de la réalité.

« L'hypnose, pour moi c'est une thérapie euh, (Silence 3sec), qui [...] permet de faire abstraction et de... partir dans... partir d'un état, d'un moment d'une journée où on n'est pas bien et... histoire de ressourcer ses capacités cognitives et pendant un moment de voir que : y a un symptôme, par exemple la douleur, qui peut ne pas exister parce que du coup, on part en transe. [...] C'est possible de se défaire d'une douleur, de se défaire du tabac, de se défaire de quelque chose du quotidien. [...] Vu qu'on s'en va mais, on ne met rien en œuvre pour que la douleur s'arrête » (I3)

« On déconcentre les gens pour que la partie émotionnelle, les messages douloureux ne viennent pas au cerveau. Voilà. » (I6)

« Et une fois que l'infirmière sentait qu'il était bien dans le truc, [...] il a continué à rester dans son histoire d'animaux de la forêt avec les petits singes, c'était trop marrant, parce qu'il partait dans des délires. » (I8)

« Par exemple une infirmière ça va pouvoir... ça va être au moment de faire une prise de sang, de pouvoir faire soit une anesthésie de la main, soit emmener le patient ailleurs pour qu'il ne sente pas la piqûre. » (I9)

L'état de transe est un état mystérieux, inexplicable. Sa définition ne passe pas par des mots mais par des sensations. Il faut l'expérimenter pour le définir.

« C'est pas quelque chose qu'on peut décrire, voilà comme ça en parlant, c'est un état où... qu'il faut expérimenter en fait. Qu'il faut..., qu'il faut vivre ! » (I9)

Le symptôme lui-même est déconnecté de la réalité, il est imagé, en particulier chez les enfants.

« Il avait un stress euh... scolaire. Enfin un début de phobie scolaire qui pouvait s'installer. [...] il a bien décrit, en plus c'était sympa, c'était très imagé, il a bien décrit cette grosse boule qu'il avait au ventre, très lourde. [...] on a fini par envoyer la boule dans son orteil ! » (I11)

III.4. Vision relationnelle de l'hypnose

III.4.1. L'hypnose comme un moyen thérapeutique

L'hypnose n'est pas un but en soit mais une façon, parmi d'autres, de soigner les patients. C'est une technique qui implique elle-même plusieurs variantes, plusieurs méthodes.

« Alors que l'hypnose, je pense que ça pourrait faire partie de notre boîte à outils. Et même de proposer ça en thérapeutique annexe à ce qu'on a déjà. » (15)

« Je sais qu'il y a plusieurs types d'hypnose. Je crois qu'il y a plusieurs types d'hypnose, donc forcément, il y a plusieurs façons, comme la psycho, comme les psychanalyses, plusieurs façons de voir les choses et façons de faire. » (18)

« L'hypnose c'est une euh..., un outil. Un outil que chaque praticien peut utiliser dans son domaine de compétence, de médecin généraliste, de sage-femme, d'infirmier, de chirurgien, d'anesthésiste, ..., voilà. Pour moi c'est un outil mais c'est pas une, c'est pas une compétence. [...] on ne va pas faire de l'hypnose juste pour faire de l'hypnose, ça n'a pas de sens. » (19)

L'hypnose est un moyen thérapeutique avec de nombreuses indications.

« Ça peut être un outil thérapeutique genre dans le sevrage tabagique, dans les douleurs chroniques. Ça peut être un moyen de, enfin de, un moyen de distraction lors de gestes. [...] Et, euh, supplément, oui, surtout en psychothérapie, enfin dans tout ce qui est psychologique, je pense que ça sert bien. » (11)

« Des chirurgies du sein. Enfin ils enlevaient des tumorectomies sous hypnose [...], bah euh toutes les addictions en général je pense, euh, toutes les addictions, les comportements euh (silence), les conduites, euh oui, les conduites à risque. Après, dans les troubles anxieux aussi, j'imagine que ça peut être utile hum... [...] Moi c'est le tabac dont j'ai entendu parler » (12)

« Je sais que c'est pas mal développé en ce moment pour les gens qui ont des troubles du sommeil. » (17)

« Dans le cadre par exemple de... enfin dans l'anxiété, on peut travailler sur la douleur, on peut travailler sur les phobies, on peut travailler sur les tocs... Chez l'enfant, c'est un outil voilà qui est formidable aussi, on peut travailler sur l'hyperactivité de l'enfant, sur l'énurésie, l'encoprésie, hum, voilà (Silence 13 sec) les addictions : le tabac, l'alcool, ... voilà. » (19)

« Ça peut être dans les addictions, dans les..., bah pour tout ce qui est angoisse ou mal-être, stress. Voilà, après euh... Bah du coup, comme anesthésie on va dire. » (110)

« Chez un enfant qui avait une énurésie » (111)

L'intérêt de l'hypnose en chirurgie, et plus particulièrement en anesthésie, est de diminuer les doses médicamenteuses, donc les effets secondaires de ces derniers.

« Qu'en associant les deux [hypnose et médicaments inducteurs] on arrivait à être un peu moins nocifs entre guillemets avec les médicaments d'induction, avec moins d'effets secondaires. » (14)

« J'ai entendu des opérations de la thyroïde sous hypnose. Donc possiblement, c'est l'effet antalgique. » (16)

« C'est quand même un gain de temps, c'est moins dangereux, je pense pour l'enfant » (18)

« Il y en a qui font des péridurales sous hypnose » (18)

Certains pensent que l'hypnose a son indication dans les deuils pathologiques.

« Essayer d'aller voir avec le patient, qu'est ce qui l'empêche de faire son deuil. » (11)

Comme tout moyen thérapeutique, le patient doit adhérer au traitement, donc adhérer à l'hypnose. Il est acteur de sa prise en charge.

« Alors que l'hypnose, là, c'est le patient qui permet de, de se libérer de ça, c'est via lui-même que vient le, pas l'essor ni la résurrection mais euh... [...] Le succès, la guérison. » (15)

Pour certains, cet outil thérapeutique arrive dans l'arsenal thérapeutique, soit lorsque la médecine « classique » n'a pas réussi à apporter une solution, soit à titre de complément.

« Plutôt, on n'a pas réussi à avancer du coup sur une méthode « conventionnelle ». Et du coup essayer autre chose qui pourrait marcher, je me vois mal à un patient qui me demande, « J'ai envie d'arrêter de fumer, je suis stressé », l'envoyer directement faire de l'hypnose, dans ma tête en tout cas c'est ça. » (18)

« Pour moi c'était pour une autre pratique ou une autre manière d'exercer la... d'exercer la médecine ou même autre que médecine, et qui parfois est plus adaptée pour certains patients, que la médecine traditionnelle on va dire. » (110)

III.4.2. L'hypnose ou la communication thérapeutique

La communication a un rôle important à jouer dans la thérapeutique. Sa place dans l'hypnose n'est pas claire pour l'ensemble des internes interviewés.

« C'est une méthode de communication » (11)

« Parfois on n'a pas l'impression de faire grand-chose mais en fait rien que de placer les bons mots, d'être dans l'écoute, ça, ça, bah on le voit sur le patient et puis même en ressenti en tant que patient quand on va chez le médecin quelque fois. Des fois rien que d'avoir été écouté, on est content, et on se sent mieux et

on est rassuré, on se sent compris. Ça peut être quelque chose oui de tout à fait thérapeutique. » (12)

« Je pense que oui, la façon de communiquer est essentielle. » (18)

« [C'est un outil qui s'utilise dans] le cadre de la conversation, dans le cadre de la communication. [...] Le but en fait de la communication, du langage hypnotique, c'est de voilà, c'est de pouvoir rentrer au mieux dans la relation avec le patient, donc euh, qu'il se sente compris. Et nous de pouvoir le comprendre. » (19)

« J'ai eu des formations communication, mais c'était pas tellement axé là-dessus. Sur l'écoute, certes, et je pense que effectivement ça... Ben il va y avoir des éléments qui vont être intriqués, mais c'était pas de l'hypnose. » (111)

III.4.3. Une compétence universelle

Tout le monde peut pratiquer l'hypnose. Que ce soit dans le milieu médical, paramédical ou tout un chacun dans la rue.

« Je pense que de manière générale, enfin, dans la communication quelle qu'elle soit. Quand on a, enfin on a toujours une communication avec des gens donc même quand on a un métier où on est en contact avec des gens, je pense que ça pourrait être pas mal de euh, pour gérer des conflits, d'avoir une attitude, euh oui, pour éviter peut-être même les conflits sur une attitude euh. Chez les commerçants où il y a des litiges ou des choses comme ça, je pense que des fois, de pouvoir reposer à plat et juste en discuter ça pourrait être euh... intéressant. [...] applicable à toute relation finalement. » (14)

Pour certains, c'est une compétence universelle mais pour laquelle il est nécessaire de se former.

« Je pense que n'importe qui peut se former et en faire. » (17)

« Je crois que tout le monde, il suffit de passer un diplôme ou une formation, je ne sais pas exactement. » (18)

Pour d'autres, faire est une chose, bien faire en est une autre.

« Je pense que beaucoup de gens seraient capable de faire de l'hypnose. Par contre faire bien de l'hypnose, je pense que c'est accessible à moins de personne. » (13)

Pour l'un des internes, il y a une compétence universelle à la pratique de l'hypnose en tant que patient. Mais sa réalisation est dépendante de croyance, d'à priori.

« Il y en a qui ne veulent pas du tout y croire, d'autres qui y croient énormément » (18)

Pour un autre interne, c'est une capacité universelle en tant que patient, puisque l'hypnose est un processus naturel.

« Enfin pour moi, l'hypnose c'est de tout façon un processus qui est naturel. Qui est..., qu'on expérimente tous les jours » (19)

III.4.4. Un voyage, une coopération

Les internes ont la notion que l'hypnose est un voyage que vit le patient et auquel le praticien participe. Chacun travaille à la réussite de cette coopération.

« Je pense que c'est un voyage, euh, entre le patient et le thérapeute. Parce qu'en fait, euh, le thérapeute il donne des, enfin pour moi il donne des consignes, mais en fait au final le patient il prend ces consignes et il va où il veut avec. Donc en fait je pense qu'il y a vraiment un chemin qui se fait ensemble. C'est un compromis entre les deux. Est-ce que compromis est le bon mot, je ne sais pas, mais en tout cas un voyage je pense ! » (13)

« L'hypnose est surtout une aide, un transport pour le patient à arriver le plus facilement à son objectif. [...] on l'aide à faire son chemin » (15)

« Il faut vraiment une parfaite cohé, bah cohérence entre l'hypnotiseur et le patient. » (16)

« Moi j'ai fait un petit chemin dans ma tête, j'ai mon petit coin de paradis, de vacances. Du coup elle m'y a installé en fait, en me parlant et euh, j'avais l'impression d'y être vraiment. » (18)

« Le thérapeute est là pour accompagner mais c'est un travail sur soi. Il donne des clés, il donne des possibilités. Il nous permet d'apprendre à ressentir d'une certaine manière... les choses... de se concentrer justement, amener un peu le subconscient, enfin voilà, pas à se renfermer sur soi-même. C'est pas vraiment « renfermer » le terme, qui serait plutôt péjoratif. Mais euh... avoir un regard sur soi-même, mais plutôt sur ce qu'on ressent, à l'intégrer dans, peut-être des mouvements, par exemple dans l'anxiété... à la respiration, à... à donner des trucs (Rires)... » (111)

Pour l'un des internes, la coopération est nécessaire avant la mise en pratique de l'hypnose.

« Déjà ça sous-entend une coopération. » (19)

III.4.5. L'hypnose comme un outil au service de la relation

La communication, base de l'hypnose, permet de renforcer la relation médecin-patient.

« Et puis s'adapter aux réponses et aux réactions du patient. » (12)

« Enfin pour moi c'est un outil de... qui permet de... (Rires). Comment dire ? Qui permet d'avoir un abord de la relation thérapeutique différente. [...] Le but en fait de la communication, du langage hypnotique, c'est de voilà, c'est de pouvoir

rentrer au mieux dans la relation avec le patient, donc euh, qu'il se sente compris. Et nous de pouvoir le comprendre. » (I9)

« Parce que c'est une médecine plus..., une pratique plus..., bah qui est... Euh, qui se fait à deux quoi, avec le praticien et puis le patient ; donc oui ça peut favoriser la relation et la communication entre les deux, je pense. » (I10)

III.4.6. Un cadre au service de la relation

Les internes ont une idée précise de la façon dont se déroulent les séances d'hypnose. Elles doivent répondre à un cadre de pratique incluant une atmosphère calme et apaisante ; le praticien parle avec une voix douce et lente. Les séances sont dédiées à la prise en charge du motif pour lequel l'hypnose est utilisée.

Pour certains s'ajoute un rituel physique, postural ; une mise à l'aise du patient par un fauteuil ou canapé confortable.

« T'installes le patient dans un fauteuil un peu dédié » (I1)

« Ça serait sur un divan » (I2)

« Dans une position adéquate » (I3)

« Tu mets les doigts et fermes les yeux, « vous direz oui avec un doigt et non avec l'autre doigt » » (I1)

L'induction dans l'état d'hypnose se fait elle aussi progressivement, en douceur. Le praticien utilise des phrases d'accroche, stéréotypées initialement.

« Tu mets le patient en condition en disant « donc là on va rentrer en hypnose » » (I1)

Tout au long de la séance, l'atmosphère est préservée.

« J'imagine qu'il faut parler avec certains mots, euh, un certain ton, dans une ambiance particulière, très calme. » (I2)

De la même manière, le praticien conclue la séance par des phrases typiques.

« Bon ben maintenant, on va revenir, tout doucement, vous allez revenir vers moi, vous allez rouvrir les yeux » (I1)

La prise en charge thérapeutique par l'hypnose nécessite une préparation. Pour certains, il est d'abord nécessaire de réaliser une séance de « présentation ». Pour d'autres, la préparation de la séance est principalement sur la création d'une relation de confiance.

« D'abord il y avait un entretien sur ma vie personnelle, qu'est-ce qui m'inquiétait, pour faire euh, pour voir un peu pourquoi je venais. Ça a duré assez longtemps. » (I8)

« Mais avant ça, il y a tout... il y a tout un processus relationnel qui doit être mis en place. » (I9)

La séance d'hypnose s'inscrit également dans un cadre temporel. Elle n'aura de bénéfice pour le patient, que si la temporalité et l'aspect contextuel de la séance y est propice.

« Je ne vois pas bien l'intérêt d'arriver à un, dans une semaine d'hospitalisation et de dire : « Bah je vais proposer de l'hypnose à tous les patients ». Je pense que y a des indications et je pense que c'est une thérapie complémentaire, au même titre que plein d'autres thérapies. [...] si le patient au moment où il va voir le thérapeute, ou le thérapeute arrive dans sa chambre et que le patient, c'est pas le moment, c'est pas le bon moment ! » (I3)

L'intérêt de ce cadre de pratique est de créer un endroit sécuritaire pour le patient afin de lui permettre d'accéder à l'état de transe. Malgré l'importance du cadre, il est aussi possible de se passer de ce cadre formel, dans certaines conditions, pour la mise en confiance du patient.

« Elles [les infirmières] ne disent pas « je vais t'hypnotiser » mais elles se mettent quand même à parler d'une certaine façon en disant « Imagines tu es là » et tout, et les gens sans s'en rendre compte sont dans un état euh, un peu d'hypnose, parce qu'ils n'ont pas les yeux fermés, c'est pas non plus le grand cérémonial. » (I1)

III.4.7. Une relation à deux vitesses

Pour plusieurs internes, le but de l'hypnose est l'autonomisation du patient pour ses propres soins, pour son bien-être au quotidien. Cela passe par l'apprentissage de l'auto-hypnose. La relation praticien-patient a permis de mettre en place une confiance pendant les séances d'hypnose, elle permet aussi au patient de recréer ce moment privilégié.

« Je me dis que peut-être que le but de l'hypnose ça serait d'essayer d'enseigner l'auto-hypnose aux patients » (I4)

« Puis après on peut proposer aux patients aussi de leur apprendre l'auto-hypnose comme ça ils s'en servent chez eux. » (I1)

« Ce que j'ai compris de l'hypnose, il y avait quand même un objectif ensuite pour le patient de pouvoir réaliser des exercices, d'être en auto-hypnose pour pouvoir l'utiliser vraiment en pratique dans sa vie quotidienne et peut-être à terme de pouvoir se passer du thérapeute » (I11)

Pour l'un des internes formés à l'hypnose, l'intérêt de faire faire une séance à un patient est de lui faire vivre une expérience, qu'il pourra réutiliser à sa convenance dans un futur plus ou moins proche.

« Je l'amène, voilà, à vouloir faire cette expérience et après peut être, bah, pouvoir s'en servir par la suite ou pas [...] Voilà, ce qui est important c'est que, c'est qu'il vive l'expérience donc là on n'est pas dans le cognitif, dans l'explication du phénomène etc. [...] En l'aidant à retrouver ça après, lui faire vivre une expérience, voilà. Et après c'est le patient qui euh, bah qui s'en servira ou pas,

et qui pourra tirer les... enfin qui pourra le réutiliser quoi. [...] ce qui est intéressant aussi c'est que le patient puisse... puisse reproduire ça de lui-même, en faisant de l'auto-hypnose. » (I9)

L'un des internes ayant bénéficié de séance d'hypnose à titre personnel, s'est vu former à l'auto-hypnose.

« Pour que si j'ai chez moi du coup une autre crise entre guillemets d'angoisse, que je puisse refaire ça chez moi. » (I8)

Pour un autre interne, formé à l'auto-hypnose, il existe une différence entre l'hypnose thérapeutique et l'auto-hypnose. Cette dernière n'est pas thérapeutique puisque le patient ne déplace pas ses propres barrières, il ne repousse pas ses limites ; ce qui serait le cas dans l'hypnose thérapeutique grâce à l'aide de l'hypnotiseur.

« C'est-à-dire que l'auto-hypnose c'est vraiment plus euh... C'est pas tellement dans un but thérapeutique, c'est pour améliorer... Je dirais une auto amélioration sur certains points. Alors ça peut être thérapeutique mais... Peut être que, on ne va pas..., dans l'auto-hypnose, on ne va pas forcément, sauf si on la maîtrise peut-être très, très, très bien. Mais, je pense qu'on ne va peut être pas au-delà ; quand c'est dans un but thérapeutique, bah au même titre qu'un spécialiste dans le domaine, va aller au-delà des barrières que l'on peut se mettre ou que... Voilà. Je pense que, pour moi c'est ça la différence entre l'auto-hypnose et l'hypnose faite par un spécialiste. C'est que lui, il va le faire dans un but véritablement thérapeutique donc il va aller, il peut aller au-delà. » (I12)

III.4.8. Le respect du patient dans son intimité

La mise en place de l'hypnose dépend du patient : sa motivation est indispensable à la mise en œuvre et au succès de la méthode hypnotique.

« On propose au patient » (I1)

« Il faut que la demande vienne du patient déjà » (I9)

« Donc c'est toute la différence entre un patient qui demande à avoir de l'hypnose ou qui est intéressé par la technique et quelqu'un à qui on le propose et qui, qu'on incite un peu... On sent bien que ça ne fonctionnera pas. Ah il faut qu'il soit d'accord. Enfin qu'il en ait un peu envie, pour être un peu dans cet état... d'accueil de... d'acceptation... de travail, oui c'est un travail, enfin, pour moi, l'hypnose c'est un travail sur soi. » (I11)

Le patient est maître de ce qu'il expose de son intimité au praticien.

« Et que les mots qui sont énoncés pendant la séance, bah en fait, ils ne vont pas toucher l'intimité. Enfin l'intimité de la personne peut être touchée, mais elle n'a pas à être exposée en dehors de son intra psychisme. » (I3)

L'hypnose thérapeutique n'impose pas au patient ses objectifs, c'est lui qui est maître de sa thérapie. C'est le patient qui apprécie l'efficacité de l'hypnose (ou son échec).

« On n'impose pas le sujet, enfin, l'hypnose on le fait dans un but thérapeutique donc le sujet on l'impose mais le.... Le, là où il va, enfin la direction que prend le patient on ne l'impose pas. [...] Je ne sais pas quels sont les critères de succès ou de... où on voit que l'hypnose a une limite. [...] Jusqu'à un moment où on arrive à quelque chose de stable ou quelque chose où le patient est content. Où il aura l'impression d'avoir avancé dans sa vision de son problème ou dans son problème tout court. » (15)

« L'hypnose, c'est sur le ressenti du patient » (18)

« Après avoir déterminé les objectifs de la consultation, donc du patient, les objectifs du patient, on va s'accorder et après on va pouvoir mettre en place une séance donc au cabinet » (19)

Le respect du patient passe aussi par l'absence de jugement, par la bienveillance. Elle participe à la prise en charge centrée-patient.

« Dans l'hypnose on ne dit pas : « Faut faire ça, faut faire ça, faut faire ça ». Je n'ai pas le ressenti qu'on leur dit..., qu'on est subjectif dans l'entretien. C'est-à-dire « ça c'est un bon comportement, ça c'est un mauvais comportement ». J'ai plus l'impression qu'on l'aide à le faire, à avancer. » (15)

Le respect est aussi induit par la valorisation. Tout patient a les compétences nécessaires pour se soigner ; le praticien n'est là que pour les mettre en lumière.

« Ça apporte l'activation des ressources du patient qui sont présentes qui sont naturelles, qui sont déjà présentes, enfin qui sont euh... [...] qu'il a déjà. » (19)

III.4.9. Une relation intime

III.4.9.1. Pour le patient : dans son for intérieur

Lors d'une séance d'hypnose, le patient vit une expérience quasi exceptionnelle, en tout cas rare dans la vie courante, de communication avec lui-même.

« Je pense que la communication elle est interne. Enfin le patient il a une communication interne. Je pense qu'on est rarement, dans la vie courante, euh, amené à communiquer avec soi-même. [...] Je pense que la principale [communication] elle est intra psychique et intra corporelle. » (13)

« Pour savoir écouter son corps, ses pensées. Enfin, oui, savoir s'écouter et euh... Oui pas forcément euh, ouais... Savoir s'écouter et se connaître quoi. » (110)

Pour un autre interne, cette communication est particulièrement intense en auto-hypnose.

« Mais il y a une force de l'inconscient qui euh... qui demande qu'à interagir avec votre conscient. Enfin, il y a une interaction. » (112)

Grâce à la séance d'hypnose, le patient est guidé vers ses solutions, mais il est autonome dans sa guérison, c'est lui qui choisit. Il est poussé par le thérapeute à s'écouter et à se faire confiance.

« Le patient il fait tout ! C'est lui qui fait, c'est lui qui sait ce qui est bon pour lui donc c'est lui qui fait euh, c'est lui qui fait le travail, nous on est juste là pour l'accompagner. Mais c'est le patient qui accède... qui accède à ses ressources, qui euh..., qui sait où il faut aller en fait. » (19)

III.4.9.2. Avec le praticien

La relation de confiance entre le médecin généraliste et son patient est importante pour orienter judicieusement les patients vers l'hypnose.

« Je pense que le médecin quand il connaît bien ses patients, il sait. On ne peut pas le proposer à n'importe qui. » (18)

La relation bienveillante est au cœur de la thérapie hypnotique.

« Mais en laissant toujours de la liberté, du choix, voilà toujours, [...] mais le plus souvent c'est en laissant de la liberté, en laissant du choix et de faire confiance au patient. [...]. Et j'avais besoin d'un outil qui me permette de faire le lien entre le... entre le corps et l'esprit. Et de considérer les patients en tant que des êtres humains à part entière et pas de les considérer juste comme des organes ou comme des symptômes et ben cet outil là l'hypnose, et ben voilà il prend en compte la dimension entière de l'être humain. » (19)

Lors des séances d'hypnose, le praticien se « donne » lui aussi. Il crée ainsi une atmosphère de bienveillance, une relation privilégiée avec son patient. La relation en elle-même est thérapeutique.

« Enfin toujours le sourire, même dans la voix quand elles [les infirmières pratiquant l'hypnose] parlent et qu'elles racontent des choses on voit dans leurs yeux et dans la voix, elles vivent elles aussi ce qu'elles racontent. » (14)

« Il y a une communication hypnotiseur-hypnotisé » (11)

« Pour moi c'est la relation interpersonnelle. » (16)

III.4.10. Un changement de relation au problème

D'après les internes, l'hypnose permet une vision différente, un rapport différent au problème amenant les patients à consulter pour réaliser des séances d'hypnothérapie.

« Comment on peut amener à changer la perception » (112)

Lorsque le problème est une situation pouvant être stressante de manière aiguë, l'hypnose peut aider à faire diversion et ainsi que le patient vive mieux cette situation inhabituelle.

« Il n'avait pas capté qu'on lui faisait un plâtre depuis cinq minutes. » (18)

L'hypnose permet aussi un changement de relation du patient et du praticien avec la notion même de problème amenant le patient à consulter. Ce dernier n'est pas au centre de l'objectif de la séance d'hypnose.

« Je lui dis que, enfin, que justement il y a rien à... il y a rien à réussir. Que peut être, ça sera quelque chose qui euh... qu'il n'y a rien à réussir, rien à échouer dans une séance d'hypnose. » (19)

De manière plus globale, pour les problèmes chroniques ou se chronicisant, le problème n'est pas forcément résolu au sens strict du terme mais son vécu est meilleur pour le patient. Il ne le voit alors plus comme un problème affectant son quotidien de manière négative et pérenne.

« C'est plutôt une façon de voir la vie » (13)

« Pour essayer de soulager différemment et de leur apporter un peu plus de, euh, de sérénité. » (14)

« Et de ce que j'ai cru comprendre sur l'hypnose c'est qu'on essaye de faire de, pas de désensibiliser mais de, que le patient vive avec. [...] on aide le patient à ce qu'il vive avec sans que ça soit douloureux. [...] ce système d'essayer de... de faire comprendre, enfin oui... d'essayer de faire réaliser ou faire..., de faire ressentir ce bruit comme quelque chose de non agressif, que l'hypnose permettait de travailler sur ça. » (15)

« Je pourrais changer ma façon de penser. » (16)

IV. DISCUSSION

IV.1. Sur la méthode de l'étude

Pour juger du bienfondé d'une recherche qualitative, quant à sa capacité à rendre compte d'un phénomène, à le décrire, à le comprendre, nous pouvons nous référer à la *crédibilité* et à la *transférabilité*, à la *constance interne* et à la *fiabilité* des données recueillies (15). Nous parlerons de rigueur de l'approche méthodologique. Nous détaillerons ces différents critères dans la première partie de cette discussion.

IV.1.1. Validité interne

IV.1.1.1. Forces de l'étude

Pour répondre à notre question de recherche sur les représentations des internes de médecine générale de l'hypnose et des thérapies brèves, l'utilisation des entretiens semi-dirigés était la méthode la plus adaptée. En effet, l'étude qualitative se rapproche des sciences humaines et sociales par opposition aux sciences dites fondamentales, du fait que le matériau concerne des données orales ou écrites. Elle permet d'explorer les représentations de la population étudiée sur un thème donné.

L'hypnose est un sujet « à la mode » mais son approche auprès des internes de médecine générale a encore été peu étudiée. Nombreuses sont les études sur l'hypnose et les médecins généralistes, formés ou non à sa pratique et sur le point de vue des patients. En revanche, une seule étude a été réalisée auprès des internes. Elle porte sur les connaissances et intérêt des internes en médecine du Languedoc-Roussillon vis-à-vis de l'hypnose médicale. La méthode utilisée était une méthode quantitative, basée sur des questionnaires (16). Ces arguments ont conforté notre choix de réaliser une étude qualitative.

Malgré le faible nombre d'entretiens réalisés comparé au nombre d'internes inscrits sur les trois années d'internat, la méthode de recrutement a permis de recueillir les points de vue d'internes aux profils différents. Ainsi, certains étaient en début d'internat et d'autres en fin de cursus universitaire, ce qui a permis d'inclure des internes n'ayant jamais eu d'information ni de formation et d'autres internes ayant pu bénéficier de formation complémentaire, d'autres encore ayant eu des formations ou informations moins encadrées mais bien réelles. Ceci ouvre un large éventail de visions différentes, conformément à ce qui est attendu dans la méthode qualitative à savoir que l'échantillon sélectionné soit le plus représentatif possible de la population étudiée.

IV.1.1.2. Biais de l'étude et difficultés rencontrées

Tout d'abord, la méthodologie scientifique de rédaction d'une thèse impose un cadre reproductible afin de tenter d'extrapoler les résultats. Ceci est particulièrement vrai pour les analyses quantitatives. Pour les analyses qualitatives, il est difficile, voire impossible, de rendre des entretiens reproductibles. En effet chaque rencontre est singulière et les interactions interpersonnelles sont variables en fonction des personnes, du contexte, des émotions engendrées. L'enquêteur doit à la fois rester le plus neutre possible afin de permettre à l'enquêté d'exprimer ses propres opinions ; mais en même temps s'engager dans la discussion afin de faciliter le dialogue et d'inciter l'enquêté à s'engager pleinement lui aussi.

Ensuite, la méthode de sélection choisie ne surmonte pas le biais de sélection par intéressement qui correspond au fait que seules les personnes intéressées par le sujet acceptent de prendre du temps pour participer aux entretiens individuels. Malgré les relances faites auprès des internes paraissant moins intéressés, l'enquêteur n'a pu forcer les internes à se rendre disponibles. Ce biais de sélection par intéressement est inévitablement présent dans notre étude.

De plus, l'enquêteur est confronté aux difficultés d'écoute et d'interprétation favorisant l'induction, c'est-à-dire la volonté d'introduire ses propres opinions et valeurs. Ce biais de l'enquêteur est inhérent à la méthode choisie. Malgré la vigilance de l'enquêteur, ce biais est présent dans notre étude. Il est également favorisé par le fait de n'avoir été qu'un seul enquêteur, limitant le croisement des points de vue, et de surcroît d'être un enquêteur facilement identifiable aux internes interviewés et intéressé par le sujet : l'hypnose.

La *crédibilité* correspond à la validité interprétative qui supplée à la validité interne des méthodes quantitatives. Elle traduit un souci de validation interne par la technique de triangulation des sources et des méthodes, ainsi qu'un souci d'établir la validité de la signifiante de l'observation (accord entre le langage et les valeurs de l'enquêteur et ceux de l'acteur) et la validité de la signifiante des interprétations (corroboration de l'interprétation de l'enquêteur avec d'autres personnes, voire avec l'acteur lui-même).

Dans notre étude, faute de moyen humain, il n'y a pas eu de triangulation suffisante des données, c'est-à-dire de mise en convergence des résultats après analyse par plusieurs chercheurs (17). En effet une triangulation est pertinente si 80% des données sont analysés en duo, ce qui correspondrait dans notre étude à neuf entretiens. Seuls trois entretiens ont été triangulés. Deux personnes extérieures à l'enquête ont réalisé cette triangulation. Cela n'est pas acceptable sur le plan scientifique en termes de validité mais a permis, malgré tout, d'enrichir les résultats et la discussion en multipliant et corroborant les interprétations.

De plus, dans les contraintes de temps imposées par ce travail, les internes n'ont pas relu le verbatim correspondant à leur entretien afin de valider la signifiante de l'observation.

La triangulation des méthodes est quant à elle, terriblement exigeante et ne correspond pas à un travail de thèse unique. Un travail sur un ensemble de thèses traitant du même sujet, par

des auteurs différents permet d'obtenir cette crédibilité. C'est l'intérêt des revues de la littérature après plusieurs études sur le même sujet.

La *constance interne* se définit comme l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques (le temps ou la personnalité du chercheur). Elle peut être obtenue grâce à la triangulation des observateurs. La fiabilité consiste en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur. Elle nécessite la transparence du chercheur (15).

Lors de cette étude, comme annoncé précédemment, il n'y a pas eu de triangulation des observateurs faute de moyens humains et temporels mais l'enquêteur s'est attaché à rester le plus neutre possible pendant les entretiens, comme un observateur extérieur, malgré son intérêt pour l'hypnose. L'enquêteur n'étant pas lui-même formé à la pratique de l'hypnose, il n'était pas tenté d'induire des réponses de la part des internes interviewés.

IV.1.2. Validité externe

La possibilité que les résultats puissent être acceptés par des experts, d'autres chercheurs dans le domaine, définit la validité externe de l'étude. Elle est directement liée à la *transférabilité*. Cette dernière notion est importante dans les études qualitatives puisqu'elle est l'équivalent de la généralisation des résultats dans les études quantitatives. La transférabilité correspond à l'application des résultats dans d'autres contextes que celui qui a été étudié, même s'ils sont limités. Elle s'appuie sur la *saturation des données* qui se définit comme un phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps, non défini à l'avance, quand le terrain n'apporte plus de nouvelles informations. Une fois atteinte, la saturation confère une base solide de généralisation (15).

La principale limite des études qualitatives est la généralisation des données basées sur une population étudiée, bien que souhaitée représentative, toujours en nombre limité. La généralisation de type statistique n'est donc pas réalisable par manque de pertinence devant le corpus d'étude trop restreint, ne le rendant pas représentatif ni significatif. Les résultats ne sont pas, certes, quantifiables de manière statistique, mais ils sont diversifiés et la saturation des données est obtenue grâce à une sélection minutieuse des participants.

Dans notre étude, le nombre d'entretiens effectués a permis d'obtenir une saturation des données dès dix entretiens, confortée par la réalisation des deux derniers entretiens. Ceci a motivé l'arrêt de réalisation de nouveaux entretiens, conformément aux critères de validité.

IV.2. Sur les résultats et confrontation aux données de la littérature

Les principaux résultats de notre étude montrent d'une part que les internes de médecine générale nantais estiment manquer de formation et d'informations au cours de leur cursus universitaire, avec un intérêt certain pour la découverte de cet outil et méthode thérapeutique qu'est l'hypnose. D'autre part, il existe une ambivalence forte entre l'aspect magique de l'hypnose et son caractère relationnel. En effet, pour les internes, l'hypnose a deux caractéristiques majeures (mais inégales) : d'un côté son aspect magique car elle est vue comme une solution thérapeutique miraculeuse, par sa capacité de manipulation, par son absence apparente d'effet indésirable et de contre-indication ; de l'autre, son côté relationnel. Ce dernier passe notamment par la communication, outil majeur de l'hypnose, elle s'inscrit dans une démarche thérapeutique, respectueuse du patient et du praticien. Elle est une compétence naturelle et universelle puisque basée sur la relation.

IV.2.1. Réflexions éthiques

L'exercice de la médecine répond à des règles de bioéthique, auxquelles tout médecin s'engage le jour où il prononce le serment d'Hippocrate. Ces règles sont les principes de bienfaisance, de non malfaisance, de justice, d'autonomie et respect de l'autonomie du patient. Soumettons la pratique de l'hypnose à la pensée des internes.

IV.2.1.1. Principe de bienfaisance

La bienfaisance est la qualité de celui qui prodigue ses bienfaits à autrui, une tendance à faire du bien, selon la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL).

Pour les internes, l'hypnose respecte ce principe puisqu'elle ne peut apporter que du bien aux patients. En effet, cette méthode n'a, pour eux, ni effet secondaire ni effet indésirable. Elle ne peut donc nuire aux patients.

Parallèlement, ils insistent sur l'importance du relationnel pour l'efficacité de cette méthode, pour sa réalisation, comme nous l'avons vu dans les résultats ; que la confiance soit d'ailleurs accordée au médecin traitant qui adresse à l'hypnothérapeute, ou envers le thérapeute lui-même. Ils n'ont pas conscience (ou ne relèvent pas) que la relation, souvent bénéfique puisque créée avec bienveillance dans un souci thérapeutique, dans un souci de bienfaisance, peut aussi être destructrice si elle est utilisée à mauvais escient.

Il est d'ailleurs établi que la relation de confiance entre un thérapeute et son patient constitue une part importante de l'efficacité d'une thérapie, nettement plus que l'outil utilisé en lui-même. Michael Balint (1896-1970), célèbre psychiatre anglais, l'évoquait déjà : « *Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel.* » (18).

Les internes n'ont pas extériorisé que le médecin lui-même peut être thérapeutique, en ont-ils la notion ? Ils sont convaincus que la relation peut être thérapeutique. Ils ont également la notion que la communication peut être thérapeutique en elle-même. Ils ne mettent pas en lumière comment créer une bonne relation alors que pour la communication, il est question d'une technique qui s'apprend (19). Relation et communication étant étroitement liées, l'idée d'apprendre à communiquer reflète une certaine part de vision technique de la relation humaine, comme si tout pouvait être contrôlé, par rapport à une vision plus subjective, moins contrôlable, où les émotions ont leur place et permettent de vivre et ressentir des choses en les partageant. Pour certains, la communication est la base de l'hypnose non formelle, appelée hypnose conversationnelle.

L'une des internes a, à l'occasion des entretiens réalisés pour ce travail de thèse, fait cette découverte : elle avait l'impression de n'avoir aucune connaissance de l'hypnose avant de venir à l'entretien, et au fur et à mesure de la discussion, sans avoir été influencée par l'enquêteur, elle a pu exprimer de nouvelles idées qu'elle avait sur le sujet. En fin d'entretien, elle a déclaré : « Merci, j'ai bien imaginé depuis tout à l'heure. ». Les ressources étaient déjà présentes en elle, dans son inconscient, et la communication, à base de questions ouvertes et libres, lui a permis d'y avoir accès, sans avoir besoin de lui transmettre quelque idée que ce soit sur le sujet.

IV.2.1.2. Principe de non malfaisance

Le principe de non malfaisance se base sur le bien connu « *primum non nocere* », qui signifie mot-à-mot « d'abord ne pas nuire », c'est-à-dire ne pas infliger intentionnellement de préjudice au patient. Ce principe s'ajoute au principe de bienfaisance puisque « faire du bien » n'est pas équivalent à « ne pas faire de mal ».

Les internes ont cette notion sous l'expression « si ça ne fait pas de mal » sans expliciter l'importance de la bienveillance comme nous l'avons présentée précédemment.

IV.2.1.3. Principe de justice

La justice désigne les justes règles d'attribution des ressources en santé dans une perspective d'ensemble à différencier de l'équité qui concerne le souci de l'individu concret (par rapport aux autres).

C'est une question plus politique, que les internes soulèvent en parlant de l'accès aux soins à visée psychologique pour les personnes en précarité financière. Notre système actuel n'est pas équitable en termes d'accès aux soins à visée psychologique. Est-il juste ?

En France, actuellement, il est estimé que 20 à 40% des consultations de médecine générale sont à visée psychologique. Selon une étude nationale multicentrique, 23% des consultations sont regroupés sous l'intitulé « conseils thérapeutiques, écoute et psychothérapie ». Parmi les

consultations sans prescription médicamenteuse, près de 27% concernaient une situation de prévention (18).

Se posent ici les questions de la formation des médecins généralistes sur ces soins particuliers, de la faisabilité humaine et financière de leur réalisation en libéral, de la reconnaissance administrative et sociétale de l'exigence de ces thérapies. En d'autres termes, si les actes de thérapie, que ce soit avec de l'hypnose ou avec d'autres approches psychothérapeutiques, étaient pris en charge et remboursés par la Sécurité Sociale, cela serait-il bénéfique en termes de santé publique ? Cela coûterait-il plus cher à la société de se baser sur un modèle de santé publique préventive par rapport à un modèle basé sur le curatif ?

IV.2.1.4.Principe d'autonomie et de respect de l'autonomie du patient

Une personne est dite autonome si elle est libre et capable. Libre, d'une part, des interférences que pourrait avoir un tiers sur elle-même. Elle n'est pas sous influence ou bien elle a les moyens de s'y soustraire. Capable, d'autre part, veut dire compétente, c'est-à-dire non entravée par des circonstances physiques, psychologiques ou mentales, susceptibles d'invalider son jugement.

Respecter l'autonomie d'autrui suppose : que l'on donne toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée ; que l'on ait vérifié que cette information ait été comprise ; que l'on s'assure de la capacité de la personne malade à vouloir décider et que la décision prise soit cohérente avec ces trois préalables.

Plusieurs internes parlent spontanément d'autonomisation des soins souhaitée par la philosophie hypnotique à travers l'auto-hypnose. Le but est en effet de former le patient à devenir son propre thérapeute en retrouvant l'état naturel de transe à sa guise, chaque fois que nécessaire. Cette expérience ayant été préalablement (re)consolidée avec l'aide du thérapeute.

Ainsi l'hypnose et les thérapies brèves peuvent se résumer par cette phrase volontairement provocatrice : « *Je ne vous abandonnerai jamais... si vous faites tout pour me rendre inutile aussi vite que possible.* », avec la possibilité de l'exprimer « à l'envers », tout aussi provocateur : « *Je vous abandonnerai sûrement si vous ne faites pas tout pour me rendre inutile aussi vite que possible...* » (5).

IV.2.2. Réflexions psychothérapeutiques

Les internes de médecine générale pensent que leur spécialité est exigeante sur le plan de l'écoute, de la communication, de la psychothérapie. Ils estiment être peu formés à ces approches et parfois dépourvus devant les demandes des patients.

L'une des explications pourrait être le manque de formation car la formation à visée psychologique est plus exigeante qu'une formation à visée somatique. Elle l'est tant sur le plan de la faisabilité que sur le plan humain. Ainsi, il est plus facile d'apprendre à un groupe d'étudiants comment soigner une pathologie bien étiquetée, dont la démarche diagnostique est reproductible pour le plus grand nombre, dont la prise en charge est protocolisée, le traitement bien étudié et validé scientifiquement, que de se confronter à des représentations de souffrance psychologique, avec des traitements individualisés, personnalisés. La prise en charge de souffrance psychologique se frotte très régulièrement à l'échec plurifactoriel. Echech que notre formation de médecin tolère peu car nous rappelant nos limites, pouvant nous ramener à nos échecs personnels, nous confrontant à l'inconnu, au sentiment d'impuissance, à la nécessité de se laisser bousculer, de devoir se remettre en question. Cet ensemble de sentiments est soutenu par la pensée collective et ancienne qu'un médecin possède le savoir, idée longtemps véhiculée par l'approche paternaliste de la médecine.

Les patients viennent consulter un médecin généraliste afin d'avoir un diagnostic à leur(s) symptôme(s), ils attendent que le médecin ait la solution ou les adresse à un confrère pouvant trouver la réponse diagnostique. La plupart des patients viennent chercher un traitement correspondant au diagnostic, ils attendent que le médecin prescrive des médicaments (environ 80% des consultations sont d'ailleurs concluent par une prescription médicamenteuse (20)), des examens complémentaires.

De son côté, le médecin a été formé à la gestion de l'urgence, à éliminer en premier ce qui est grave, à hiérarchiser les problèmes. Il recherche à étiqueter la défaillance d'organe donnant les symptômes dont se plaint le patient. La partie psychologique étant, pendant ces nombreuses années de formation, rabaisée au rang de diagnostic d'élimination, sous-entendu, sans importance, sans gravité, que l'on prendra en charge si rien d'autre n'a été diagnostiqué sur le plan organique.

La réalité de la médecine générale est toute autre, et la formation actuelle tente, de plus en plus, de transmettre l'importance de la relation et celle de la part psychologique dans les prises en charge. Cependant, l'ambivalence persiste chez les internes, qui ont la représentation que l'hypnose n'est initialement pas du ressort du médecin généraliste mais plutôt de celui de la psychothérapie, idée soutenue par les patients, et probablement en lien avec plusieurs autres facteurs donc nous allons discuter ensuite (21). D'autres études confirment que les indications de l'hypnose sont des motifs de consultation courants en médecine générale, que ce soit pour la prise en charge des maladies chroniques ou aiguës, ainsi que pour la réalisation de gestes techniques (20) (22) (23).

Pour M. Balint : « Cette attitude de respect envers les étiquettes diagnostiques est aussi un trait hérité de notre système de formation. Les omnipraticiens ont été formés dans les

hôpitaux par des spécialistes. Ces spécialistes savent comment on peut guérir les maladies qui appartiennent au champ de leur spécialité lorsqu'elles sont curables et connaissent également les limites de leur aptitude mais ils se préoccupent moins de la personnalité du patient dans sa totalité et on peut même les suspecter de ne pas le connaître assez. Nous devons apprendre qu'en pratique générale le problème véritable se pose souvent sous forme d'une maladie de la personne entière. » (18) et il ajoute « les médecins préfèrent en général diagnostiquer des maladies physiques, en utilisant les clichés qu'ils ont appris par leurs professeurs spécialistes, plutôt que diagnostiquer des problèmes de la personnalité globale. ».

Au niveau de la mise en place de l'hypnothérapie, des adaptations de temps et de lieux peuvent être nécessaires, qui, selon les cas, ne correspondent pas toujours à la réalité de la médecine générale libérale (13) (14) (24) (25). Certaines études montrent que ce sont des facteurs de risque d'abandon de cette méthode thérapeutique (20). D'autres montrent que le manque de reconnaissance par la société, et en particulier dans sa part financière : la rémunération à l'acte, par sa valorisation (ou au contraire sa non-valorisation) concourt à la disparition de sa pratique chez certains médecins formés. Plusieurs études d'acceptabilité de la pratique de l'hypnose en médecine générale ont été réalisées à l'étranger infirmant ces représentations (26) (27). Ainsi, en Australie, les médecines complémentaires sont largement acceptées par les médecins généralistes et leurs patients et considérées comme sûres et peu coûteuses.

Nous pourrions nous interroger longuement sur les différences de pratique entre la France et l'étranger. La réponse est probablement d'origine plurifactorielle et nécessiterait une étude plus poussée sur les différences de représentations de la médecine, de l'apport des thérapeutiques, des attentes des patients, sur les différences de culture entre les pays, étant donné le poids de l'histoire dans nos quotidiens (cf. paragraphe IV.2.4. Histoire et société). Dans le cas de l'Australie, une partie de la réponse se trouve probablement également dans le fait que la pratique de l'hypnose est reconnue par l'État, sans limitation à certains professionnels de santé (26).

Les consultations de médecine générale durent en moyenne 12 minutes. C'est trop court pour établir une relation de confiance et une approche psychothérapeutique en un rendez-vous, et cela exige que le médecin soit efficace et possède dans sa boîte à outils tout le nécessaire pour apporter à son patient la solution qui lui soit le plus adaptée (28). Comme l'ont dit plusieurs des internes interrogés, avoir dans ses compétences le savoir-faire hypnotique peut permettre au médecin une meilleure performance malgré la contrainte du temps, et une réponse plus adaptée pour le patient. L'un des points forts de la médecine générale étant le suivi des patients, la relation de confiance peut s'établir sur plusieurs rencontres, et la prise en charge hypnotique pourra s'affiner au fur et à mesure, afin de devenir la thérapie « sur mesure » du patient, dans la lignée des travaux de Carl Rogers, célèbre psychologue humaniste américain ayant travaillé, entre autres, sur l'approche centrée-patient, la communication et la relation thérapeutique (29).

IV.2.3. Réflexions médicales

IV.2.3.1. La formation

Que ce soit lors de l'externat ou lors de l'internat, les internes semblent manquer d'informations et de formation quant à la réalité de l'hypnose : ses indications et contre-indications, les formalités de réalisation des séances, son statut de reconnaissance etc. Ils estiment, pour ceux qui n'ont pas suivi de formation complémentaire, avoir les mêmes notions de l'hypnose que les patients, parfois même moins étant donné que les patients ont, à l'heure actuelle, bien d'autres sources d'informations que leur seul médecin généraliste, et qu'ils ont la capacité d'avoir l'information s'ils le souhaitent, au même titre que les médecins. Les internes, qui sont par définition en cours de formation, n'ont pas encore eu le temps d'enrichir leurs connaissances sur tous les aspects de la médecine et du monde paramédical dans son ensemble. En témoigne, par exemple, l'une des sources d'information potentielle : le Magazine de la Santé, émission télévisée visant à informer les patients, à vulgariser la médecine et la rendre accessible pour chacun. Dans les archives de l'émission remontant à 2008, plus de 75 résultats concernant l'hypnose apparaissent.

Lors de l'exploitation des résultats, nous pensions trouver un manque de connaissance de l'hypnose de la part des internes, devant l'absence de formation dans le cursus initial. Les résultats nous ont surpris. D'une part car malgré la représentation magique que nous nous attendions à trouver, nous nous sommes rendus compte que les internes interrogés ont de larges notions de l'hypnose, que nous avons appelé hypnose relationnelle ; l'hypnose qui a de l'intérêt sur le plan thérapeutique. Et d'autre part, car nombreux sont les internes, sur ceux interrogés, qui ont assisté à des formations complémentaires en lien avec l'hypnose et les thérapies brèves. Nous pouvons peut-être voir ici l'effet de la formation nantaise (cf. discussion ci-dessous), à laquelle peut s'ajouter l'effet de mode dans le monde profane, qui pourrait inciter les médecins à se former afin de pouvoir mieux répondre à leurs patients.

Pour pallier à ce manque de formation, certains complètent leur parcours universitaire par des lectures, des congrès, des diplômes universitaires, ou encore des écoles de formation telle que l'IMHENA-AREPTA à Nantes par exemple. Le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) a été créé afin de promouvoir et d'encadrer les formations universitaires sur l'approche intégrative et personnalisée des patients ainsi que sur les thérapies complémentaires ; pour promouvoir la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé et pour promouvoir leur harmonisation européenne. Il se veut être l'interlocuteur des instances universitaires, des pouvoirs publics, des organismes représentatifs des professions de santé et des associations d'usagers et de patients sur ces thématiques. Il souhaite également mettre en place les bases d'un observatoire des pratiques et des événements indésirables. De plus il a pour but de promouvoir le partage d'expériences et de ressources méthodologiques (30). D'autres travaux de thèses s'intéressant aux motivations des médecins généralistes formés à la pratique de l'hypnose déplorent un

manque de formation initiale systématique lors du parcours universitaire (20) (31). Il semble exister un réel intérêt pour l'hypnose thérapeutique chez une partie des internes interrogés.

Il existe cependant des freins à ce désir de formation de la part des internes et des médecins généralistes, notamment à cause du manque de reconnaissance de la pratique de l'hypnose en médecine générale. Ce manque de reconnaissance de l'hypnose par les instances limite sa reconnaissance par le grand public et par les médecins eux-mêmes. En effet, comme présenté dans l'introduction de ce travail, la Sécurité Sociale a créé une nomenclature pour la prise en charge hypnotique mais dont la tarification est à zéro euro. Quant à lui, l'Ordre des Médecins interdit d'apposer la mention d'une formation complémentaire en hypnose sur sa plaque ou ses ordonnances aux médecins généralistes formés, ce qui souligne la méfiance que suscite encore l'hypnose au sein même du corps médical (32) (33).

IV.2.3.2. Les connaissances

Tout d'abord, il est à noter que la majeure partie des internes interviewés était en fin de cursus universitaire. Ils avaient donc eu un contact direct avec la médecine générale, avec son exercice en libéral, à travers leur stage dit de niveau 1 et le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Nous pouvons supposer qu'ils étaient plus sensibilisés à l'importance de la relation médecin-patient par rapport aux internes de premier semestre qui n'ont connu que l'exercice hospitalier de la médecine. Ceci impactant probablement leur représentation de la médecine et en particulier de la médecine générale.

L'état de transe est un état peu connu, du moins sur un plan conscient, par les internes, ils ne savent pas le définir avec précision. Certains expriment que c'est un état qui ne se définit pas, mais qui se ressent, qui se vit. L'état de transe est un état naturel, que l'on reproduit plusieurs fois par jour. Les patients en souffrance n'arrivent plus à vivre cet état de déconnexion ressourçant, nécessaire à notre équilibre. L'hypnose, par cet état, est difficile à expliquer dans un monde où l'on apprend la logique dès les petites classes. Il nécessite d'accepter quelque chose qui ne se voit pas, qui ne se prouve pas, mais qui se vit simplement.

Au cours de l'analyse des résultats, nous nous sommes rendus compte que les internes de remettaient pas en doute la réalité scientifique de l'hypnose, contrairement à ce qui a pu se passer dans l'Histoire, quelle que soit son origine : magique ou rationnelle. Ils ne s'interrogent pas sur le fait que cela existe ou pas mais sur les moyens : comment cela fonctionne-t-il ?

La médecine actuelle est basée sur l'EBM, base de réflexion pour tout médecin, avant de poser un diagnostic, de proposer un traitement, d'orienter un patient. Les médecines manuelles et complémentaires que sont l'hypnose, l'ostéopathie, l'acupuncture, etc. ne répondent pas et ne peuvent répondre aux mêmes exigences scientifiques du fait de leurs particularités. Elles paraissent pourtant complémentaires de notre médecine dite traditionnelle (28) (34) (35). Des recherches ont cependant eu lieu pour tenter d'appuyer l'intérêt de la méthode hypnotique ;

sans que cela n'ait de répercussion à grande échelle sur les représentations de l'hypnose, y compris au sein du corps médical, malgré la pertinence et la validité des résultats (36) (37) (38) (39).

IV.2.4. Histoire et société

IV.2.4.1. Le poids de l'histoire

Dans les représentations populaires, l'hypnose garde un côté magique mal expliqué. Les internes naïfs de toute formation ont également à l'esprit cette idée sans qu'elle soit la représentation majeure qu'ils aient de l'hypnose ; comme en témoigne l'écart, dans nos résultats, entre les parties regroupant les occurrences d'une vision magique et celles d'une vision relationnelle de l'hypnose. Cependant, chaque interne a une ambivalence intellectuelle, personnelle, quant à la représentation qu'il a de l'hypnose. En effet, à l'échelle individuelle comme à l'échelle du groupe, les internes ont le sentiment que l'hypnose fonctionne avec la magie mais, paradoxalement, ils sont aussi persuadés que cette technique fonctionne de manière réelle par des mécanismes scientifiques. Ils ont du mal à exprimer cette ambivalence, voire ils n'en ont pas conscience mais les entretiens et les résultats de cette thèse s'orientent vers cette explication.

L'histoire de l'hypnose peut être un des facteurs influençant ces représentations, encore véhiculée par les médias et les arts et entretenue par les patients (21). En effet, elle est passée de l'hypnose mesmérisme, très théâtrale, à l'hypnose ericksonienne basée sur la relation, en passant par l'hypnose freudienne. Mesmer est encore bien présent dans les représentations magiques de l'hypnose, notamment par son côté spectacle et spectaculaire. Freud, quant à lui, est encore omniprésent dans la pensée collective à travers la notion que lorsque des troubles existent sur le plan psychologique, il est nécessaire d'aller voir le psychologue ou le psychiatre afin de faire une psychanalyse. Il faut, pour guérir le trouble, comprendre ses mécanismes. Il est encore communément admis que la psychologie influence nos comportements, par exemple, que les enfants passent par le stade de complexe d'Œdipe lors de leur développement et ne peuvent s'y soustraire. De même qu'il persiste l'idée que des personnes peuvent être résistantes à l'hypnose, ce qui a fait que Freud s'est éloigné de l'hypnose et s'est orienté vers la psychanalyse pour étudier les fondements de ces résistances. Enfin, Erickson, père de l'hypnose relationnelle, s'immisce progressivement dans les représentations des médecins, influençant peut-être en partie la médecine centrée-patient actuelle.

La médecine connaît depuis plusieurs années de grands changements : d'un caractère paternaliste, elle tend vers une médecine centrée sur le patient. Ce virage est encore en cours de concrétisation et connaîtra probablement encore de grandes révolutions. L'hypnose en est un exemple. En France, à notre connaissance, le premier article à étudier la pratique de l'hypnose en médecine générale date de 1997 (22). Cette étude épidémiologique a enregistré

150 consultations d'hypnose auprès de quatre médecins généralistes. Dans les pays anglophones, les premières publications datent des années 1970.

Prenons l'exemple du sevrage tabagique : la médecine paternaliste affirmera qu'il faut sevrer de cette intoxication tous les patients, jugée comme un mauvais comportement. La médecine centrée-patient cherchera, elle, à comprendre le comportement des patients, à leur proposer d'apprendre une autre façon de faire pour lutter contre leur stress, par exemple, et à aller à leur rythme. Cette approche garde en arrière-pensée que si l'on supprime son soutien au patient, ne risque-t-il pas des effets secondaires tels qu'une dépression n'ayant plus la solution qui était efficace pour lui jusque-là, au moins à court terme ?

IV.2.4.2. Le poids de l'actualité

La société actuelle a certainement également un rôle à jouer dans la représentation qu'ont les internes de l'hypnose et des thérapies brèves.

D'une part, cette société se déshumanise notamment avec la multiplication de l'utilisation des objets connectés, les relations deviennent elles aussi virtuelles. Elle nous offre une moins bonne tolérance à l'attente, à la souffrance, à la frustration, en nous apportant la réponse à tout de manière quasi-instantanée. Au niveau médical, les attentes sont les mêmes, le médecin doit être consultable quotidiennement, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, les examens doivent être obtenus rapidement, les traitements efficaces dans un délai le plus bref et le moins contraignant possible. L'hypnose peut sembler une réponse à cette précipitation : « Il a arrêté de fumer en une séance ! » est une phrase qui en motive plus d'un.

D'autre part, nous vivons dans une société en quête de bien-être, libre de toute frustration, avec une volonté de retour au naturel, de prendre soin de son corps. La société propose un ensemble de normes sociales imposant une forme de pression sociale pour chacun. Citons par exemple les tailles mannequin présentées par les publicités, la multiplication des réseaux sociaux auxquels il faut appartenir, l'idée qu'il faut suivre la mode vestimentaire, etc. Les médecines dites naturelles, alternatives ou encore complémentaires ont un regain d'attrait pour les patients, que ce soit en complément ou à la place de la médecine dite traditionnelle ou conventionnelle (34).

L'hypnose connaît probablement un effet de mode, en partie liée à cette mouvance, et nourrie par sa fréquence d'apparition dans les magazines, à la télévision. Une marque célèbre de parfum a même choisi d'appeler l'un de ces produits « Hypnose », nourrissant la représentation enivrante, presque mystique, de l'hypnose.

L'hypnose peut aussi apporter une réelle source de bien-être en recréant un instant de pause dans la vie chronométrée des patients. Elle leur donne l'occasion d'apprendre à ressentir leurs émotions, à s'écouter et à se (re)découvrir. En s'ouvrant au thérapeute, les patients s'ouvrent à eux-mêmes. Dans notre société où nous n'acceptons plus l'ennui, ces instants deviennent rares, précieux et ressourçants. Les patients, grâce à la relation créée avec le thérapeute,

retrouvent les bienfaits d'une relation vraie, d'une relation de confiance, dans un monde où prédominent les relations virtuelles, qu'elles soient personnelles ou professionnelles.

À l'heure où la volonté générale est de réduire les coûts, que ce soit sur le plan purement financier, humain ou écologique, on peut se demander si l'hypnose ne peut pas être une partie de la réponse. En effet, elle pourrait permettre de réduire la dépense médicamenteuse et donc l'impact écologique de leur production à leur destruction. L'étude de 1997 confirme que les pathologies potentiellement « cibles » de l'hypnose sont courantes en médecine générale. Il semble également y avoir une réduction des prescriptions médicamenteuses mais elle n'est pas quantifiée (22).

Si l'on s'intéresse à l'apport de l'hypnose pour leur pratique de futur médecin généraliste, certains internes soulèvent plusieurs aspects valorisant sa pratique. D'une part elle a un aspect positif pour le patient, grâce aux liens privilégiés créés entre le thérapeute et le patient, avec cette notion de voyage en commun. D'autre part, elle améliore le bien-être du praticien, sa satisfaction personnelle, sa confiance en soi. En France, plusieurs thèses d'exercice ont traité de l'hypnose en médecine générale grâce à des entretiens auprès de médecins généralistes ou de patients confirmant ce ressenti auprès des médecins généralistes qui déclarent avoir une meilleure confiance en soi, une communication différente, une prévention du burn-out et une sensation d'efficacité (20) (24). On peut se demander si l'hypnose ne permet pas une prise de recul, pour le médecin, face aux situations portées par les patients, nécessaire pour l'équilibre personnel du médecin ; d'où la prévention du burn-out et la meilleure confiance en soi.

L'hypnose est vue par certaines personnes, ainsi exprimé par quelques internes interviewés, comme une forme de manipulation à travers les suggestions. Reprenons l'exemple fréquemment cité du sevrage tabagique quasi-miraculeux : en une séance « ça marche ! ». Les normes de notre société nous invitent à penser que fumer n'est pas bien pour de multiples raisons et qu'il faut obtenir le sevrage de nos patients. Ces normes nous influencent dans nos jugements et dans nos comportements, y compris les internes interrogés qui n'en ont pas forcément conscience. Ceux-là mêmes qui voient dans l'hypnose le risque d'être une manipulation, verraient d'un bon œil que cette « manipulation » soit efficace concernant le sevrage tabagique. Mais qu'en est-il de l'autonomie du patient ? A-t-il choisi librement d'arrêter ? Était-ce son choix, ou celui de son entourage et de son médecin ? En pratique, si quelqu'un arrête facilement de fumer avec l'hypnose, c'est que c'est son choix le plus profond, mais les internes non formés à l'hypnose ne le savent pas. Il y a donc là une ambivalence entre le principe d'autonomie souhaitée par les internes pour leurs patients et les moyens que les internes envisagent pour aider leurs patients. Nous pouvons également la présenter ainsi : l'hypnose n'est pas un outil de manipulation mais elle aide au changement par des expériences « correctrices » qui permettent au patient de retrouver la liberté de choisir ce qui est le mieux pour lui, là où des barrières conscientes l'en empêchaient auparavant. Elle peut

être comparée à l'image du bébé à qui l'on apprend à marcher : il n'oublie pas pour autant le déplacement à quatre pattes, il acquiert le choix d'utiliser la méthode la plus adaptée à ses besoins, il possède une compétence de plus. De même avec l'hypnose, le patient est libre de prendre le chemin qu'il veut, en conscience, en fonction de ses besoins.

Enfin, plus localement, les internes interviewés ainsi que la société nantaise, sont peut-être influencés par l'implantation depuis plus de 25 ans de l'IMNHENA-AREPTA, centre régional de formation à l'hypnose. Les médecins et paramédicaux formés, transmettent plus ou moins consciemment et volontairement leur point de vue sur l'hypnose et son approche, leurs expériences, à leurs confrères, leurs patients, leurs familles. Petit à petit, les mentalités évoluent, les regards changent et l'intérêt peut croître : la formation continue de manière indirecte. Ajoutons que les membres du Département de Médecine Générale (DMG) nantais sont, pour la plupart, sensibilisés voire formés aux thérapies systémiques. De la même manière, ils transmettent ces notions aux internes qu'ils forment.

Ceci peut expliquer que plusieurs des internes interviewés ne se limitent pas à la vision magique de l'hypnose mais voient l'intérêt thérapeutique que cette approche peut avoir, grâce à leurs expériences sur le terrain.

Cela explique peut-être aussi pourquoi les internes ont peu d'expérience de chirurgie avec hypnose. Ils ont la notion que cette pratique existe et notamment que l'hypnose permet, lors de chirurgies dont l'anesthésie est couplée à cette technique, de diminuer les sensations nociceptives et d'améliorer le confort du patient (36) (37) (38). Ils peuvent citer quelques exemples, mais rares sont ceux qui ont pu assister à une chirurgie avec hypnose. Une autre explication à cela peut être que l'activité nantaise de chirurgie avec hypnose a fortement diminué ces dernières années, suite au départ de certains praticiens formés, même si le retard tend à se combler. Nous noterons à l'occasion de cette réflexion que l'expression « chirurgie sous hypnose » est plus utilisée dans le langage commun que « chirurgie avec hypnose », ce qui renforce, une fois de plus chez les internes interrogés, l'idée que l'hypnose domine, l'hypnose contraint : séquelle de l'histoire ? Symbole des représentations profanes ?

IV.3. Perspectives

IV.3.1. Perspectives scientifiques

Comme déjà évoqué précédemment dans la discussion, il paraît utile de revoir les critères de jugements scientifiques, ou d'en élaborer de nouveaux, pour valider les méthodes dites complémentaires que sont notamment l'hypnose et les thérapies brèves, mais aussi l'ostéopathie, l'acupuncture, etc.

D'autre part, les internes, futurs praticiens autonomes, ont besoin de pouvoir répondre aux besoins de leurs patients et à leurs interrogations, et si ce n'est pas le cas, de pouvoir les orienter vers la personne pouvant apporter ces réponses. Pour cela, ils ont besoin de notions de base quant à la pratique de l'hypnose, à ses indications et contre-indications, à ses modalités, et à ses objectifs. Ils ont besoin, malgré le poids des représentations historiques bien ancrées, de pouvoir avoir des expériences enrichissant leurs représentations, les actualisant.

Plus généralement, dans notre société en crise, la médecine générale a besoin de reconnaissance de la part des autorités. Les changements de ces dernières années qui l'ont remise au cœur des prises en charge, ont été nécessaires mais restent insuffisants. L'attractivité de la médecine générale est en berne, le burn-out des médecins généralistes est un fléau..., il est urgent de repenser l'exercice de la médecine générale et l'organisation de notre système de santé.

IV.3.2. Perspectives personnelles

Ce travail de thèse n'a fait que renforcer une envie déjà présente depuis plusieurs années : approfondir ma connaissance de l'hypnose et des thérapies brèves. Ceci afin d'enrichir ma relation avec les patients et de pouvoir leur offrir un bien précieux et rare dans notre société : un lieu d'écoute en vérité, où ils ne se sentiront pas jugés mais écoutés pleinement, tout en ayant de nouvelles perspectives d'évolution s'ils le souhaitent. La communication est un art auquel il faut se former afin de le maîtriser. Cette démarche, pour moi au cœur du métier de médecin généraliste, s'inscrira dans la continuité de la vision centrée-patient de la médecine générale actuelle.

L'autre grand changement que ce travail m'a apporté est le souhait d'intégrer ou de renforcer dans mon quotidien, dans ma vie personnelle, un vocabulaire positif et une écoute bienveillante pour mon entourage : prévenir avant de soigner, dès mon domicile.

V. CONCLUSION

L'Histoire, la société et ses normes ont un poids énorme sur nos valeurs, nos représentations et nos actes. Les idées sont encore bien ancrées et formatées dans le collectif quant à l'hypnose magique, l'hypnose spectacle. Ce travail a permis de mettre en lumière que, malgré cela, tous les internes de médecine générale nantais interviewés qui ont eu une expérience de l'hypnose à travers leurs stages, leurs formations universitaire ou complémentaire, ont la notion d'une hypnose relationnelle, d'une hypnose thérapeutique. Malgré le poids du passé, le changement de perception de l'hypnose peut avoir lieu chez les personnes qui en font l'expérience. Cette idée est transposable à la pratique de l'hypnose chez des patients au passé lourd, qui paraît ancré en eux. Ils peuvent apprendre, grâce à l'hypnose, à « vivre mieux ».

Les internes ont donc, de manière individuelle, une représentation ambivalente de l'hypnose. La part magique est présente mais contrebalancée lorsque les internes ont acquis de l'expérience quant à l'hypnose thérapeutique, dite aussi relationnelle : l'hypnose d'Erickson. Vient alors l'envie de se former à cet outil thérapeutique au fort potentiel, de par l'amélioration de la communication avec le patient, base de la médecine générale, et par la possibilité d'hypnose formelle pour la prise en charge psychothérapeutique. Ce type de prise en charge est un aspect de la médecine générale auquel les internes se sentent moins bien formés et plus rapidement dépourvus de solutions.

Il serait intéressant d'étudier comment développer l'apprentissage de l'hypnose et des thérapies brèves chez les étudiants en médecine, puisque, nous l'avons vu, cette pratique aide la relation médecin-patient, mais que la formation est encore trop rare. Cela pourrait faire l'objet d'une étude portant sur les freins d'une telle formation, que ce soit au niveau des étudiants ou au niveau des universités. Cette étude sur les représentations de l'hypnose chez les internes de médecine générale pourrait être reconduite dans quelques années, afin de voir si les représentations changent avec le développement de la formation.

Enfin, un autre champ d'étude serait d'estimer les conséquences de l'utilisation de l'hypnose sur les pratiques de prescriptions médicamenteuses et donc son impact sur la réduction financière et écologique, et plus largement pour les thérapies dites complémentaires.

VI. RÉFÉRENCES

1. Barry W. L'histoire de l'hypnose [Internet]. Hypnose - La Rochelle. Disponible sur: <http://www.la-rochelle-hypnose.com/histoire-de-hypnose.php>
2. Histoire de l'hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose. 2016. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-histoire/>
3. Histoire : La Commission royale de 1784 face au magnétisme animal de Mesmer. Prescrire. févr 2016;36:149.
4. Aïm P. L'hypnose, ça marche vraiment ? Marabout. 2017. 440 p.
5. Doutrelugne Y, Cottencin O, Betbeze J. Thérapies brèves : principes et outils pratiques. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 236 p. (Pratiques en psychothérapie).
6. Définitions de l'hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose Ericksonienne. Disponible sur: <http://www.hypnose.com.fr/definitions-hypnose.htm>
7. Hypnos. In: Wikipédia [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hypnos&oldid=160628030>
8. Question n°14865 du Journal Officiel - Assemblée Nationale [Internet]. Disponible sur: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-14865QE.htm>
9. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM; 2015 p. 213. Report No.: INSERM n°U1178.
10. Castellotti V, Moore D. Guide pour l'élaboration des politiques linguistiques éducatives en Europe – De la diversité linguistique à l'éducation plurilingue. [Conseil de l'Europe, Strasbourg]; 2002.
11. Jodelet D. Les représentations sociales [Internet]. Presses Universitaires de France; 2003. 454 p. (Sociologie d'aujourd'hui). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm>
12. Lo Monaco G, Lheureux F. Représentations sociales: théorie du noyau central et méthodes d'étude. Rev Électronique Psychol Soc. 2007;(1):55-64.
13. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 4^{ème} édition. Armand Colin; 2016. 128 p. (Tout le savoir en 128 pages).
14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. Vol. 1. De boeck supérieur; 2014. 149 p.
15. Gohier C. De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. 2004;24:15.

16. Jauvert J. Connaissances et intérêt des internes en médecine du Languedoc-Roussillon vis-à-vis de l'hypnose médicale: enquête quantitative [Internet]. Montpellier; 2015. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=190688084>
17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:142-5.
18. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 3e éd. Paris: Payot; 2003. 418 p.
19. Lang EV. A Better Patient Experience Through Better Communication. J Radiol Nurs. 1 déc 2012;31(4):114-9.
20. Desmars C. Intérêt de la pratique de l'hypnose Ericksonienne en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne [Internet]. Rennes; 2011. Disponible sur: https://docs.google.com/file/d/0B7Ic7ZU_x27BMU1LODdYcS0zNDA/edit
21. Bosc A. Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose: Etude qualitative en Île de France, Bretagne et Pays de Loire. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.
22. Raineri DF, Jousselin C, Becchio J, Gourdet S. L'hypnose en consultation de médecine générale libérale. 1997;(49):13.
23. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. Santé Publique. 24 août 2015;Vol. 27(3):353-62.
24. Gallet. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale: enquête de pratique chez des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale [Internet]. Tours; 2011. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011_Medecine_GalletEtienne.pdf
25. Tayeg A. Les difficultés à la pratique de l'hypnose en médecine générale: Etude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France. Université Pierre et Marie Curie (Paris); 2015.
26. Cohen MM, Penman S, Pirotta M, Costa CD. The Integration of Complementary Therapies in Australian General Practice: Results of a National Survey. J Altern Complement Med. 11(6):995-1004.
27. Hall K, Giles-Corti B. Complementary therapies and the general practitioner. A survey of Perth GPs. Aust Fam Physician. juin 2000;29(6):602-6.
28. Testard-Vaillant P. Médecines alternatives : ce qu'en dit la science. INSERM. juin 2014;(20):22-33.
29. Daval R. Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2008;8(2):5.

30. Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) [Internet]. Disponible sur: <https://cumic.net/>
31. Dieulouard S. Hypnose et médecine générale : intégration des connaissances actuelles des médecins généralistes dans la coordination des soins. Henri Warembourd - Lille; 2016.
32. Guichard-Bouju 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 [Internet]. Université européenne de Bretagne; 2013. Disponible sur: <https://docs.google.com/file/d/0ByTgu1UK8zwcOVI5bURiZW5FYUE/edit>
33. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale: enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France [Internet]. Paris Descartes; 2016. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922/document>
34. Berna F, Göritz AS, Mengin A, Evrard R, Kopferschmitt J, Moritz S. Alternative or complementary attitudes toward alternative and complementary medicines. *BMC Complement Altern Med.* 8 avr 2019;19(1):83.
35. Bontoux D, Couturier D, Menkes C-J. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins [Internet]. INSERM; 2013 mars p. 42. Report No.: 13-04. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/therapies-complementaires-acupuncture-hypnose-osteopathie-tai-chi-leur-place-parmi-les-ressources-de-soins/>
36. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain.* déc 1997;73(3):361-7.
37. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol.* 1 mai 2000;92(5):1257-67.
38. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol-Paris.* juin 2006;99(4-6):463-9.
39. Roy M, Lebus A, Peretz I, Rainville P. The modulation of pain by attention and emotion: A dissociation of perceptual and spinal nociceptive processes. *Eur J Pain.* 2011;15(6):641.e1-641.e10.

VII. ANNEXES

VII.1. Guide d'entretien semi-dirigé

1. Qu'est-ce que l'hypnose pour toi ?
 - Hypnose médicale versus hypnose médiatique
 - Définition
 - Vécu, expérience personnelle/ professionnelle
 - Formation
2. Et les thérapies brèves ?
3. Et pour les patients ?
4. À quoi ces techniques peuvent-elles servir ?
 - Indication / contre-indication
5. Qui peut utiliser ces techniques ?
6. Quel(s) lien(s) fais-tu entre hypnose médicale et communication ?
 - Est-ce que l'hypnose peut aider la relation ? La communication ?
7. Peux-tu me raconter ton parcours ?
 - Externat/Internat
 - Mode d'exercice de la médecine générale souhaité
8. Pourquoi/Comment as-tu choisi la médecine générale ?

VII.2. Caractéristiques des internes interviewés

Interne 1 - Femme - 27 ans - en cours 5^{ième} semestre - au domicile de l'interne - 30:42 min
Interne 2 - Femme - en cours 5^{ième} semestre - au domicile de l'interne - 17:37 min
Interne 3 - Femme - 26 ans - en cours 5^{ième} semestre - au domicile de l'intervieweur - 33:06 min
Interne 4 - Femme - en cours 5^{ième} semestre - à la faculté de Médecine - 24:11 min
Interne 5 - Homme - en cours 5^{ième} semestre - à la faculté de Médecine - 44:31 min
Interne 6 - Femme - en cours 1^{er} semestre - à la faculté de Médecine - 29:16 min
Interne 7 - Femme - 27 ans - en cours 1^{er} semestre - au cabinet de l'intervieweur - 21:21 min
Interne 8 - Homme - en cours 1^{er} semestre - à la faculté de Médecine - 43:52 min
Interne 9 - Homme - en cours 6^{ième} semestre - au domicile de l'interne - 50:33 min
Interne 10 - Femme - 2^{ième} semestre - via Skype - 22:10 min
Interne 11 - Femme - en cours 6^{ième} semestre - à la faculté de Médecine - 29:43 min
Interne 12 - Homme - en cours 6^{ième} semestre - à la faculté de Médecine - 34:35 min

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,
Pr Julien Nizard

Vu, le Directeur de Thèse,
Dr Benjamin Aymard

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : WEYNE épouse MAZAS

PRÉNOM : MATHILDE

Titre de Thèse : Représentations de l'hypnose et des thérapies brèves des internes de médecine générale. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale nantais.

RÉSUMÉ :

L'hypnose et les thérapies brèves connaissent un effet de mode plurifactoriel impactant les attentes des patients face à leur médecin généraliste. Il apparaît important que médecin généraliste et patient puissent discuter ensemble et se comprendre.

L'objectif principal de cette étude était de connaître les représentations des internes de médecine générale sur l'hypnose et les thérapies brèves. Les objectifs secondaires étaient d'apprécier leur connaissance de l'hypnose et des thérapies brèves, d'évaluer la formation reçue au cours du parcours universitaire ; de connaître le lien qu'ils font entre hypnose et psychothérapie.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée, auprès de douze internes de médecine générale inscrits à la faculté de Nantes, en cours de formation, qu'ils soient formés ou non à l'hypnose en dehors de leur parcours universitaire.

L'analyse des résultats a été menée en utilisant la méthode par théorisation ancrée. Ils révèlent que malgré un manque de formation déploré par les internes, ceux-ci ont de riches notions de l'hypnose, moins des thérapies brèves. Ils sont tiraillés entre leur représentation intellectuelle de l'hypnose magique (retrouvée chez les patients) et leur représentation quasi-viscérale, inconsciente, de l'hypnose relationnelle. Cette dernière ayant été acquise lors d'expériences personnelles ou professionnelles.

L'une des perspectives de ce travail est l'intérêt d'intégrer l'apprentissage de l'hypnose dans le parcours universitaire des internes de médecine générale, pour enrichir leurs connaissances de l'hypnose et des thérapies brèves mais surtout pour les aider à intégrer ces pratiques dans leur quotidien de médecin généraliste, celles-ci pouvant apporter sur le plan de la communication et de la relation médecin-patient.

MOTS CLÉS :

Hypnose – Thérapies brèves – Représentations – Internes – Médecine Générale