

AVERTISSEMENT

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

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

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

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 19/06/2023

Par

Anne SOKOLOWSKI

**Etude qualitative auprès de médecins spécialistes généralistes et
cliniciens français : Apports et freins de l'hypnose et de la
méditation de pleine conscience à visée médicale**

Dirigée par le Dr François Raineri et le Pr Antoine Bioy

JURY

Le Professeure Anne-Sophie Bats
Le Docteur François Raineri
Le Professeur Antoine Bioy
Le Docteur Gabrielle Smans
Le Docteur Sandra Portelinha

Présidente
Directeur
Directeur
Membre du jury
Membre du jury

Remerciements

Au Professeure Anne-Sophie Bats, Professeure des Universités et Praticien Hospitalier de Paris Cité, Chef de service de l'Unité de Chirurgie Oncologique Gynécologique et Mammaire, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP

Merci d'avoir accepté la présidence de mon jury de soutenance de thèse. Merci pour vos valeurs et vos engagements forts en tant que chirurgienne : pousser les barrières du possible en réparant le corps des femmes atteintes de cancer gynécologique.

Au Docteur François Raineri, Ancien Professeur associé de Médecine générale à l'Université de Paris-Saclay

Pour son engagement inconditionnel au sein de la SFMG, dans l'élaboration de la formation en hypnose des médecins généralistes. Merci de m'avoir ouvert une voie hypnotique d'épanouissement personnelle et pour de nombreux médecins ; de m'avoir permis de connaître des médecins aussi fantastiques que toi, le Dr Jouselin, le Dr Becchio et les nombreux médecins qui m'ont formée en hypnose au sein de la SFMG. Merci de m'avoir soutenue dans toutes mes interrogations concernant cette thèse depuis son balbutiement ; merci de m'avoir montré la juste voie pour mêler hypnose et médecine générale pour le plus grand bien des patients. Merci de m'avoir fait l'honneur d'être mon Directeur de thèse et mon jury.

Au Professeur Antoine Bioy, Maître de Conférence des Universités à la faculté de Paris 8, Docteur en Psychologie Clinique, Hypnothérapeute et formateur

Pour ses connaissances infinies sur la psychologie humaine et l'hypnose. Merci d'avoir répondu à mon appel il y a un an, de m'avoir fait l'honneur d'être mon Directeur de thèse et jury. Cher Pr Bioy, merci également pour votre engagement pour l'hypnose et les états de trances, que ce soit à travers vos livres, vos conférences, vos cours. Vous permettez au plus grand nombre de mieux saisir ce qui a été incompréhensible pendant tant d'années aux yeux de tous. Vous contribuez à une ouverture plus grande, une place d'honneur en science pour ces outils.

Au Docteur Gabrielle Smans,

Merci de faire partie de mon jury. Merci pour ton soutien si bienveillant dans mon parcours de femme médecin(e). Tu as une place si spéciale et précieuse pour moi. Ta compréhension de l'être humain dans toutes ces dimensions, m'impressionne et constitue un modèle pour moi. Merci d'être présente aux moments charnières de ma vie. Merci de permettre un monde meilleur, plus apaisé, en étant simplement toi-même.

Au Docteur Sandra Portelinha Maître de Stage des Universités à la faculté de Paris X,

Merci d'avoir acceptée de faire partie de mon jury. Merci de m'avoir pris sous ton aile pour mon premier remplacement, de m'avoir permis de développer l'hypnose également. J'ai appris à être un meilleur médecin à tes côtés. Merci pour ta bienveillance et ton fantastique *gut feeling*. Je suis heureuse qu'un médecin comme toi soit maître de stage, puisse transmettre la richesse de ses connaissances et valeurs auprès des jeunes médecins.

Aux médecins de l'étude

Merci d'avoir participé à ce travail. Vos expériences m'ont émerveillées, m'ont émues et ont enrichi ma pratique de l'hypnose, de la médecine et de la pleine conscience. Je suis heureuse de savoir que des médecins comme vous existent et continuent de transmettre la pratique médicale avec des valeurs aussi belles.

À Minga Djelassem

Pour ton aide précieuse et ta bienveillance tout au long de ce travail.

À la SFMG

Pour m'avoir permis de me former en hypnose et le soutien à la formation des médecins en hypnose en France. Merci notamment à Christel Guiguen, pour sa bienveillance et son aide à la diffusion de ma demande de recrutement.

À mes maîtres de stage, les Docteurs Zerr Philippe, Markov Jovana et Youssefian Anne

Merci d'avoir contribué à faire de moi un meilleur médecin, à être rigoureuse, à aller chercher plus loin. Merci d'être toujours présents, de me donner vos conseils, empreints de votre droiture et de vos riches expériences. Vous avez été d'excellents modèles et je suis heureuse de savoir que de nombreux internes vont avoir la chance de vous connaître.

Merci à tous les autres médecins enseignants de la faculté et le Professeur Jean Gaschignard, le Docteur Marc Andronikof, les médecins, infirmières, aides-soignants, de leur service respectif,

Merci de m'avoir offert une formation médicale riche et épanouissante.

À mes parents, hors normes dans leurs qualités d'êtres. À toi mon père qui m'a transmis l'émerveillement pour la médecine, qui a nourri mon ambition et mon enthousiasme. Ton immense cœur, à l'égal de Papy, de Lucien et Daniel m'a permis d'être le médecin que je suis. À ma mère, cette force de vie incroyable. À tous les moments de ma vie et pendant de longues heures, tu as su t'asseoir patiemment à mes côtés pour m'apprendre le violon, l'histoire, le français, le latin et j'en passe... Votre implication à tous deux, dans ma vie, notamment d'étudiante en médecine, a été sans faille (nombreux déménagements, rédaction de mes cours de P1, soutien inconditionnel y compris dans la rédaction de cette thèse...) Simplement du fond du cœur, je vous aime infiniment, merci.

À mon Baptiste, Mon âme sœur. Merci pour ton amour, ta douceur, ton soutien inconditionnel, ta confiance. À nos enfants à venir, à tout le bonheur, l'amour, la tendresse, les rires et la joie que tu mets dans ma vie sans cesse. Je t'aime de tout mon être.

Merci à chaque membre de ta famille de m'avoir accueilli à bras ouverts. Merci à chacun d'avoir toujours pris le temps de m'accompagner dans mes nombreux questionnements de médecin, d'être toujours au bout du fil pour m'aiguiller et me soutenir dans les prises en charges psychiatriques compliquées... Merci pour votre bienveillance et votre affection.

À mon frère et mes sœurs adorés, Xavier, Emmanuelle et Alexandra. Merci pour votre amour, votre soutien, votre foi en moi, merci pour nos moments complices. Chacun à votre manière

vous m'avez inspiré par vos valeurs et vos personnalités. Merci également aux belles personnes que vous avez choisies pour vous accompagner dans vos vies - Sofia, Larry, Eyal. Ainsi qu'aux merveilleux trésors de beauté et d'intelligence que vous avez créés – Elinor, Zelda, Léa, Naomi, Mila, Tom.

À mon oncle Fred, sans qui je me serais arrachée les cheveux pendant des semaines dans la mise en page de cette thèse ! Ton savoir précieux m'a grandement aidée ; Merci à Mimi et à toi, pour votre amour et soutien.

À Annie et Bob, pour tout votre amour et notre complicité, merci d'avoir fait le déplacement jusqu'à Paris.

À Claude et Danielle, Gabriel et Sarah, merci de votre bienveillance, de votre amour, de votre soutien dans mes projets.

À ma Rose. Merci pour ton grand cœur et ta joie de vivre à mes côtés depuis toujours. Merci pour ton soutien, nos partages, notre complicité. Je ne te le dirais jamais assez, je t'aime.

À Moshe et Myriam. Pour m'avoir accueilli chez vous, comme l'une de vos filles. À vos qualités de cœur, très nombreuses, ressources et soutien pour tous ceux qui vous entourent. À vos enfants merveilleux dont un futur médecin à venir ! Merci de m'avoir accompagnée dans les différentes étapes de ma vie, de m'avoir aussi permis d'être là où je suis.

À mes sœurs et frère de cœur, Esther, Dalia, Léo, Ambre, Cécile, Pauline, Agathe, Aurore, Léa Je remercie le ciel de m'avoir donné des amis comme vous, peu importe le temps et l'espace, notre amitié reste inébranlable et ne cesse de grandir.

À mes co-internes et co-externes. Les murs de l'AP-HP et des Hôpitaux de Montpellier tremblent encore de nos fous rires...

À Anthony Julia, pour avoir réussi à apporter tant de compréhension, de joies, de rires durant ma première année de médecine. Sup'perform a été comme une famille pour moi, merci

d'avoir créé un environnement aussi agréable. L'histoire de nos deux grands pères emprisonnés dans la même cellule en Espagne pendant la seconde guerre mondiale, était déjà le signe de l'alliance qui devait nous amener à nous rencontrer et à nous lier. Merci à eux et à nos familles d'avoir traverser avec force et courage ces années d'horreur pour que nous puissions aujourd'hui écrire la suite de l'histoire.

À Mathieu pour m'avoir tant apporté dans ces dernières années de médecine, pour avoir transformé ma vision du soin. Merci d'être toujours au bout du fil quand j'en ai besoin. Ton soutien est précieux pour moi. Merci de rendre le monde meilleur.

À mon groupe NT, ma famille de cœur, Isa, Leila, Lio, Sandrine, Kelly, Lixiane (et Patrice).

À Simon Levy, mon premier maître en hypnose. Merci de m'avoir soutenue et de croire en moi, merci de m'avoir permis de dépasser avec l'hypnose, les limites entendables du corps humain dans un bloc opératoire.

À Mickaëlle, toi qui a contribué à ouvrir mes yeux. Merci de m'avoir partagé ta splendide expérience de vie.

À toi, mon Elinor adorée, qui débute les études de médecine

Tu commences quand je finis... C'est un merveilleux cadeau de voir la boucle se boucler, là où tout a commencé pour moi, dans les locaux de Sup'perform à Nîmes, accompagnée du génialissime Anthony Julia... Depuis ta naissance, j'ai vu dans ton regard la bienveillance incarnée, celle qui est nécessaire pour devenir médecin. Je te dédie cette thèse. J'espère de tout mon cœur qu'elle contribuera à ouvrir la voie vers plus de bien-être, plus de douceur pour les étudiants en médecine. Affronter la mort, les angoisses, le stress, les responsabilités, la souffrance humaine... Tout cela peut être pesant. Mais c'est aussi une vocation remplie de moments de gratitude, de joie, de don de soi, de dépassement de soi, de fierté. Je sais que tu as toutes les qualités pour devenir un grand médecin. Je serais toujours avec toi à chaque moment où tu en ressentiras le besoin, au bout du fil, avec un soupçon d'hypnose... Aie confiance en toi, en ton cœur et en la vie, pour t'amener à l'endroit le plus juste pour toi. Je crois en toi.

Résumé

Etude qualitative auprès de médecins spécialistes généralistes et cliniciens français : Apports et freins de l'hypnose et de la méditation de pleine conscience à visée médicale

Résumé :

L'hypnose médicale et la méditation de pleine conscience entrent aujourd'hui dans le cadre des médecines complémentaires selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1). Ces deux outils, singuliers et puissants, sont devenus des objets de recherche estimés des chercheurs étudiant la conscience. L'hypnose et la méditation de pleine conscience ne faisant pas partie du cursus médical français, contrairement à d'autres pays européens, on peut se demander pourquoi des cliniciens ont souhaité acquérir ces compétences supplémentaires.

Nous avons donc interrogé 21 médecins répartis sur l'ensemble du territoire français, utilisant l'hypnose et la pleine conscience dans leur pratique médicale. Il s'agit d'une étude qualitative, conduite jusqu'à saturation des données.

Les entretiens semi-directifs ont montré que ces médecins ne considèrent pas qu'il y ait de scission entre le corps et l'esprit. Selon eux, l'approche bio-médicale doit nécessairement devenir plus globale pour répondre aux besoins des patients. Elle doit également prendre en compte les avancées des neurosciences, des recherches sur la pleine conscience et sur l'hypnose. Ces approches holistiques fondées sur la mobilisation des ressources des patients ont permis aux médecins de l'étude d'apporter des solutions bénéfiques à la santé des patients. Ils ont également relevé des changements positifs dans leur vie professionnelle et personnelle, que ce soit dans la gestion des émotions, la communication hypnotique et bienveillante, le dépassement des limites de la médecine conventionnelle, la réduction des prescriptions ou l'écoute du patient en pleine présence et sans jugement.

Cependant, le manque de reconnaissance institutionnelle, l'absence de formation initiale, la nécessité d'engagement des patients et le temps requis pour les consultations sont des limites à la pratique de ces outils.

Les médecins regrettent de ne pas avoir eu accès à ces outils plus tôt dans leur cursus. Ils estiment que l'apprentissage de ces outils dès le début de la formation médicale serait une véritable révolution conceptuelle pour le bien-être des patients et des soignants.

Médecine Générale

Hypnose – Méditation – Mindfulness – Médecine générale

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Abstract

Qualitative Study among French General Practitioners and Clinicians: Benefits and Obstacles of Hypnosis and Mindfulness Meditation for Medical Purposes

Abstract:

Medical hypnosis and mindfulness meditation are now included in the framework of complementary medicine according to the World Health Organization (1). These two unique and powerful tools have become highly valued research subjects for researchers studying consciousness. Hypnosis and mindfulness meditation are not part of the French medical curriculum, unlike in other European countries, so one may wonder why clinicians have sought to acquire these additional skills.

We interviewed 21 doctors across France who use hypnosis and mindfulness in their medical practice. This was a qualitative study conducted until data saturation was reached. The semi-structured interviews showed that these doctors do not believe in a division between mind and body. According to them, the biomedical approach must necessarily become more global to meet the needs of patients. It must also take into account advances in neuroscience, research on mindfulness, and research on hypnosis. These holistic approaches based on mobilizing patients resources have allowed the doctors in the study to bring beneficial solutions to patients health. They have also noted positive changes in their professional and personal lives, whether in emotional management, hypnotic and benevolent communication, exceeding the limits of conventional medicine, reducing prescriptions, or listening to patients with full presence and without judgment.

However, the lack of institutional recognition, the absence of initial training, the need for patient engagement, and the time required for consultations are limitations to the use of these tools.

Doctors regret not having had access to these tools earlier in their training. They believe that learning these tools from the beginning of medical education would be a true conceptual revolution for the well-being of patients and caregivers.

[General practice](#)

[Hypnosis – Meditation - Mindfulness – General practice](#)

[MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

- ADM : Association pour le développement de la Mindfulness
- AFH : Association française d'hypnose
- AFEHM : Association Française pour l'étude de l'hypnose médicale
- APHP : Assistance-publique Hôpitaux de Paris
- CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France
- CHU : Centre hospitalo-universitaire
- CNO : Conseil National de l'Ordre des médecins
- CRIAVS : Les Centres ressources pour intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EFT : Emotional Freedom Techniques
- EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- EMO : Etude des mouvements oculaires
- FAF-PM : Fond d'assurance formation pour la profession médicale
- FFI : Faisant fonction d'interne
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IEFI : Institut Européen d'hypnose intégrative
- IFTA : Institut Français des thérapies alternatives
- IEHI : Institut Européen d'hypnose intégrative
- Internal Family System (IFS)
- ISNI : Intersyndical National des Internes en Médecine
- MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy
- MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction
- MG : Médecine Générale
- MSU : Maître de stage des universités
- PU-PH : Professeur des universités et praticien hospitalier
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- TAC : Techniques d'activation de conscience
- TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
RESUME	9
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	ERREUR ! LE SIGNET N'EST PAS DEFINI.
LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	15
METHODOLOGIE	23
1. OBJECTIF DE L'ETUDE	23
2. METHODOLOGIE	23
2.1 Population de l'étude et effectifs	23
2.2 Données de cadrage	29
2.3 Recrutement	30
2.4 Recueil des données	30
2.5 Traitement des données	30
3. ÉTHIQUE	31
RESULTATS	32
PRECISIONS PREALABLES, L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE DEFINIES PAR LES MEDECINS INTERVIEWES	32
1. L'HYPNOSE	32
1.1 Les deux constats	32
1.2 Le processus que l'hypnose suit	32
2. LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE	35
3. CE QUI EST COMMUN A L'HYPNOSE ET A LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE	36
4. CE QUI DIFFERENCIE L'HYPNOSE ET LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE	37
1. LES MOTIVATIONS A INTRODUIRE L'HYPNOSE ET MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE DANS LA PRATIQUE MEDICALE	40
1.1 L'HYPNOSE ET LA MEDITATION : DEUX TEMPORALITES DANS LA DECOUVERTE ET LA PROJECTION DANS LA PRATIQUE MEDICALE	40
1.1.1 L'hypnose est une technique dont on voit immédiatement l'effet (effet visuel) et dont on projette tout de suite l'efficacité (retours rapides)	40
1.1.2 La découverte de la méditation est d'abord liée au commencement d'une pratique strictement personnelle, au long cours, répondant à une recherche intérieure profonde	41
1.2 ILS Y ONT VU DE POTENTIELLES APPLICATIONS DANS LEUR PROPRE PRATIQUE MEDICALE A TRAVERS L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE	43
1.3 LES MEDECINS CHOISSENT DE SE FORMER A CES DEUX THERAPIES POUR « PALLIER LES LIMITES » RENCONTREES DANS LEUR PRATIQUE DE LA MEDECINE, EN OUVRANT LA VOIE AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES	45
1.3.1 Pour les cas de troubles du sommeil, d'anxiété et de dépression	45
1.3.2 Pour la gestion de la douleur	46
1.3.3 Pour prendre en charge l'aspect psychogène	46
1.4 LES MEDECINS DESIRENT « PRENDRE DE LA DISTANCE » AVEC LA MEDECINE TELLE QU'ELLE EST TRADITIONNELLEMENT EXERCEE	47
1.5 ENFIN C'ETAIT UNE INTEGRATION QUI LEUR PARAISAIT ACCESSIBLE D'UN POINT DE VUE MATERIEL	49
L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE	49
4 : LES PATIENTS ET LEURS RAPPORTS A L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE	50
4.1 LES PATIENTS SUIVIS DANS CE CADRE-LA, OFFRENT PEU DE RESISTANCES CAR ILS SONT SOUVENT VOLONTAIRES OU SELECTIONNES A PRIORI PAR LES SOIGNANTS	50
4.1.1 Le profil-type du patient suivi dans le cadre de l'hypnose et de la pleine conscience	50
4.2 EN CAS DE « RESISTANCE » DU PATIENT	52
4.2.1 L'hypnose	52
4.2.2 La méditation de pleine conscience	53

5 : LES CAS DE PRESCRIPTION DE L'HYPNOSE ET DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE.....	55
5.1 LES CAS DE PRESCRIPTION SPECIFIQUES A L'HYPNOSE : UNE PRATIQUE ADAPTEE A UN SPECTRE LARGE DE PATHOLOGIES, PLUTOT DANS LE CAS DE SYMPTOMES INEXPLIQUES, PSYCHO-TRAUMATIQUES.....	55
5.2 LA MEDITATION : UNE PRATIQUE POUR AMELIORER LA QUALITE DE VIE (NOTAMMENT DANS LE CADRE DE PATHOLOGIES CHRONIQUES).....	59
5.3 POINT RAPIDE SUR LE CADRE DEONTOLOGIQUE DE LA PRESCRIPTION DE L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE.....	64
5.3.1 <i>Les principes guidants leur pratique</i>	64
5.3.2 <i>Les cas de non-prescription de l'hypnose et de la pleine conscience</i>	65
5.4 DEONTOLOGIE DES MEDECINS, VERBATIM D'UN MEDECIN EXPERT EN HYPNOSE.....	66
6 : LES ELEMENTS PRATIQUES D'UNE SEANCE D'HYPNOSE OU DE MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE.....	68
6.1 L'HYPNOSE.....	68
6.1.1 <i>La séance</i>	68
6.1.2 <i>Le contenu de la séance</i>	69
6.2 LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE.....	70
6.2.1 <i>Deux grandes formes de pratiques</i>	70
6.2.2 <i>Le cadre de la pratique</i>	71
6.3 FREQUENTE INTEGRATION DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE EN COURS DE SEANCE D'HYPNOSE..	73
7 : LES ATOUTS ET LES LIMITES DE L'HYPNOSE ET DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE.....	75
7.1 LES ATOUTS : L'EFFICACITE, SANS PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE.....	75
7.1.1 <i>L'efficacité de la méditation</i>	75
7.1.2 <i>L'efficacité et la rapidité de l'hypnose</i>	75
7.1.3 <i>La baisse de la prescription médicamenteuse et l'absence d'effet secondaire</i>	76
7.2 LES (RARES) LIMITES.....	77
7.2.1 <i>Des limites liées aux outils en eux-mêmes, surtout en méditation</i>	77
7.2.2 <i>Mais aussi des éléments liés au profil du patient qui favorisent leur réussite ou leur échec</i>	78
8: LE CADRE ORGANISATIONNEL DE LA PRATIQUE – DES ADAPTATIONS POUR INTEGRER L'HYPNOSE A LA PRATIQUE MEDICALE QUOTIDIENNE.....	81
8.1 LA GESTION DU TEMPS.....	81
8.2 LA TARIFICATION.....	81
9 : LES APPORTS DE L'HYPNOSE ET DE LA PLEINE CONSCIENCE CHEZ LES MEDECINS.....	84
9.1 L'INFLUENCE DE LA PRATIQUE DANS LEUR RELATION AVEC LA MEDECINE.....	84
9.1.1 <i>Avoir « retrouvé du sens et de l'enthousiasme » à la pratique médicale</i>	84
9.1.2 <i>Répondre à ce besoin de guérir</i>	84
9.1.3 <i>Être davantage en capacité de proposer des solutions</i>	84
9.1.4 <i>Avoir développé leur sens clinique</i>	84
9.1.5 <i>Le médecin est plus en présence avec ses patients et y compris dans sa vie personnelle</i>	85
9.1.6 <i>Il développe son observation</i>	85
9.1.7 <i>Le médecin y trouve la capacité de réguler ses émotions</i>	85
9.2 L'INFLUENCE DE LA PRATIQUE DANS LA RELATION AVEC LEURS PATIENTS.....	86
9.2.1 <i>La relation au patient est plus égalitaire, puisqu'on considère que c'est au patient de résoudre ses problèmes avec ses propres ressources</i>	86
9.2.2 <i>L'alliance thérapeutique est renforcée par le partage de l'intimité profonde avec son patient et la confiance nécessairement créée, à la base de l'accompagnement</i>	89
9.2.3 <i>La relation aux patients est plus apaisée, plus juste, à la bonne distance</i>	89
9.2.4 <i>Une relation bienveillante</i>	90
10 : LES PROJECTIONS DES MEDECINS AU SUJET DE LEUR ACTIVITE FUTURE – PROMOUVOIR L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE.....	93
10.1 CONTINUER « A CULTIVER LEUR DOMAINE D'EXPERTISE ».....	93
10.2 EN « CONTINUANT A SE FORMER DES QUE L'OCCASION EST LA ».....	93
10.3 EN ECHANGEANT AVEC DES CONFRERES.....	93

10.4 EN CONTINUANT A ETRE EN CONTACT AVEC LES JEUNES GENERATIONS	93
10.5 INTEGRER ENCORE DAVANTAGE L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE DANS LEUR PRATIQUE MEDICALE	93
10.6 FAIRE CONNAITRE LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE ET LA PLEINE CONSCIENCE	94
11 : LES CONSEILS AUX INTERNES	95
11.1 CONSEIL POUR LA PRATIQUE MEDICAL	95
11.1.1 Porter un regard ouvert sur les pathologies et la pratique médicale (le lien corps esprit – les approches alternatives).....	95
11.1.2 Se former et pratiquer l'hypnose et la pleine conscience - quitte à ce que ce soit pour l'instant en dehors du cadre universitaire	97
11.1.3 Se faire confiance et mettre en pratique immédiatement après avoir été formé en hypnose ou pleine conscience (l'expertise vient avec la pratique).....	102
11.2 CONSEILS POUR LES INTERNES EUX-MEME	103
11.2.1 Pratiquer l'hypnose et/ou la pleine conscience pour ce qu'ils apportent dans la relation avec les patients	103
11.2.2 Mais aussi pratiquer l'hypnose et/ou la pleine conscience pour eux-mêmes en tant que soignant..	104
DISCUSSION	106
1. REMARQUES TERMINOLOGIQUES	106
2. MATERIELS ET METHODES :	107
2.1 Concernant le matériel	107
2.1 Concernant l'analyse	111
2.2 Concernant la méthode.....	112
3 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	112
3.1 Forces de l'étude.....	112
3.2 Faiblesses de l'étude	112
4 DISCUSSION DES RESULTATS	114
4.1 Lien corps - esprit	114
4.2 Prendre en charge l'aspect psychogène en médecine.....	116
4.3 Les cas de prescriptions	117
4.4 L'intérêt de l'hypnose et de la méditation de pleine conscience	118
4.5 Intégration de ces outils dans le soin et l'apprentissage de la médecine : « une véritable révolution » (E5-QII :1)	120
CONCLUSION	123
ANNEXE.....	125
1. LISTE DES INTERVIEWES	125
2. GUIDE D'ENTRETIEN	126
3. SERMENT D'HIPPOCRATE	128
BIBLIOGRAPHIE.....	129
RESUME	133

Introduction

L'hypnose médicale et la pleine conscience entrent aujourd'hui dans le cadre des médecines complémentaires selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1). Ces deux thérapies sont des outils puissants, devenus des outils de recherche estimés et utilisés par les chercheurs étudiant la conscience. Leurs intérêts scientifiques grandissants se reflètent à travers le nombre de publications retrouvées sur Pub Med : de l'année 1942 à 2022, plus de 15 482 articles concernant l'hypnose et de l'année 1990 à 2022 plus de 21 283 sur la pleine conscience ont été enregistrés.

Après avoir défini ces deux thérapies, cette introduction mettra en lumière leur utilisation historique et actuelle en Occident avant de discuter de la situation française et de proposer des problématiques sur ce sujet.

La définition de l'hypnose à visée médicale a connu de nombreuses variations, nous avons choisi dans cette thèse les deux définitions qui se rapprochent le plus des concepts actuels des fonctionnements du cerveau.

- Le Psychiatre Jean Godin définit l'hypnose en 1991 dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale (2) : « C'est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure, qui suppose un certain lâcher-prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. »

- Une définition plus récente de l'hypnose est celle de L'American Psychological Association (3) : « Un état de Conscience (consciousness) qui induit une absorption de l'attention et une diminution de la conscience (awareness) caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions ».

La définition de la méditation de pleine conscience (Mindfulness en anglais) est décrite par le Dr Jon Kabat-Zinn, professeur émérite de médecine de l'Université du Massachusetts (4) comme : « Faire attention, d'une manière particulière, délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur. Cette sorte d'attention nourrit une prise de conscience plus fine, une plus grande clarté d'esprit et l'acceptation de la réalité du moment présent. Cela met en évidence le fait que nos vies sont une succession de moments où nous avons intérêt à être présents ». Les protocoles de MBSR mettent l'accent sur le contexte et le vécu expérientiel et émotionnel du patient. Il ne s'agit pas de modifier les pensées, mais de transformer l'approche qu'il en a.

Historique de l'hypnose et de la pleine conscience dans le monde occidental :

L'enseignement et l'utilisation de l'hypnose dans le domaine médical ne sont pas d'un usage récent.

Pour reprendre son historique de manière brève, l'hypnose a été sujette au cours des siècles à l'expérimentation puis à l'opprobre. Au XVIIIe siècle, le médecin allemand Franz Anton Mesmer étudie les phénomènes hypnotiques et la définit de « magnétisme animal ou mesmérisme ». L'Académie des sciences de Paris et le comité scientifique nommé par le roi Louis XVI refusent d'accréditer ses travaux et condamnent sa pratique. Le Chirurgien James Esdaile dans les années 1800 reprend la technique de « mesmérisme » pour l'analgésie chirurgicale. Il devient Professeur à l'Université de Londres et doit démissionner quelques années plus tard sous la pression du Journal The Lancet qui rejette ses travaux.

L'ophtalmologue écossais James Braid continue d'étudier « le magnétisme animal » et crée une nouvelle méthode d'induction par la fixation d'un objet brillant. Il pose les bases scientifiques du terme « hypnose » : un « état de sommeil nerveux ». Enfin en 1891, la British Medical Association (5) enquête sur « l'hypnotisme » et valide son utilisation pour la douleur, les symptômes fonctionnels et troubles du sommeil. Elle recommande à l'unanimité son application thérapeutique et reconfirme cela en 1957 (6). En France, l'âge d'or de l'hypnose se situe autour des années 1880 avec le neurologue J.M Charcot de l'Ecole de Paris, basé à l'Hôpital Pitié Salpêtrière. Lors de « sa leçon », il expérimente chaque semaine l'hypnose sur des patientes diagnostiquées « hystériques » et explore leurs symptômes en transe. En 1889 se tient le premier congrès international d'hypnotisme à Paris. Le Professeur

de neuropsychiatrie H. Bernheim prône à l'inverse de J.M Charcot une hypnose verbale applicable à n'importe quel patient excepté ceux atteints d'hystérie. La guerre est déclarée entre les deux écoles.

En 1933 aux Etats-Unis, dans la continuité des travaux de H. Bernheim, le médecin Clark Hull publie le livre *Hypnose et suggestion*. Il démontre son efficacité dans la gestion de la douleur et l'anesthésie. Son élève Milton Erickson entraîne ensuite une véritable révolution en se détournant des méthodes classiques directives et dirigistes. Il pose les bases d'une hypnose « *permissive, non directive, métaphorique* » et de l'autohypnose. Son premier travail a pour titre « Premières expériences sur la nature de l'hypnose et recherche expérimentale supplémentaire sur l'hypnose : réalités hypnotiques et non hypnotiques ». Il s'attache à démontrer que les phénomènes de transe appartiennent au fonctionnement physiologique quotidien d'un individu et prône la mise en avant de la « dynamique interne », soit la singularité de chacun. C'est en 1980 que se produit, six mois après sa mort, le premier congrès international dédié à Milton Erickson, inaugurant la méthode Ericksonienne, toujours actuelle. The American Medical Association (AMA) valide l'utilisation de l'hypnose en médecine en 1958 (7). En 1961, le conseil sur la santé mentale de l'AMA recommande que tous les étudiants et médecins complètent 144 heures d'entraînement à l'hypnose médicale. En 1984, la première étude sur l'utilisation de l'hypnose chez les étudiants en médecine met en évidence le bénéfice que pourraient tirer les étudiants de cet outil (8). La plus récente étude sur le sujet date de 2021, et le confirme également (9).

Concernant la pleine conscience, c'est grâce au pionnier, le Docteur Jon Kabat-Zinn, qu'elle voit le jour dans notre monde moderne occidental. Inspiré par la pratique du moine Zen Vietnamien Thich Nhat Hanh, il crée des protocoles d'application de la pleine conscience « *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* ». Ces protocoles sont entièrement laïques, dénués de religiosité et rendent la pleine conscience applicable en recherche et en clinique. Ils représentent la rencontre entre d'une part la science millénaire de la méditation de pleine conscience d'origine bouddhiste permettant d'acquérir des qualités de sagesse, de compassion, de présence attentive et d'une autre part la rencontre avec la médecine, la science et la psychologie occidentale. En 1979, il crée la Clinique de Réduction du Stress (Stress Reduction Clinic) qui devient à partir des années 2000 le centre pour la Mindfulness

en Médecine (Center for Mindfulness in medicine, healthcare and society). Ce centre fait partie du département de médecine préventive et comportementale de l'Université. Il anime un programme pour les patients (programmes MBSR, retraites) et un programme de formation pour les enseignants de méditation. Ce programme est le plus ancien, il offre une formation conduisant à une certification du programme MBSR ou encore à l'enseignement d'ateliers « Découverte » (10). En 1982, il publie la première étude sur l'effet de la MBSR sur la réduction de la douleur et en particulier, les douleurs chroniques. L'étude met en évidence une amélioration de la qualité de vie ainsi que l'importance de la dissociation des composantes sensorielles et cognitives de la douleur (11). Les bénéfices sont constatés bien après l'arrêt de la pratique sur une période de quatre années. On peut facilement comprendre à partir de cette étude et des nombreuses qui ont suivi, le rôle crucial que joue la pleine conscience dans la gestion de la douleur. À ce jour, plus de deux cents hôpitaux aux Etats-Unis et facultés de médecine aussi prestigieuses que Harvard, Stanford, Duke pratiquent et enseignent la pleine conscience. Elle est intégrée à ce qu'ils nomment : « la médecine intégrative », reconnue comme spécialité en 2014 par le Conseil de l'Ordre des médecins américains. On peut définir la « médecine intégrative » comme : « Combinaison coordonnée et ancrée dans la science des traitements conventionnels et des médecines complémentaires ». Elle se concentre sur la prévention et le maintien de la santé. Elle offre aux patients une approche thérapeutique globale, centrée sur l'ensemble de la personne et son projet de soins. Elle met ainsi les patients au centre de leur projet de santé et les encourage à s'impliquer activement dans leurs soins » (définition de l'Université de médecine de Lausanne). Actuellement 60% des facultés de médecine américaines font partie de « The Academic Consortium for Integrative Medicine and Health ».

Ainsi au cours de la formation médicale initiale, un stage d'immersion obligatoire d'un mois a lieu dans un centre de médecine intégrative. Une formation continue est suivie par les soignants pour maîtriser ces pratiques et un diplôme universitaire de trois ans de médecine intégrative valide la spécialisation.

En Suisse, à l'égal des États-Unis, l'hypnose et la pleine conscience font partie de la médecine dite intégrative. Nous allons décrire ici l'intégration de ces pratiques en Suisse à travers les « centres de médecines intégratives ».

Bien que cette spécialité et les centres de ce type soient absents en France, il nous semble important de les mettre en lumière. En effet, la promotion de l'hypnose et la pleine conscience au sein des facultés et hôpitaux suisses passent par ces centres. Ainsi, elles sont intégrées au parcours de soins de grands hôpitaux suisses, de la recherche clinique et de la formation médicale obligatoire concernant l'université de médecine de Lausanne. En voici quelques exemples (12) :

- En 2011, sous l'impulsion du Dr Rodondi, Professeur de l'Université de Fribourg en médecine générale, le Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne (CHUV) crée une « unité d'enseignement et de recherche sur les médecines complémentaires ». Elle constitue des modules de cours obligatoires pour les étudiants en médecine. Ils y apprennent les concepts de base de la médecine intégrative et les pistes de prescription intégratives (notamment cas de prescription et limites de l'hypnose et la pleine conscience). Ils peuvent ajouter un cursus de 36 heures à option ou rejoindre l'équipe de l'hôpital pour un projet de recherche de master sur ces médecines. En 2015, un Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC) voit le jour au sein du CHUV. En plus de la gestion de l'enseignement et de recherche sur ces sujets, il comprend des services d'information et de coordination des soins. Depuis la fin de 2017, il offre des soins dans les services d'oncologie.
- L'Institut pour la médecine complémentaire et intégrative de l'hôpital universitaire de Zürich, offre une douzaine de thérapies complémentaires (dont l'hypnose et la pleine conscience) dans les services d'oncologie et de maladies chroniques. Cet institut supervise un programme de formation (master et doctorat), publie dans des revues internationales et collabore avec un réseau mondial d'universités engagées dans une démarche de « médecine intégrative ».
- L'Université de Berne compte également un Institut de médecine complémentaire dirigé par le Professeur U. Wolf - présidente de la Société internationale pour la recherche en médecine complémentaire (réseau international de médecins chercheurs).
- Concernant les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), l'hypnose et la pleine conscience sont utilisées de manière ad hoc à l'hôpital par les soignants formés. Dès

1977, le Dr Alain Forster, anesthésiste formé en hypnose aux États-Unis, créer des consultations d'hypnose dans les HUG en chirurgie. Depuis plus de dix ans, les programmes MBSR, MBCT sont proposés au sein du département de Psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, premier centre hospitalo-universitaire francophone à les dispenser dans des contextes de cliniques et de recherche. Depuis 2019, les HUG ont créé un groupe de travail pluridisciplinaire de réflexion pour l'intégration de manière formelle de ces médecines à l'hôpital. Ils rapportent être motivés « par l'intérêt des patients pour ces approches et des expériences positives de centres créés ailleurs » ainsi que par « les 80% de soignants cadres des HUG » qui considèrent nécessaire de proposer un centre de médecine intégrative.

Il en est de même en Allemagne depuis cent ans, le système de soin reconnaît et intègre les pratiques de médecines complémentaires. Elles sont enseignées à l'Hôpital Universitaire de la Charité à Berlin, au centre hospitalo-universitaire de Hambourg. Les praticiens de santé non-médecins « Heilpraktiker » disposent d'un diplôme comprenant une formation d'un à trois ans sur les bases de la médecine et des principales maladies, dans le but de reconnaître les situations d'urgences, où les situations où il faut réadresser le patient vers un médecin. Dès 1999, les Hôpitaux de Essen-Mitte créent un département de médecine intégrative qui intègre aux protocoles conventionnels de soin notamment la pleine conscience.

En Angleterre, en 2002 est créé le « Royal London Hospital for integrated medicine » affilié à l'University College London Hospitals (UCLH) et au National Health Service (NHS) Foundation Trust. C'est le plus large centre public de médecine complémentaire d'Europe. On y propose des consultations d'hypnose et des groupes d'ateliers de pleine conscience. Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, organe opérationnel du Ministère de la Santé) recommande l'utilisation de l'hypnose pour les syndromes de l'intestin irritable sévères (13). La pratique de la pleine conscience a été largement introduite dans les facultés de médecine et les hôpitaux Anglais, à la suite des États-Unis (10). Le système de santé (NHS) fait la promotion et soutient l'intégration du programme MBSR et MBCT. Elle est devenue tant populaire qu'elle a été jusqu'à s'intégrer dans le système éducatif, en médecine, dans les écoles de commerce, à la chambre des Lords au Parlement. Cette dernière a depuis des années un programme de pratique MBSR avec une longue liste d'attente d'attachés

parlementaires qui souhaitent suivre la pratique. En 2017, le groupe de méditants, au Parlement Anglais, tout parti confondu, a rédigé un long rapport « Mindful nation UK, The Mindfulness all-party parliamentary group ». Il conclut à la nécessité d'intégrer et propose un plan de mise en place de la pleine conscience en santé, dans le système éducatif, dans le monde du travail, ainsi que dans le système carcéral. (14) De 2019 à 2021, le gouvernement britannique a lancé le plus grand programme au monde de test de la pleine conscience dans 370 écoles anglaises afin d'évaluer l'amélioration du bien-être et de la santé mentale des adolescents et enfants (15).

Pratiques et enseignements actuels de l'hypnose et pleine conscience en France :

L'accélération de l'utilisation de ces outils en médecine moderne depuis plusieurs décennies dans ces pays occidentaux a permis d'ouvrir la voie en France. C'est en 2009 à Paris, suite à la venue du Dr Jon Kabat Zinn et le psychologue Zindel Segal que l'Association pour le développement de la Mindfulness en Europe francophone est créée. Son but est de promouvoir la pleine conscience dans le système de soin. Les instructeurs s'alignent sur le programme de formation du département de santé publique de l'université de Brown aux Etats-Unis. Ainsi, depuis 2012, la Professeure Corinne Isnard-Bagnis, Chef de service de Néphrologie de l'hôpital Pitié Salpêtrière a introduit la pleine conscience à l'hôpital sous forme de programmes d'éducation thérapeutique et de cycle MBSR. Elle joue un rôle important dans la promotion de la MBSR auprès des soignants, à travers la création de diplômes universitaires (DU). On retrouve également des prises en charges possibles : à l'hôpital Pitié Salpêtrière (Neurologie), à l'hôpital Sainte-Anne (troubles anxieux, dépressifs et troubles du comportement alimentaire), à l'hôpital Georges Pompidou (douleurs chroniques et oncologie), à l'hôpital Saint Antoine (Maladies infectieuses), au sein de l'Institut Gustave Roussy (oncologie), mais aussi dans les hôpitaux de Bordeaux, Strasbourg, Montpellier...

L'hôpital Pitié Salpêtrière, précurseur historique de l'hypnose est le premier à ouvrir un diplôme universitaire d'hypnose médicale dans les années 2000 sous l'impulsion du Professeur P. Coriat, Chef de service d'anesthésie. Ces deux pratiques sont aujourd'hui enseignées dans le cadre de diplômes universitaires : 20 (D (I) U d'hypnose médicale, 12 D (I) U de méditation de pleine conscience, DU des transes et des ECM). On estime sur les dix

dernières années que plus de quelques milliers de médecins généralistes se sont initiés à la pratique de l'hypnose dans le cadre du Développement professionnel continue DPC (deux jours de formation) ou dans le cadre du Fond d'Assurance Formation pour la Profession Médicale (6 jours). Sans compter le nombre de médecins formés dans de multiples formations d'organismes privés. Concernant la formation médicale obligatoire, depuis 2021, un nouvel item obligatoire a été introduit dans l'apprentissage médical : item 327 « Principes de la médecine intégrative. Utilité et risques des interventions non médicamenteuses et des thérapies complémentaires » (16,17).

Pour l'instant, la pratique en France de ces outils n'est accessible dans les facultés de médecine que par le biais des diplômes universitaires ouverts aux étudiants en IIIème cycle. Parmi l'ensemble des différentes voies médicales, seul l'internat de médecine générale propose des groupes d'échanges de pratiques et des ateliers abordant l'écoute active et la communication thérapeutique. Sachant que l'hypnose et la pleine conscience ne font pas partie du cursus médical français, on peut se demander pourquoi certains cliniciens se tournent vers l'apprentissage de ces outils. Qu'ont-ils été chercher dans ces formations que ne leur a pas dispensé la faculté ? Est-ce que ces praticiens ont noté un changement dans leur relation de soin ? Existe-t-il une convergence de visions entre les soignants qui pratiquent l'hypnose et ceux qui pratiquent la méditation ?

- ❖ ***Remarques d'annotations :*** Les entretiens sont cités de la manière suivante simplifiée :
Entretien 1 Question numéro 3 de première partie I du guide d'entretien => E1Q I : 3

METHODOLOGIE

1. Objectif de l'étude

Cette étude s'est donnée pour objectif principal d'explorer les apports et freins de l'utilisation des outils de la pleine conscience et de l'hypnose dans la pratique médicale selon les praticiens utilisateurs.

Les objectifs secondaires sont :

- Mettre en lumière les motivations qui sous-tendent le recours à la pleine conscience et l'hypnose dans la pratique de la médecine, ainsi que les formations suivies pour acquérir ces techniques par les médecins interrogés.
- Analyser les pratiques liées à ces thérapeutiques (applications et cadre de la pratique) et ouvrir à une discussion sur une possible amélioration.
- Étudier le lien des médecins avec la pleine conscience et l'hypnose et l'influence de ces pratiques sur eux-mêmes et leur relation de soin.
- Explorer les perspectives d'utilisation de ces thérapeutiques pour les médecins spécialistes généralistes et cliniciens interrogés et les générations futures de médecins.

2. Méthodologie

La méthode d'étude qualitative a été choisie afin d'apprécier les apports et les freins de ces outils dans la pratique médicale sans jugement a priori. La méthode qualitative nous permet d'être ainsi au plus proche de la réalité des soignants et le plus exhaustif possible pour répondre aux différents objectifs de l'étude.

2.1 Population de l'étude et effectifs

Les critères d'inclusions étaient les suivants : médecin spécialiste généraliste ou clinicien – en activité ou retraités – ayant déjà pratiqué l'hypnose, la méditation de pleine conscience avec leurs patients.

Nous avons ainsi choisi d'avoir à la fois l'avis d'une population « experte » et à la fois une population débutante. Cela a élargi le panel des expériences possibles afin de mieux répondre aux objectifs par la lumière des différences et concordances d'avis.

21 médecins pratiquant l'hypnose et/ou la méditation de pleine conscience ont été interrogés.

Nous avons principalement rencontré des instructeurs en méditation (cycle MBSR/MBCT) et des praticiens utilisant l'hypnose. L'étude conjointe inédite de ces deux types de médecines complémentaires différentes a permis de dégager des apports communs à ces nouvelles thérapies en médecine, mais aussi les spécificités propres à chacune.

Les témoignages de médecins pratiquant la pleine conscience avec leurs patients en médecine générale étaient manquants au début du recrutement. Nous avons dû adapter le recrutement en fonction. Ainsi nous avons pu rencontrer plusieurs spécialistes cliniciens : un médecin interniste, un chirurgien orthopédique à la retraite, une oncérologue, une néphrologue, deux cardiologues (dont un retraité), une onco-gynécologue retraitée, un neurologue et un psychiatre.

Profils des 21 médecins interviewés (Création personnelle)

1

MG (arrêt de la MG) - homme 69 ans hypnose en libéral

- **Parcours** : installation 1978 en cabinet de médecine générale - hypnose depuis 1980 - 30 ans en centre de la douleur, en parallèle du cabinet de MG jusqu'en 2000, puis uniquement au centre jusqu'en 2019
- **Mode d'exercice actuel** : **uniquement hypnose en cabinet libéral - secteur 3, honoraires libres, consultation d'hypnose**
- **42 ans de pratique d'hypnose**
- **formations** : Hôpital Ambroise Paré avec le Dr Shertock
- **enseignant ? maitre de stage? dirige un DIU d'hypnose**
- **statut 'expert'**

2

MG (aimerait arrêter la MG) femme 61 ans hypnose en libéral

- **Parcours** : Coursus de chirurgie orthopédique en Algérie - Assistante chirurgie orthopédique 1990 Paris - Equivalence pour MG et installation 2003 - Nice 2022 - pratique l'hypnose depuis 2012 (à mi-temps avec la MG) - aimerait se consacrer uniquement à l'hypnose et arrêter la MG
- **Mode d'exercice actuel** : **en cabinet libéral - secteur 1 + hypnose**
- **11 ans de pratique d'hypnose**
- **formations** : DIU d'hypnose médicale de la Pitié Salpêtrière, formation de l'association française de l'hypnose pour l'étude médicale
- **statut 'intermédiaire'**

3

MG - homme 32 ans hypnose en libéral (rarement)

- **Parcours** : remplacements en 2014 suite à l'internat en MG - **installation depuis 3 ans et demi - pratique très peu l'hypnose (4 séances par an)**
- **Mode d'exercice actuel** : **secteur 1 en cabinet libéral**
- **3 ans de pratique d'hypnose**
- **Formation** : à la SFMG
- **statut 'débutant'**

4

MG - femme 66 ans hypnose en libéral

- **Parcours** : Installation en 1989 - hypnose depuis 1992 / pratique l'hypnose conversationnelle + les TAC + Protocole du Dr Léonard Lascau - 'Guérir par l'amour'
- **Mode d'exercice actuel** : **secteur 1 cabinet libéral+ hypnose**
- **31 ans de pratique d'hypnose**
- **Formations en Hypnose** : formation en TAC du Dr Jean Becchio
- **autres activités** : homéopathie + ostéopathie + technique de médecine manuelle du Dr Furter (technique ostéopathique) + EFT + nutripuncture + kinesiologie
- **statut 'expert'**

5

Médecin interniste (arrêt de la médecine interne) - homme 43 ans

MBSR en centre de mindfulness

- **Parcours** : internat de médecine interne à Montpellier - thèse en 2009 - DES de Gériatrie - chef de clinique et praticien hospitalier à Montpellier - ouverture de son centre de mindfulness MBSR auprès de patients et soignants à mi-temps avec activité médicale dans un centre de rééducation à orientation gériatrique
- **Mode d'exercice actuel** : **Instructeur MBSR plein temps dans son centre de mindfulness, arrêt de la médecine interne**
- **pratique la méditation depuis 20 ans**
- **Formations** : DU de Méditation et neurosciences à Strasbourg - puis formation instructeur MBCT et MBSR
- **statut 'expert'**

6

Chirurgie orthopédique retraité - homme 69 ans - MBSR

- **Parcours** : études de médecine à Saint-Etienne 1970 - Interne à Lyon - chef de clinique - Installation à Gap en 1987, - PDG de clinique + au conseil d'administration de l'ADM
- **Mode d'exercice actuel** : **retraité libéral instructeur MBSR** par le biais de cabinets de kinésithérapie, de neurologie (pathologies chroniques)
- **24ans de pratique de pleine conscience**
- **Formations** : a débuté la méditation en 1999 à titre personnel - formation instructeur MBSR - DU de Méditation et neurosciences de Strasbourg -
- **autres activités** Formation en facilitation en intelligence collective
- **statut 'intermédiaire'**

7

Cancérologie intégrative femme 37 ans MBSR - libéral

- **Parcours** : DES en 2015 - chef de clinique à l'hôpital en Cancérologie - en fin de doctorat pour évaluer l'impact de la méditation sur les étudiants - **cabinet de cancérologie**
- **Mode d'exercice actuel** : **en libéral, oncologie intégrative** propose des ateliers **MBSR aux patients et soignants**
- **12 ans de pratique de pleine conscience**
- **Formations** : DU de méditation et formation d'enseignant - certificat de médecine intégrative aux Etats-unis en 2011 (avec chi-gong, yoga, méditation)
- **autres activités** : DIU en naturopathie en cours d'internat (sur 3 ans) - formation en soins palliatifs
- **statut 'expert'**

8

MG (bientôt retraitée) - femme 65 ans MBCT/MBSR

- **Parcours** : installation en 1984 en MG
- **Mode d'exercice actuel** : **en libéral secteur 2 + programme MBSR**
- **Formations** : DU d'hypnose ("*Mais je ne suis pas prête, j'ai arrêté au bout d'un an*") - DIU médecine - méditation et neuroscience + formation MBCT en Suisse et programme MBSR
- **autres activités** : acupuncture et homéopathie
- **statut 'débutant'**

9

MG (arrêt de la MG) - femme 34ans hypnose outils de méditation en libéral

- **Parcours** : thèse en 2017 - MG remplaçante pendant 4 ans - installation en 2021 en tant que MG
- **Mode d'exercice actuel** : **libéral non conventionnée secteur 3+ consultation d'hypnose + outils de méditation**
- **5 ans de pratique d'hypnose**
- **Formations** : formation **MBSR à titre personnel** / puis formation hypnose à la SFMG
- **autres activités** : Formations en entretien motivationnel et au CRIAVS / Trance-cognitive auto-induite
- **statut 'débutant'**

10

MG retraité - homme 74 ans - hypnose et méditation de pleine conscience

- **Parcours** : CES anesthésie réanimation + MG- + psychiatrie > consultations en Psychiatrie à l'hôpital pendant 27 ans - DU en soins palliatifs > service de soins palliatifs à partir de 1994 / MG en parallèle à 50% pendant 45 ans en cabinet
- **Mode d'exercice actuel** : **en retraite cabinet libéral consultation d'hypnose et outils de pleine conscience + forme des soignants**
- **Formations** : hypnose traditionnelle à Lariboisière - formation en hypnose ericksonienne 1980 - puis psychodynamique - puis des TAC et techniques d'acceptation et d'engagement - PNL
- **enseignant ? maître de stage? formateur en hypnose en France et à l'étranger, notamment à l'hôpital** (pays baltes, Kazastan, Algérie, Maroc, Russie, Canada...)
- **autres activités** : formation en psychothérapie - formation en médecine chinoise (mobilise des mouvements de Qi gong dans le traitement des TAC)
- **statut 'expert'**

11

**Cardiologue
homme 45 ans
hypnose libéral**

- **Parcours** : externat Rennes - internat/clinicat Rouen - installation Paris
- **Mode d'exercice actuel** : en libéral - cabinet de cardiologie avec l'hypnose informelle + cabinet d'hypnose
- **Formations** : hypnose de rue - à l'Ecole centrale d'hypnose - à l'AFEHM - sur le signaling et hypnose profonde à l'AFH- avec l'Institut Phoenix en hypnose instantanée - en hypnose magnétique à l'IFTA - à l'EMO Puis l'hypnose flash à l'IEHI- hypnose intégrative et l'institut zéro mental - formations en EFT, techniques de libération émotionnelle - Process com - EMDR - protocole 6C
- **enseignant ? maître de stage?** fForme les étudiants en médecine et des médecins à la communication thérapeutique
- **statut 'expert'**

12

**Neurologue
homme 35 ans
Hypnose et outils
de pleine
conscience
remplacements
libéral**

- **Parcours** : études de médecine à Grenoble, internat à Montpellier dont 6 mois à Tahiti - Chef de clinique en **Neurologie à Montpellier-**
- **Mode d'exercice actuel** : en remplacement libéral secteur 1 neurologie + hypnose + outils de pleine conscience
- **8 ans de pratique d'hypnose**
- **Formations** : DU d'hypnose pendant son internat / **programme MBSR** - formation à la méditation dans un centre tibétain
- **statut 'intermédiaire'**

13

**MG - homme 74
ans hypnose et
MBSR en cours
d'instruction - en
cabinet libéral
retraité en MG**

- **Parcours** : Psychiatrie pendant 4 ans - puis MG-
- **Mode d'exercice actuel** : libéral en secteur 2 a rejoint un cabinet de psychiatres et psychologues, s'est spécialisé dans le burn-out
- **Formations** : formation en PNL - *cycle MBSR, en cours de formation à l'instruction. l'hypnose à la SFMG'* + séminaires sur la méditation
- **enseignant ? maître de stage?** maître de stage et directeur de thèse à Paris
- **statut 'intermédiaire'**

14

**MG - femme 50
ans consultations
à l'hôpital hypnose
et outils de pleine
conscience**

- **Parcours** : thèse 2006 : remplacements libéral + capacité de gériatrie et DU soins palliatifs > 6 ans à l'hôpital post urgence : Perte de sens > formation en hypnose puis
- **Mode d'exercice actuel** : consultations de MG hospitalier 1 semaine/mois + formatrice en hypnose au CHU+ hypnosia+ + hypnose
- **Formations** : DU d'hypnose en 2010 **méditation à titre personnel : programme MBSR et MBCT**
- **enseignant ? maître de stage?** formatrice en hypnose au CHU pour soignants
- **statut 'expert'**

15

**Onco-gynécologie
retraîtée - femme
74 ans - MBSR et
MBCT à l'hôpital
(cancérologie +
soins palliatifs)**

- **Parcours** : internat en Afrique 1an + remplacements de MG + spécialisation en gynécologie - mi-temps en libéral gynéco et mi-temps à l'hôpital comme oncologue + capacité 'Douleur' et consultations spécifiques douleur et les soins de support
- **Mode d'exercice actuel** : cycle MBSR/MBCT à l'hôpital en cancérologie et soins palliatifs, retraitée
- **Formations** : pratique la méditation depuis 38ans- cycle MBCT / formations aux Etats-Unis de MBSR
- **enseignant ? maître de stage?** instructrice MBSR et MBCT dans le cadre de la ligue contre le cancer
- **autres activités:** création de l'ADM (2010)
- **statut 'expert'**

16

Psychiatrie cumulo emploi-retraite - femme 67 ans - libéral + MBSR et MBCT

- **Parcours** : interne + clinicien à Saint-Anne - 15 ans psychiatre à l'hôpital, avec travail spécifique en counselling - + structure sectorielle, puis en privé
- **Mode d'exercice actuel** : en libéral depuis 15 ans en cumulo emploi retraite groupes de pleine conscience MBSR et MBCT
- **Formations** : pratique la méditation depuis 12 ans - formation en MBCT en Suisse - en MBSR aux Etats-Unis
- **autres activités** : formation en psychanalyse ('mais j'en suis beaucoup revenue'), en TCC, en thérapie ACT

• statut 'intermédiaire'

17

MG - femme 65 ans - hypnose + outils de pleine conscience libéral

- **Parcours** : installation en 1990 - hypnose depuis 15 ans - '*Je prends ma retraite mais je continue l'hypnose*'
- **Mode d'exercice actuel** : libéral secteur 1 + hypnose 15 ans de pratique d'hypnose
- **Formations** : en hypnose à l'hôpital de Bordeaux spécialisé dans les maladies cancéreuses depuis 15ans
- **autres activités** : homéopathie - mésothérapie + pratique personnelle de la méditation

statut 'intermédiaire'

18

MG et urgentiste retraité homme 84 ans hypnose en libéral

- **Parcours** : réanimateur - urgentiste + consultation d'hypnose à l'hôpital jusqu'à ses 70ans puis MG avec hypnose en cabinet - retraité
- **Mode d'exercice actuel** : libéral propose uniquement hypnose - Cf ne fait plus de médecine générale - '*Je n'avais pas envie d'arrêter l'hypnose, d'une part par ce que j'ai un savoir-faire c'est dommage de ne pas aider*'
- **Formations** : en séminaire avec le Dr Hoarau 1991
- **autres activités** : Pratique l'EMDR + IFS : internal family system

• statut 'expert'

19

Cardiologue retraitée femme 70 ans Hypnose et outils de pleine conscience

- **Parcours** : cardiologie
- **Mode d'exercice actuel** ; retraitée consultations d'hypnose en libéral
- **21 ans de pratique d'hypnose**
- **Formations** : hypnose 2002 + DU de méditation neuro sciences et médecine + pratique perso méditation depuis 2002 (non MBSR), et depuis 2016 MBSR
- **autres activités** : création d'un DU sur l'hypnose en faculté de psychologie + création de 2 formations de méditation + travaille sur la Périnatalité-Prévention et pleine conscience'
- statut 'expert'

20

MG retraité libéral - homme 69 ans - MBCT

- **Parcours** : médecine à Paris, thèse passée en 1980, FFI pendant deux ans - installation en tant que MG en 1984 - premier cycle MBSR en 2013
- **Mode d'exercice actuel** : retraité de MG, cycle MBSR et MBCT libéral
- pratique la méditation depuis plus de 20 ans
- **Formations** : MBSR et MBCT
- **autres activités** : formation en médecine du travail avant son installation en 1984 + formation et pratique de l'acupuncture et de l'homéopathie + formation en sophrologie + pratique le chi-gong

• statut 'intermédiaire'

21

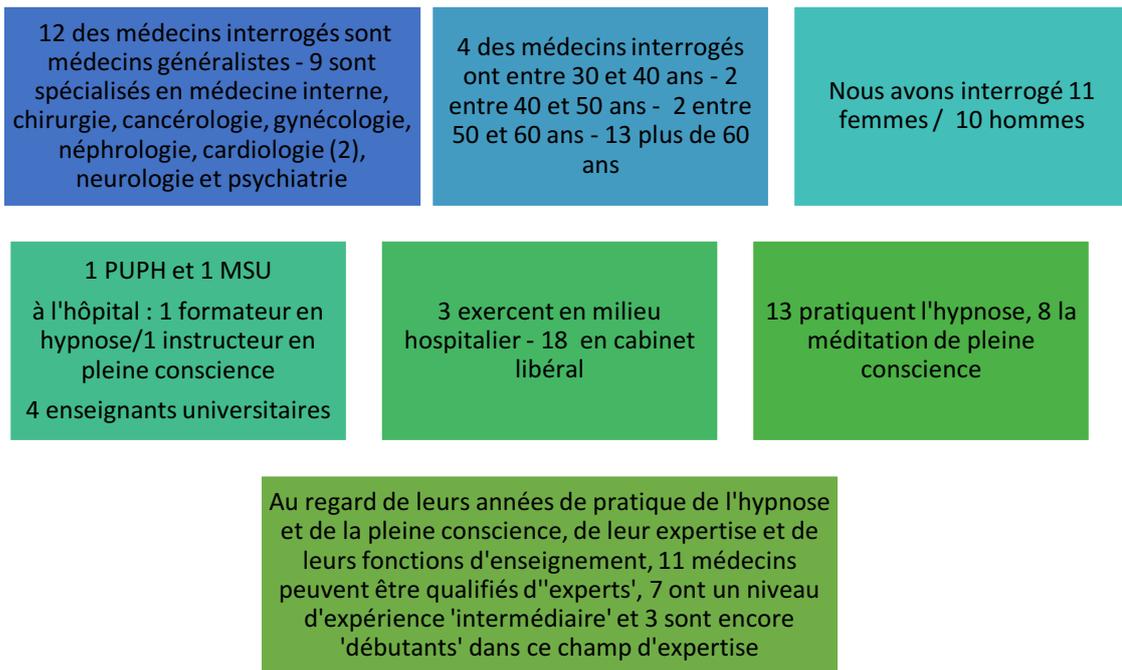
Néphrologue en hôpital - femme 59 ans - MBSR

- **Parcours** : Internat (1990) Lyon/Paris - clinicien Paris - 1998 à 2000 : (USA) Boston en post-doctorat - France 2000 : MCU, PUPH 2006
- **Mode d'exercice actuel** : PUPH Néphrologie + recherche clinique sur la méditation + enseignante DU méditation
- **Formations** : MBSR l'Université de Rochester, Troubles du schéma corporel et les problèmes d'alimentation Thérapie d'auto-compassion à Caen
- **enseignant ? maître de stage ?** a créé et continue de Diriger un DU de méditation depuis 2015
- **autres activités** : DU en janvier 2023 : « e-santé et santé digitale »
- statut 'expert'

2.2 Données de cadrage

Une diversité des profils a été recherchée autant que possible en termes d'âge, de sexe, d'ancienneté, de mode d'exercice, de formation aux deux pratiques... afin de recueillir les avis auprès d'une population la plus hétéroclite possible et balayer ainsi l'ensemble des problématiques qui pourraient se poser aux médecins autour de notre thématique.

Caractéristiques professionnelles des médecins :



Nous verrons dans l'analyse comment ces critères jouent comme discriminants chez les médecins interrogés, que ce soit dans leurs pratiques, leurs représentations ou leurs prises de position.

*Activités complémentaires citées : homéopathie, ostéopathie, naturopathie, mésothérapie, acuponcture, sophrologie)

2.3 Recrutement

Les participants ont été recrutés afin d'obtenir un échantillonnage raisonné en variation maximale pour un recueil exhaustif des données (formations, expériences en hypnose ou pleine conscience, âge, spécialités, lieu et mode de pratique).

Le recrutement s'est fait par mailing ou par appel téléphonique du 01/04/2022 jusqu'au 10/10/2022. Les recrutés sont issus de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), du Collège international des techniques par activation de conscience (TAC), de l'association pour le développement de la Mindfulness (ADM) ou recrutés depuis l'annuaire Doctolib ou Google, et par effet boule de neige.

Le recrutement dans plusieurs grandes villes de France a permis d'arriver aux quotas de recrutements nous permettant de disposer des données exploitables.

2.4 Recueil des données

-Les médecins ont été interrogés au cours d'un entretien individuel semi-directif de 30 minutes à une heure (qui a été anonymisé), suivant la trame de questionnement d'un guide d'entretien standardisé. Celui-ci a été réalisé par la thésarde, conjointement avec les deux directeurs de thèse, tous trois pratiquant l'hypnose et la méditation de pleine conscience (voir annexe en fin de document).

-Les entretiens ont été conduits en visioconférence ou en présentiel, les données ont été enregistrées par dictaphone et retranscrites manuellement par l'investigateur.

2.5 Traitement des données

Les données ont été enregistrées, anonymisées et retranscrites manuellement par l'investigatrice. Pour chaque entretien il a été effectué plusieurs lectures avec annotations initialement descriptives. Puis les annotations ont pu devenir interprétatives et ont fait émerger des verbatims. Les verbatims représentaient des mots ou phrases décrivant de manière précise le vécu des soignants. Ainsi les fragments d'interviews ont été ensuite ordonnés, comparés, analysés selon un tableau reprenant les objectifs de l'étude. Les thèmes et sous thèmes qui émergeaient, ont été retranscrits en ordre logique selon les catégories obtenues.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données. Les données ont été analysées de manière indépendante par la thésarde et une sociologue libérale afin d'améliorer la cohérence et l'adéquation entre analyse interprétative et les données recueillies. La triangulation de l'analyse des données a permis d'élaborer un plan de réponse à la question de recherche.

Les référents méthodologiques sont Le Dr François Raineri et le Pr Antoine Bioy. L'analyse des données s'est effectuée du 01/09/2022 au 01/01/2023 par encodage. Le guide de l'entretien se trouve dans l'annexe numéro 1.

3. Éthique

Tous les participants ont consenti par voie orale en début d'entretien à l'analyse de données fournies. Les données anonymisées ont été détruites après analyse. Une demande d'autorisation de recherche en santé a été effectuée selon la méthode de référence MR-003 le 23 janvier 2022 auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés. L'auteur ne déclare aucuns conflits d'intérêts de quelque nature que ce soit. Cette étude n'a reçu aucun financement.

Résultats

Précisions préalables, l'Hypnose et la pleine conscience définies par les médecins interviewés

1. L'hypnose

Nous regrouperons ici les différents types d'hypnoses mobilisées par les interviewés, en précisant lorsque ce sera nécessaire les techniques précisément évoquées.

1.1 Les deux constats

- « *On ne peut pas distinguer la pensée du corps, c'est fondu l'un dans l'autre, il n'y a pas de clivage* ». Pour les soignants « *les pathologies chroniques proviennent d'un lien qui s'est défait entre le corps et la pensée [...] Et parce que personne n'intervient sur ce lien, alors les gens restent avec des colopathies, des migraines* » (E1-Q II :1).
- « *La perception consciente n'est pas suffisante pour guérir* » faisant appel à la volonté, (exemple « *oui j'ai bien conscience qu'il faut que j'arrête de fumer, que je maigrisse, et je n'en fais rien du tout* »). Elle demande nécessairement un effort pour la mise en mouvement des schémas (E1-Q I :1).

1.2 Le processus que l'hypnose suit

La position en hypnose c'est que c'est dans la relation de confiance que les gens vont trouver leurs propres ressources, ce n'est pas en leur proposant des choses toutes faites qu'ils vont trouver les solutions, Entretien 14, femme 50aine d'années, médecin généraliste et hypnothérapeute, QII :1

- On fait « *appel à ses propres ressources internes* ». L'hypnose est décrite comme « *tellement gratifiante* », comme « *le chemin de la liberté* ». « *Les médicaments sont efficaces mais ils rendent la personne passive alors que l'hypnose médicale rend la personne active* » – logique de responsabilisation et d'autonomisation (E1- Q I :4).

- « *C'est un outil qui s'inscrit dans le lien avec la personne* ». On prend appui sur la construction d'une relation de confiance décrite comme s'intégrant à la « *médecine humaniste, véritable guide dans la pratique* ». L'hypnose incite « *au respect de l'approche du patient* » (E19- Q1 :4).
- On instaure en hypnose un dialogue avec l'inconscient, par la proposition verbale, aussi essentiel au cours des consultations de médecine générale classique :
 - L'hypnose conversationnelle est décrite comme « *extrêmement importante* ». Elle permet « *d'expliquer les pathologies d'une façon métaphorique - véritable enseignement de l'hypnose* » – plutôt que « *d'utiliser des termes médicaux; trop compliqués* ». Cela permet de « *rendre autonome et responsable, de renforcer de manière placebo, le positif* » : les ressources de la personne (E4-Q1 :2).

Exemple :

« *Avec les enfants, pour expliquer la présence de ganglions je vais dire : Tiens tu as plein de petits policiers qui sont dans ton cou, qui sont en train d'arrêter les virus, donc toi tu es tout à fait capable d'arrêter le virus car tu as mis tous les petits policiers dans ton cou qui vont l'arrêter* » (E4-Q1 :2).

- D'autres techniques d'hypnose sont citées ici par les médecins interrogés, dans une même dynamique, toujours en écho à l'univers du patient - on « *utilise une technique particulière pour un sujet particulier* » :
 - Avec les techniques d'activation de conscience (TAC) de Jean Becchio, « *c'est la mise en mouvement du patient. C'est-à-dire qu'on n'est plus passif, le patient n'est pas endormi, c'est une technique d'activation, c'est lui qui modifie* » (E4-Q1 :2).
 - Avec « *le protocole du Dr Léonard Lascau Guérir par l'amour* » : « *le patient fixe son but et il va décrire son image du problème à partir du ressenti du corps. Il choisit une image guérissant à partir des sensations dans son corps. Il transforme en image* » en menant un travail autour des images et du ressenti dans le corps des émotions (E4-Q1 :2).
 - Avec « *le protocole 6C qui permet de sortir quelqu'un d'un stress aigu [...] C'est un protocole mis en place par l'armée israélienne en cas de choc traumatique lors de*

combats ; basé sur les neurosciences, testé et validé ». Il apporte « une réduction considérable du syndrome de stress post-traumatique en 90 secondes avec 6 étapes » (E11-Q II : 5).

- En interrogeant « *les gens sur leur motivation [...] par des termes uniquement positifs car la peur est génératrice de blocage : si vous avez des rebelles, vous renforcez les rebelles, si vous avez des anxieux, vous renforcez les anxieux » (E19-QII : 1).*

Et en tant que soignant, accompagner le patient dans sa propre exploration est centrale dans ces pratiques : la parole et l'écoute sont salvatrices. « *Ce n'est pas autre chose que de laisser les gens s'exprimer, d'être à l'écoute, de les aider à aller là où ils veulent » (E18-Q I : 5).* « *Il faut juste ratifier, entourer » (E19-Q I : 3).*

L'hypnose « *n'est pas un état nouveau, le patient est toujours en état d'hypnose, hypnotisé par sa problématique. Un schéma a été mis en place à un moment T pour protéger la personne » dans un contexte particulier, si « l'évènement se reproduit, le schéma s'installe de manière pérenne [...] Parfois le mécanisme n'est pas adapté mais l'inconscient n'a malheureusement trouvé que cela pour s'adapter ». La finalité des séances pour les médecins, va être de « *déshypnotiser les personnes de leurs schémas inconscients en instaurant un dialogue avec l'inconscient pour agir sur ces automatismes » (E11-Q I : 6).* Le travail du soignant va être « *de prendre cette transe et de la retourner pour qu'ils aillent mieux » (E18-Q I : 5).**

On « *les habitue à être responsable de leur vie et cette technique leur permet de créer de nouveaux chemins, de nouvelles connexions dans leurs neurones » (E4-Q I : 2).*

Et permettre « *de ratifier, de faire percevoir qu'un autre fonctionnement est possible » (E14-Q I : 3).* C'est faire le pont par l'hypnose entre l'esprit et le corps avec des changements notables :

« *Une consultation qui était marquante parce que là c'était un patient assez âgé, 75 ans, qui venait pour un syndrome de stress post-traumatique, et il avait un tremblement partout, des membres mais aussi du tronc, de la tête. Je lui ai fait une séance d'hypnose. Et c'est fou, pendant la séance d'hypnose il n'a pas tremblé du tout du tout, et puis après c'est resté un moment sans qu'il tremble, puis très peu après » (E14-Q I : 3).*

→ Et ainsi réparer le lien corps-esprit par la proposition verbale qui « touche le corps » et permet parfois « *de rétablir la bonne connexion entre le corps et la pensée [...] Beaucoup de douleurs chroniques disparaissent* » (E1-Q II : 1).

2. La méditation de pleine conscience

C'est « *apprendre à être présent avec son cœur, son corps, sa tête et aligner les trois ensemble* » (E15-Q I : 6), en quittant le mental - points communs avec l'hypnose : « *Si ça reste très intellectuel, cela ne marche pas. Si l'on ne fait que traiter cela dans le mental, il ne se passe rien* » (E6-Q II : 3).

C'est « *écouter la poésie du vivant à l'intérieur et autour de nous [...] être dans une relation douce, à partir de ses sens, sans jugement* » dans l'observation et la présence de ce qui se passe, l'agréable comme le désagréable - et ça « *c'est le changement du dogme de notre siècle* » (E7-Q I : 6).

« *L'acceptation de ce qui est là, sans chercher à y échapper* » (E19-Q I : 2) et « *arriver à être soi-même à l'instant présent, ça peut tout changer dans nos vies* » (E20-Q I : 6).

C'est comprendre « *comment fonctionne notre mental* » (E6-Q I : 1) sans limite d'âge, même « *à la veille de sa mort, dans une recherche toujours plus profonde* ». Et parvenir à mettre une attention sur les schémas et voir s'il est possible d'adopter un autre schéma de pensée globale qui sera lui libérateur « *Quelque chose qui n'apparaîtrait pas sans cela* » (E13-Q I : 3).

« *Il y a eu une rencontre avec un patient à la fin de mes études de médecine... atteint d'une maladie hématologique maligne, grand photographe mondialement reconnu. Et en fait on a eu une discussion [...] sur la méditation, l'art, la vie, la mort, et l'argent aussi. Il était vraiment dans une démarche d'explorer la méditation de plus en plus profondément, et ça à la veille de sa mort [...] Ça m'a marqué parce que je me suis dit que ce mec-là avait vécu de manière incroyable, il était reconnu mondialement, et il va quand même chercher des choses dans la méditation* » (E5-Q I : 1).

« *Il y a une personne de plus de 80 ans, qui était au-delà de toute thérapeutique, en situation métastatique sans traitement et qui est venue, qui a fait les exercices [...] Ça a été une grande leçon et pour moi et pour les autres, et à la fin les gens l'ont remerciée* » (E15-Q I : 3).

Comprendre « *les conditionnements de l'enfance, en laissant l'histoire de côté, c'est de voir les traces du passé et mettre en place une réponse saine au lieu de réagir* » comme avant. Cela représente pour les soignants une « *dynamique de vivre, d'être vivant, que tant qu'on n'est pas mort on est vivant et de le mettre en action [...] C'est un chemin de vie et de libération* » que de prendre conscience de la manière dont on voit le monde, qu'il n'y a pas de vérité absolue (E15-Q I : 3).

La bienveillance avec soi et les autres est « le cœur de la pleine conscience » :

Elle est « *indissociable* » de la bienveillance » (E6-Q I : 1) – définit comme l'aboutissement « *à une plus grande ouverture à l'autre, donc au monde* » (E19-Q I : 2). « *C'est une manière de se réconcilier avec soi-même, de se foutre la paix, accepter qu'on ne soit pas parfait, avec nos zones d'ombre et de lumière, avec nos limitations et nos forces [...] C'est reconnaître le caractère unique de chacun et que la vie ne serait pas la même, si un seul être manquait* » (E15-Q I : 6). « *On prend le temps d'observer, de regarder, en fait on aime l'autre quand on prend ce temps-là, il y a quelque chose de naturel qui se déploie, méditer c'est apprendre à regarder* » (E7-Q I : 6).

3. Ce qui est commun à l'hypnose et à la méditation de pleine conscience

La frontière est extrêmement ténue entre les deux, entre hypnose et méditation. Ce sont des états de conscience qui ne sont pas les mêmes et qui se ressemblent, E9QI :6

Pour moi je ne fais que peu de différence entre l'état d'hypnose et de méditation. Pour moi c'est très semblable et l'espace-temps se modifie complètement, E4-QI :6

- Elles font appel au média du corps : pas de volonté d'intellectualisation, elles sont centrées sur « *l'expression corporelle* » et ses émotions. Ce sont des « *approches de la personne dans sa globalité de manière individuelle* » (E20-Q II : 5).
- Elles répondent pour le soignant et le patient à une logique d'apprentissage : « *prendre la responsabilité de sa vie quoiqu'elle soit* » au sujet de ses souffrances, de sa guérison, sans médication, et de sa vie de manière plus globale, indépendamment « *des*

problématiques spécifiques ». La première étape est de reconnaître la souffrance puis « *plutôt que de partir dans la victimisation et le narratif habituel, c'est de revenir aux sensations et de voir comme on se sent* » (E15-Q I : 3).

4. Ce qui différencie l'hypnose et la méditation de pleine conscience

La méditation n'apporte pas du tout la même chose que l'hypnose E9 -Q I : 6

-L'état de conscience est ressenti « *plus profond en hypnose qu'en méditation les centres neurologiques ne sont pas tout à fait les mêmes* » (E4-QI : 6). « *Il n'y a pas d'induction en méditation* » cela fonctionne plutôt sur la base d'une focalisation du souffle (E19-Q I : 6).

L'hypnose, cela permet de faire des transformations rapides. C'est plus proactif... J'identifie le blocage et je le libère, sans forcément comprendre d'où cela vient. En méditation j'ai mon intention qui est de ne pas avoir d'intention E9-Q I : 6

-Elles n'ont pas les mêmes objectifs : l'hypnose s'inscrit dans le cadre de la résolution d'un problème précis par la mise en transe et le verbe. C'est une « *philosophie du choix des mots* », essentielle dans le soin, applicable à tout moment de la vie. La méditation c'est plus largement parvenir à accepter l'existant avec les problèmes qui le constituent, « *se libérer de l'insatisfaction* » que la vie pourrait porter : c'est une « *philosophie de vie* » (E6-Q I : 1).

L'hypnose on est sur un problème/une réponse, alors qu'en méditation c'est accueillir, accepter avec ses ressources, E13-Q I : 6

Voici l'expérience d'un médecin avec l'utilisation de l'autohypnose dans sa vie :

« *J'ai passé beaucoup de temps à analyser mon histoire que je connaissais bien, et il y a des endroits où j'avais bien compris pourquoi cela me posait soucis, mais je n'arrivais pas à passer à autre chose. Avec l'hypnose il y a vraiment cette ressource-là qui permet de transformer et d'apporter plus de la fluidité de façon générale, oui dans ma vie de façon générale. Et c'est agréable à pratiquer mine de rien, les deux (hypnose et méditation)* » (E9-Q I : 2).

Voici le vécu d'un médecin et de ce que la méditation de pleine conscience a pu lui apporter au cours de sa propre maladie :

« Vous accueillez à égale part ce qui vous convient et ce qui ne vous convient pas [...] L'agréable c'est facile, mais le désagréable [...] Moi j'ai subi de très grosses interventions ces trois dernières années, et la méditation cela m'a aidé à traverser les diagnostics lourds [...] Accepter des diagnostics de cancer [...] Ce n'est pas toujours évident, pour passer tous ces stades de colère, de déni. Cela permet d'écourter beaucoup ces stades et de se dire : Qu'est-ce que tu fais avec ce que tu as là ? Qu'est-ce que tu peux faire avec cela ? Comment tu peux traverser cela ? L'hypnose ne peut pas agir là, ne m'aide pas là. C'est vraiment la méditation qui aide. Et cela change votre façon de voir la vie » (E19-Q1 :6).

-La méditation demande de la régularité : elle répond à une logique d'entraînement. C'est un « investissement et une démarche personnelle, un engagement », une pratique à intégrer de manière suivie pour avoir des résultats – la pratique de l'hypnose est le plus souvent amenée par le praticien (excepté les pratiques d'autohypnose), de manière plus occasionnelle, et a des effets plus immédiats (E6-Q1 : 3).

-Enfin l'hypnose semble plus évolutive, notamment grâce à l'apport des neurosciences. Il semblerait que la méditation soit plus constante dans ses fondamentaux et ses outils depuis des millénaires. Certains des praticiens utilisant l'hypnose ont eux-mêmes fait évoluer leurs approches et remis en cause des éléments considérés comme acquis dans la tradition de la pratique hypnotique.

- Pour exemple le Médecin généraliste (entretien 10), a l'expérience de 20 années en soins palliatifs. Il est passé de l'hypnose traditionnelle, à l'hypnose Ericksonienne, à l'hypnose psychodynamique, puis aux TAC. Ces dernières demandent aux patients d'adopter une position « tonique et dynamique », ne proposent pas d'induction. Au contraire les TAC nécessitent que le patient soit éveillé, parle, soit en mouvement. « En hypnose Ericksonienne techniquement c'est un paradoxe car le patient est inconfortable psychologiquement ou physiquement et on lui demande d'être confortable, sans lui avoir fait de séance » (E10-Q1 : 2).

Le protocole 6C, cité précédemment, s'oppose au principe selon lequel une victime de choc doit suivre un processus de « défusing » dans les suites immédiates d'un traumatisme (utilisé actuellement en France). Le défusing branche la personne « *en état parasympathique alors qu'elle était en activation sympathique, et renforce l'activation de l'amygdale, ce qui ne lui permet pas d'évacuer le stress* » (E11-Q II : 5).

1. Les motivations à introduire l'hypnose et méditation de pleine conscience dans la pratique médicale

Remarque : Les médecins interrogés enclins à introduire ces outils dans leur pratique médicale étaient a priori « convaincus de l'absence de dichotomie entre le corps et le cerveau » et de la nécessaire exploration des liens les unissant pour solutionner certaines situations cliniques :

- « En fait la partie psychologique dans la médecine m'a toujours paru la plus essentielle. Je préfère comprendre comment les personnes fonctionnent pour les aider » (E13-Q1 : 4).
- « L'hypnose c'était quelque chose qui m'a intéressée car j'étais très convaincue de l'absence de dichotomie entre le corps et le cerveau » (E19-Q1 : 4).
- « Je pense que tout médecins devraient être dans une optique d'agir sur le corps-esprit » (E12-Q1 : 4).

1.1 L'hypnose et la méditation : deux temporalités dans la découverte et la projection dans la pratique médicale

1.1.1 L'hypnose est une technique dont on voit immédiatement l'effet (effet visuel) et dont on projette tout de suite l'efficacité (retours rapides)

C'est une technique qu'ils ont découverte souvent par l'intermédiaire de confrères qui la pratiquaient et en louaient l'efficacité :

« C'est en rencontrant d'autres médecins qui connaissaient d'autres techniques auxquels j'ai fait confiance » (E4-Q1 :1).

« J'ai remplacé un médecin généraliste qui ne jurait que par cela » (E3-Q1 :1).

« Quand j'ai passé mon concours médecine, j'avais fait de la sophrologie pour moi... avec un médecin qui pratiquait la sophrologie, et il m'avait dit [...] que ce serait bien plus tard que j'utilise ça avec mes patients » (E14-Q1 :1).

« Lors d'une présentation d'un congrès d'urgences où un des participants nous avait exposé son expérience dans le cadre d'un service d'urgences en Suisse » (E18-Q1 :1).

Les médecins constatent l'efficacité rapide de l'hypnose avec la satisfaction de « *rendre tellement plus service que de faire une ordonnance avec des médicaments* » et dont les résultats dépendent d'abord des ressources internes du patient, parfois contrastant avec « *le ressenti du soignant* » (E9-QI :4).

« *J'avais aussi le retour de mon ami anesthésiste [...] Il me dit que pour l'une la séance était géniale et pour l'autre pas vraiment extraordinaire, qu'il a eu du mal et un mauvais feeling. Et un mois plus tard les deux étaient complètement transformées [...] Le ressenti du soignant n'est pas forcément le même que celui du patient.* E11-QI :1

C'est une technique « *surprenante* » qui provoque « *l'admiration et la fascination* » (E11-Q I :1), lorsqu'elle est découverte dans un contexte « *d'hypnose-spectacle* » - dont on voit immédiatement la modification de l'état de conscience.

« *J'avais 17ans, je pratiquais l'athlétisme [...] à la fin d'un entrainement le coach nous a fait allonger par terre, nous a dit que nos bras devenaient lourd comme nos jambes [...] Vous avez dix petits cœurs au bout de vos dix petits doigts, dix minutes après il nous a dit d'essayer de nous relever et qu'on n'y arriverait pas, j'ai essayé et c'était impossible. C'est le training autogène de Schultz. C'est une méthode issue de l'hypnose traditionnelle [...] Et donc j'étais surpris et admiratif de cette technique. Ça m'a montré qu'on pouvait modifier les états de conscience* » (E10-Q I : 1).

1.1.2 La découverte de la méditation est d'abord liée au commencement d'une pratique strictement personnelle, au long cours, répondant à une recherche intérieure profonde

C'est vraiment un chemin personnel finalement qui m'a poussée à cela E17-Q I :1

Je suis tombée dans cette marmite, E16-Q I : 1

Au-delà de la curiosité pour les cultures orientales, c'est une pratique initiée en écho à des difficultés ou à des questionnements personnels et aussi souvent liés à la profession de médecin : « *la difficulté des études de médecine* » où il est « *totalement normal et admis que ce soit à l'étudiant de faire seul face à ça, de se blinder [...] la confrontation à la souffrance des patients [...] la dureté du métier, les responsabilités qu'il engendre* » (E5-Q I : 1).

Mais aussi aider à faire face aux « *difficultés de la vie, une vie familiale compliquée, la pratique difficile de la chirurgie et la fonction de dirigeant* » (E6-Q I : 1).

Ou encore lors « *des études de médecines où apparaissent de questionnements sur la mort* » (E15-Q I : 1).

C'est un parcours jalonné de « *lectures personnelles, de rencontres avec des méditants* » (E20-Q I : 1). Cela amène les soignants à pratiquer la méditation, parfois au départ dans des temples religieux (avant que les centres de méditation laïque existent), dont ils se sont pour la plupart « *affranchis* » dans leur pratique personnelle (E19-Q I : 1).

Après des années d'expériences pratiques, ils ont « *la conviction que la méditation peut être extrêmement bénéfique [...] sans aucun besoin d'adhérer à une quelconque croyance, philosophie ou religion* » (E5-Q I : 1).

Certains médecins « *connaissaient cette pratique depuis longtemps* » mais n'avaient « *pas envie de rentrer dans le monde spirituel* ». Ils ont choisi de s'y investir uniquement lorsqu'ils ont « *découvert la possibilité d'une pratique laïque* » – Les programmes MBSR « *déployés à l'hôpital, enseignés aux professionnels de santé* » créé par le Dr J Kabat-Zinn aux Etats-Unis, « *très largement diffusés dans le monde de la santé, dans le monde de l'éducation* ». Eux-mêmes avaient des questionnements sur « *les dérives sectaires et se sentaient gardés à distance même si la pratique de la méditation intéressait* » (E21-Q I : 1).

Les apports personnels de la pleine conscience pour les médecins sont très nombreux :

Ils décrivent la méditation comme « *une transformation de vie* » (E16-Q I : 4), les orientant vers « *plus de sagesse* », qui leur permet « *d'être plus dans le corps [...] de ne pas s'enfermer dans le vieillissement [...] de traverser les difficultés de la vie... de reconnaître leurs schémas de fonctionnement* » (E6-Q I : 4).

Cela leur a « *fait poser un regard différent sur la vie* » qui leur a permis « *de ne pas focaliser sur ce qui ne va pas, mais s'ouvrir à ce qu'il se passe* » (E17-Q I : 4) ; « *accepter de ne pas maîtriser et partir à la découverte de la vie du quotidien [...] accepter de s'émerveiller d'être en vie* » (E15-Q I : 4).

Ils décrivent aussi des « *moments extrêmement forts et puissants [...] avec une joie sereine, très profonde* ». Par effet de transposition, ils souhaitent que cela « *puisse transformer la vie des autres* », en faire bénéficier leurs patients (E9-Q I : 4).

→ Aussi il semble y avoir une forte tradition de transmission dans la pratique de la méditation (E5-QI :1). Il semblerait qu'après avoir été instruit à la méditation, naturellement on instruit à son tour : à ses « *patients mais aussi à des gens avec qui on a travaillé : infirmières, médecins* » (E6-Q II :1), par « *envie de le partager avec la notion que le bien-être de façon générale contribue à la santé au sens large et continuer à approfondir sa pratique* ». La méditation est un « *chemin* » (E9-QI :4).

On ne fait pas de méditation. La méditation est une pratique personnelle que l'on fait toute sa vie. C'est un chemin, pas qu'une pratique, E19-Q I : 5

Pour moi ce n'est pas une méthode ou un outil, c'est un projet de vie, et en fait ça peut tout changer dans nos vies, à chaque instant, E 20-Q I : 6

1.2 Ils y ont vu de potentielles applications dans leur propre pratique médicale à travers l'hypnose et la pleine conscience

La méditation c'est un outil personnel qui peut se transférer dans la pratique de la médecine, E13-Q II :4

Par exemple :

- ▶ « Étudier la non-dualité entre les médecines complémentaires et la médecine en oncologie

Favoriser la médecine intégrative et proposer des groupes de méditation aux patients en oncologie

« Dans la pratique du soin ça s'est modélisé un peu plus tard. J'étais interne en médecine, j'avais envie d'étudier la non dualité entre les médecines complémentaires et la médecine en oncologie. En 2011 il n'existait rien du tout, j'ai envoyé une lettre de motivation aux Etats-Unis dans un service de médecine intégrative et j'ai été accepté. Quand je suis arrivée ils m'ont dit : Voilà ton planning chaque semaine ; c'était d'aller en consultation et de participer aux activités de méditation avec les patients. Après six mois de méditation, je me souviens, c'était très fort, d'enlever sa casquette de soignant, s'installer dans des groupes de patients, et d'être au contact de sa vulnérabilité, c'était très fort. A la fin j'avais dit : Mais en fait comment on fait pour soigner avec ça ? Parce que c'est avec ça que je veux soigner mes patients (rires émus).

Ils m'avaient regardée en me disant : Mais t'es déjà médecin, tu ne vas pas te prendre la tête avec ça. Et puis voilà, je suis rentrée en France et ça s'est fait comme ça » (E7-Q1 :1).

► *Renforcer « l'auto-soin » chez les patients à travers la pratique de la méditation (logique de bienveillance avec soi-même)*

« Quand j'ai découvert le programme de formation à la méditation (Mindfulness stress réduction programme), comme j'étais très impliquée dans l'éducation thérapeutique, cela m'a beaucoup touchée. Je trouvais que la méditation à travers mon expérience pouvait être un levier qui répondait aux attentes et aux attendus, aux objectifs de l'éducation thérapeutique en matière de compétence d'auto-soin par exemple. Parce que moi cela m'a beaucoup interpellée de voir à quel point quand on pratique la méditation finalement on ouvre la possibilité de prendre soin de soi et à quel point cela pouvait être pertinent pour des malades... Et c'est ainsi que deux ans après j'ai commencé à enseigner dans le service à des petits groupes de patients qui avaient des insuffisances rénales » (E21-Q1 :1).

► *La méditation pour soulager les douleurs des patients en gériatrie*

« Il y a 7 ans, quand j'ai fait ma bibliographie pour l'hôpital, je suis tombée sur une publication du JAMA en 2016, sur l'effet d'un programme MBSR sur la lombalgie chronique et que c'était efficace. Ça m'a interpellé, je me suis inscrit d'abord en tant que participant, à but personnel, pour voir ce que c'était ce truc-là. Je ne pensais pas apprendre quoi que ce soit parce que j'avais beaucoup navigué et lu déjà. Ça m'a tellement plu que j'ai fait le D.U à Strasbourg et après je me suis formé en instructeur MBCT et MBSR. Ça avait clairement un intérêt pour mes patients en consultation qui avaient des douleurs physiques soit psychiques, émotionnelles » (E5-Q1 :1).

► *L'hypnose pour réduire « l'insatisfaction des techniques » déjà connues, pour avoir un complément d'outil' notamment : réduire les douleurs lors de manipulations physiques*

« J'ai découvert la technique du Dr Michel Furter, technique ostéopathique, extrêmement douloureuse mais avec des résultats extraordinaires. J'ai rencontré lors de formations de Programmation Neuro Linguistique des personnes qui avaient fait des formations d'hypnose. C'est comme cela que je me suis dit qu'en associant l'hypnose lors des séances d'ostéopathie cela ne serait plus douloureux. C'est par l'insatisfaction des techniques que j'avais pour avoir un complément d'outil que je suis rentrée dans l'hypnose » (E4-Q1 :1).

1.3 Les médecins choisissent de se former à ces deux thérapies pour « pallier les limites » rencontrées dans leur pratique de la médecine, en ouvrant la voie aux médecines complémentaires

Pour les deux types d'outils, « *la réduction de la prescription médicamenteuse* » leur tient particulièrement à cœur (E18-Q1 :1). Dans un souci de « *trouver la solution, la moins toxique* », éviter les consultations type « *épicerie* » (où les patients viennent faire leurs courses de médicaments), « *sortir de la réponse : j'ai un problème, je prends un médicament* » (E13-Q1 :4). Les médecins sont « *lassés de prescrire des antidépresseurs, des antidouleurs, des hypnotiques et anxiolytiques* » (E1-Q1 : 1). Ils sont déçus des médicaments comme ceux du « *sevrage tabagique* » (19-Q1 :2).

Certains choisissent d'orienter leurs consultations « *uniquement centrées sur les approches non médicamenteuses* » afin de pouvoir donner des outils qui permettent aux patients « *de se réapproprier leur bien-être, leur santé* » (E9-Q1 :2), en rendant « *la relation plus humaine* » (E14-Q1 :2). Tandis que d'autres s'orientent vers ces pratiques pour « *élargir la boîte à outils et répondre aux limites de la médecine générale quotidienne* » (E2-Q1 :2).

Ils prennent « *plaisir à pouvoir débloquer les situations avec des outils qui font la différence* », là où la médecine traditionnelle médicamenteuse a atteint sa limite. Par exemple « *lorsqu'on se sent bloqué, que les gens se plaignent beaucoup, qu'ils reviennent en consultation* », pour répondre à « *tous ces problèmes dont on ne sait pas quoi faire* », aux consultations où l'on rencontre le sentiment « *d'impuissance* » (E9-Q1 :4) : « *Souvent c'est des gens qui reviennent avec les mêmes plaintes, on ne sait pas quoi en faire, et où on a éliminé les diagnostics médicaux graves, et là du coup on peut mettre autre chose en place* » (E9-Q1 :5).

A force d'entendre le médecin généraliste que je remplaçais me parler de l'hypnose, et moi voyant les freins et impasses de la médecine traditionnelle, je me suis dit que ça serait salutaire d'ouvrir d'autres voies d'aide, E3-Q1 :1

1.3.1 Pour les cas de troubles du sommeil, d'anxiété et de dépression

« *Je voulais trouver des alternatives à une médecine qui a des limites, pour essayer de trouver d'autres solutions, d'autres voies. Il y a trop de motifs de consultation où on n'apporte pas de solution, où on arrive aux limites des traitements* » (E3-Q1 :4).

1.3.2 Pour la gestion de la douleur

« D'ailleurs le traitement de fond dans la migraine c'est 30% de réduction des crises, la méditation est plus efficace allant jusqu'à 50% [...] les médicaments tu as les effets secondaires. Maintenant les neurologues le savent, mais le médicament est trop mis en avant, c'est trop la solution alors que c'est moins bien » (E12-QI :4).

1.3.3 Pour prendre en charge l'aspect psychogène

Le lien corps-esprit est essentiel pour ces médecins, ils trouvent nécessaire de prendre en charge les pathologies en intégrant le volet émotionnel (exemple : *« migraines, psoriasis, asthme, eczéma, sclérose en plaque, douleurs » E12-QI :4).*

→ *« C'est prouvé [...] le stress les aggravent. Même je pense que toutes les maladies... ont aussi une cause émotionnelle. On peut le voir d'un point de vue énergétique, émotionnel, mécanique, biologique, avec le cortisol, le côté neuro-inflammatoire, c'est connu. C'est dommage de se priver de ça pour l'ensemble des maladies » (E12-QI :4).*

L'hypnose et la pleine conscience leur permettent de prendre en charge les cas de symptômes inexplicables, dont on n'identifie pas bien les leviers : les symptômes émotionnels *« de la sphère cardio-thoracique tels que les palpitations » (E11-Q-I :1)*, les douleurs subjectives contenues dans *« le côté discordance radio-clinique »*, comme les douleurs d'arthrose. On a *« les mêmes radios, les mêmes limitations cliniques, et pourtant des douleurs très différentes en fonction des personnes » (E5-QI : 4).*

Pour certains patients cela *« est très compliqué d'aller voir un psy, ils n'ont pas envie »*, alors ils ont vu dans la méditation et l'hypnose une aide à la gestion *« des retentissements importants psychiques »* des maladies. D'autant plus utile dans la période actuelle, particulièrement anxiogène - post pandémie de la Covid - où *« les personnes ont augmenté leur état d'anxiété avec les médias » (E5-QI : 4).*

→ *« Ils ne vivent que de ça et c'est extrêmement anxiogène. Le nombre de consultations qui ont augmenté pour rien avec juste des palpitations en symptômes c'est fou. Je pense qu'on rend vraiment service » (E11-QI :4).*

1.4 Les médecins désirent « prendre de la distance » avec la médecine telle qu'elle est traditionnellement exercée

Pour les plus jeunes médecins c'est une volonté d'exercer la médecine autrement, une volonté de fuir « l'ennui » et de répondre à la « grande frustration » que la médecine conventionnelle suscite pour eux (E9-QI :4).

→ « *Quand j'ai commencé mon exercice libéral j'ai éprouvé une grande frustration, car en tant que cardiologue je faisais face à des symptômes de la sphère cardio-thoracique que j'explorais de façon adaptée exhaustive, et il arrivait que les bilans soient normaux. J'étais frustré de leur dire que j'étais au bout de mes moyens* » (E11-QI :1).

Pour les plus anciens, parfois après des décennies de pratique traditionnelle de la médecine, c'est réintroduire du sens dans son exercice :

→ « *Ce qui m'a motivée à l'exercer ? Comme quelque chose qui m'a paru d'une évidence dans la relation je pense, et puis comme une ouverture qui simplifiait la relation de soin, peut-être face à une perte de sens dans mon exercice classique* » (E14-QI :4).

→ « *Je n'étais pas satisfaite au niveau de mes études. Et donc comme je suis plutôt curieuse, et à la fois insatisfaite donc je vais chercher autre chose* » (E4-QI :1).

Exercer l'hypnose et la pleine conscience, c'est le moyen :

-D'être acteur du soin apporté au patient par la relation et non par le médicament et ainsi donner du sens au métier de soignant. C'est le « côté satisfaisant d'aider les gens juste par la relation humaine, la ressource c'est aussi le soignant » (E18-QI :4).

-De « prendre le temps », c'est-à-dire pallier à la perte de sens ressentie lorsqu'on est dans « la course à l'acte » (E14-QI :5) :

→ « *La perte de sens que j'ai ressentie c'est le fait de devoir être dans la course à l'acte, le fait de ne pas prendre le temps forcément pour les consultations [...] mais finalement il y a beaucoup de gens qui ont besoin d'autre chose, qui ont besoin d'une relation qui va leur permettre de sortir de difficultés, tout simplement* » (E14-QI :5).

Ce n'est pas un rejet massif de la médecine traditionnelle, de l'allopathie et de sa technicité. Au contraire ce sont aussi des outils utilisés pour favoriser l'alliance thérapeutique,

l'adhérence au protocole de soin « *sans remplacer les traitements mais les aider à mieux vivre leur maladie chronique* » : acceptation « *des traitements dans l'hypertension, des appareillages dans le syndrome d'apnée du sommeil* » (E11-QII :4).

La communication hypnotique (hypnose informelle) avec les patients est décrite comme essentielle, utilisée en cours de consultations médicales classiques pour améliorer leur déroulé et le vécu du patient ; Par exemple les « *soins d'escarres, à l'hôpital je l'utilise pour aider quand les toilettes ne se passent pas bien pour les soignants* » (E14-QI :2) et « *l'alliance thérapeutique* » (E11-QI :2). Cela créer un espace de soin apaisé, sécurisant pour les patients, « *adultes comme enfants* » (E19-QI :2).

→ « *Surtout j'intègre la communication hypnotique à toutes mes consultations, qu'elles soient hospitalières ou autre, pour toute interaction avec les patients qui se fait dans la communication hypnotique. Après quand les gens sont dans les derniers jours en soins palliatifs, de confort, de fin de vie, là ça va être vraiment en communication hypnotique sur des mots simples. Je leur parle comme s'ils entendaient, je ne sais pas s'ils entendent ou pas mais en tout cas j'accompagne chaque geste par une ratification : Je viens vous examiner, je soulève le drap, je vais faire rapidement, je vais remettre le drap pour que vous ayez bien chaud, que vous soyez confortable, et je pose souvent ma main sur le haut du thorax pour créer quelque chose d'un peu contenant ou avec un mouvement sur le bras, sur l'épaule* » (E14-QI :2).

Exemple : Avec l'hypnose conversationnelle

→ « *Quelqu'un qui avait un polype dont une partie était cancéreuse [...] Je lui ai expliqué que comme dans la nature quand on ramasse les champignons, là on avait enlevé un champignon, la tête était cancéreuse, le pied était sain. On a coupé le pied du champignon, donc maintenant il va falloir faire en sorte que le terrain soit modifié (l'alimentation) parce que sinon le champignon va repousser, donc il faut mettre un beau terrain [...] C'est l'hypnose conversationnelle et je pense que c'est essentiel dans l'écoute du patient et le lien qu'on met en place* » (E 4-QI :2).

Ils visent « *une non dualité entre les médecines* », ne souhaitent pas être couper de la technique mais veulent soigner, « *en cohérence avec ces valeurs* » (E7-QI :1). Ils estiment avoir le « *rôle important de redonner sa place aux médicaments* » (E10-QII :2). Ils cherchent à faire « *un travail d'éducation thérapeutique auprès des déçus de la médecine* » (E6-QI :2). C'est ouvrir le champ des possibles dans sa pratique de la médecine générale : Rompre la monotonie en diversifiant sa pratique, ne pas avoir la sensation de recevoir des patients similaires avec des motifs similaires et des plaintes similaires, pour lesquels les solutions sont limités :

→ « *Avec le temps il y a un ras bol, de la fatigue mentale, par rapport à certains patients quel que soit leur profil, à vous raconter les mêmes problèmes à longueur de journées, d'années à entendre les mêmes choses. J'ai eu le sentiment de tourner en rond à un moment donné puis c'est là que j'ai trouvé l'hypnose. A un moment donné j'en pouvais plus, c'est pour ça que j'ai commencé à diversifier aussi* » (E2-QI :4).

On verra plus loin (cadre de la pratique) que ce format de consultation en médecine générale emporte des conséquences en termes de statut, de tarification et d'organisation de ses consultations.

1.5 Enfin c'était une intégration qui leur paraissait accessible d'un point de vue matériel

L'hypnose et la pleine conscience ne nécessitant pas d'équipement particulier pour le praticien : « *Ça ne coute pas cher, ça peut se faire partout. Dans un milieu hyper technique comme les urgences je trouve ça très utile* » (E18-QI :4).

4 : Les patients et leurs rapports à l'hypnose et la pleine conscience

4.1 Les patients suivis dans ce cadre-là, offrent peu de résistances car ils sont souvent volontaires ou sélectionnés a priori par les soignants

Hormis les enfants à qui l'hypnose est proposée « *directement* » et sans prérequis (E4-QI :2), les enfants « *adhèrent plus facilement au monde de l'imaginaire* » au dialogue symbolique hypnotique (E14-QII :3).

Les gens viennent : ils se disent que l'hypnose peut être une réponse à leur problème, le médecin traitant les a adressés mais ils ne savent pas trop à quoi s'attendre, ou ils ont entendu untel en parler et du coup pensent que cela va les aider aussi, E18-QII :2

Les patients suivis dans ce cadre :

- Viennent souvent de « *manière volontaire* » (E2-QI :2) – ou sur recommandation « *bouche à oreille* » (E19-QI :2). Ils sont convaincus des potentiels apports, il n'y a donc pas « *de résistance* » a priori « *comme c'est une démarche personnelle* » (E6-QII :3).
- Ou sont adressés par un confrère (E6-QII :2) ou un organisme (E16-QII :2) - la caution du soignant adressant crédibilise l'outil a priori (E19-QII :3).
- Ou sont « *sélectionnés* » par le médecin lui-même (E8-QI :2) dans sa patientèle selon leur profil (E17-QII :2), leurs attentes, « *leurs obstacles* » (E13-QII :2).

4.1.1 Le profil-type du patient suivi dans le cadre de l'hypnose et de la pleine conscience

4.1.1.1 Profil sociologique

- Il n'y aurait « *pas de profil-type* » de patient (E14-QII :2), au contraire ce sont « *des profils assez inattendus, chaque personne est différente* » (E18-QII :2).
- Ce sont des patients diversifiés en âge (E11-QII :2).

La pratique de l'hypnose ou la pleine conscience est techniquement accessible à tous, par exemple même « *en EPHAD, avec des patients de tous les niveaux, chacun peut intégrer* ».

Excepté en cas de « *pathologies qui touchent la cognition qui empêcheraient d'écouter les consignes et d'appliquer* » (E5-QII :2).

→ On retrouve « *en majorité des femmes* » (E6-QII :2/ E15-QII :2/ E10-QII :2)

→ « *Des femmes d'âge mûr et de milieux aisés* » (E11-QII :2/ E12-QII :2)

« *La Sécurité sociale ne prend pas en charge cet accompagnement* » (E7-QII :2) donc « *ça reste accessible à une catégorie socialement élevée* » (E5-QII :2) d'autant plus qu'en « *France on n'est pas habitué à payer les soins* » (E17-QII :2).

« *L'acceptabilité* » de ces pratiques serait, elle aussi, plus grande dans les classes sociales favorisées (E5-QII :2).

4.1.1.2 Profil psychologique

Ce sont des patients « *plus stressés que les autres, dans un inconfort, qui ont conscience de la souffrance* » (E1-QII :2) « *physique et psychique* » (E17-QII :2) et dont « *leur perception est devenue restreinte, obsessionnelle sur un problème, une peur, une crainte [...] Ils tournent en rond pendant parfois 20 à 30ans* » (E8-QII :2) ; Ils sont perçus comme « *très en demande d'aide comme s'il y avait une envie de s'abandonner et qu'on prenne soin d'eux* » (E12-QII :2) en quête de sens, en attente de « *solutions alternatives à la médecine conventionnelle* » (E5-QII :2).

Les patients orientés vers la méditation de pleine conscience ont la particularité de se questionner sur « *le sens de leur vie* » (E17-QII :2). Ils « *sont à des tournant dans leur vie, ont la sensation de ne pas avoir trouvé leur essence et sont prêts à changer quelque chose de profond* » (E20-QII :2). Ils ont souvent déjà entamé un « *parcours de développement personnel* » (E4-QII :2).

Pour la méditation de pleine conscience les patients inscrits dans les cycles MBSR ou MBCT (E16-QII :2) peuvent déjà avoir eu une expérience de la méditation « *parcours au long cours du méditant* » (E5-QII :2).

Ce sont « *des patients moins obsessionnels, moins dans la fatalité* ». Ils sont « *plus ouverts* » à la possibilité que leurs pathologies ou leurs symptômes ne soient pas uniquement dû à des causes organiques, et pourraient trouver leur origine dans la mise à mal du lien corps-esprit (E12-QII :2).

Ce sont des patients ouverts aux médecines complémentaires : ils « *sont curieux, se demandent pourquoi cela fonctionne* », pensent pouvoir apprendre de nouvelles techniques (E19-QII :2).

Pour ces patients, il y a souvent « *une déception des traitements conventionnels, des médicaments* » (E10-QII :2) et sont « *parfois désespérés* » (E19-QII :2).

4.2 En cas de « résistance » du patient

Oui en effet il peut y avoir des craintes, mais beaucoup moins que je le pensais. Quand on est dans son éthique, qu'on présente les choses, leurs accords, et que c'est fait de manière progressive, c'est sans résistance, E13-QII :3

Lorsque les médecins proposent ces outils, ils accompagnent le patient dans sa décision, quelle qu'elle soit. Ils ont « *une intuition [...] que cela peut être une bonne indication et le proposent* » (E7-QII :3). Si la personne n'en a pas envie, « *que ce n'est pas le moment juste pour elle* » (E19-QII :3), où que cela ne lui convient finalement pas, ils accompagnent « *ce désengagement* » (E12-QII :3) et vont toujours « *au rythme des patients* ». Le « *respect* » de la singularité de l'autre, de son chemin va de pair avec la pratique de l'hypnose et la pleine conscience (E9-QII :3).

Les médecins rassurent les patients au regard des représentations construites autour de l'hypnose et de la méditation (« *pédagogie récurrente avec beaucoup de bienveillance* » (E19-QII-1).

Note : La casquette « *médecin – hôpital facilite grandement les choses* » (E11-QII :3) pour crédibiliser a priori les pratiques de l'hypnose et la pleine conscience et mettre à l'abri des éventuelles « *peur des dérives sectaires* ». Cela rend « *accessible* » l'outil à des patients « *qui n'iraient pas faire de la méditation ailleurs* » (E21-QII :2).

4.2.1 L'hypnose

-L'hypnose pratiquée n'est pas l'hypnose-spectacle appropriée par les médias, « *qui dessert l'hypnose médicale* » – Les patients ont parfois « *très peur d'être influencés* » (E1-QII :3), « *peur d'être manipulés et peur de la perte de contrôle* » (E19-QII :3).

- L'hypnose est décrite au patient comme un « *état naturel* » (E14-QI-3), « *une reconnexion à soi* » (E12-QII :3), comme une sorte de « *demi-sommeil* » conscient, « *qu'on facilite des choses qui auraient pu être faites dans tous les cas* » (E17-QII :3).
- Au cours duquel il n'y a pas de risque de « *perdre le contrôle* » (E2-QII :3), « *la peur du lâcher-prise* » (E10-QII :3), il n'y a pas de risque que « *des choses émergent, qu'ils ne maîtriseraient pas* » (E19-QII :3), ou de « *dire ou faire des choses contre son gré, d'être manipulé* » (E12-QII :3), « *d'être soumis au thérapeute* » (E18-QII :3).
- Les patients ont la possibilité d'interrompre une séance d'hypnose à tout moment, quand ils le souhaitent, ils ont le « *contrôle du début à la fin* » (E10-QII :3), « *il suffit d'ouvrir les yeux et on discute et on reprend l'exercice [...] les patients sont toujours actifs et ils ne sont jamais endormis. Une fois qu'on a créé la confiance il n'y a pas de résistance* » (E2-QII :3).

4.2.2 La méditation de pleine conscience

Depuis une vingtaine d'années, il y a eu l'initiation d'un mouvement par des personnages publics comme le psychiatre Christophe André et les soignants eux-mêmes « *qui communiquent sur la méditation et qui rendent compréhensible pour le grand public ce que c'est* ». Pourtant les médecins interrogés constatent « *que tout le monde n'est pas ouvert, surtout les patients âgés* ». Une grande « *méconnaissance* » continue d'entourer cette pratique, « *90% des gens ne savent pas vraiment ce que c'est la méditation* » (E21-QII :3). « *Ils ont des représentations fausses... dans notre culture occidentale et notamment en France* », le frein le plus important est la représentation collective selon laquelle la pratique de la méditation répondrait forcément à « *un côté ésotérique même s'il y a des études dessus* ». Ils expliquent ne pas faire « *de prosélytisme* » pour autant, ils en parlent « *sans le vendre* » (E12-QII :3)

- Il faut souvent rappeler que la méditation telle qu'elle est instruite aujourd'hui est une « *pratique laïque* » dépouillée de toute religiosité (E12-QII :3).

Mais les médecins mettent aussi en garde les patients sur ce qu'ils peuvent attendre de l'hypnose et la pleine conscience – il n'y a pas « *de recette miracle. C'est un outil utile, pas une fin en soi* » (E11-QI :5) :

→ « Dans l'hypnose il y a un côté « *un peu magique* » notamment dans la façon dont cela est perçu dans la société. Il « *peut y avoir l'attente d'un changement miracle et l'illusion qu'en une séance cela vient changer la vie [...] C'est la rencontre de deux personnes, donc on peut avoir et des résultats extraordinaires avec certains et d'autres rien de majeur comme changement* » (E9-QII :2). En effet les avancées en hypnose sont aussi liées à la qualité de l'alliance thérapeutique, donc aléatoire.

La méditation, est un cheminement vers « *le besoin de se rencontrer de soi à soi* », de manière « *bienveillante avec compassion* ». Elle est sans but performatif, « *il n'y a pas de réussite [...] il n'y a pas d'échec [...] il n'y a que de l'expérience* » (E17-QII :3).

Alors les soignants expliquent qu'il « *faut redéfinir les choses pour ceux qui viennent avec de grandes attentes* » (E16-QII :2). Ils « *rétablissent les attentes, oui ça peut améliorer la qualité de vie mais ça ne fait pas disparaître les maladies. Si les gens cherchent un gourou ou une voie d'illumination, ça ne sera pas avec eux* » (E5-QII :3).

Même s'il ne faut pas attendre de guérison dans le cas de maladies neurodégénératives type Parkinson, on constate des « *effets somatiques vraiment étonnants : la forte pratique en méditation a des effets sur la motricité, l'hypertonie, les tremblements* ». Un protocole pour l'objectiver est en cours à Montpellier.

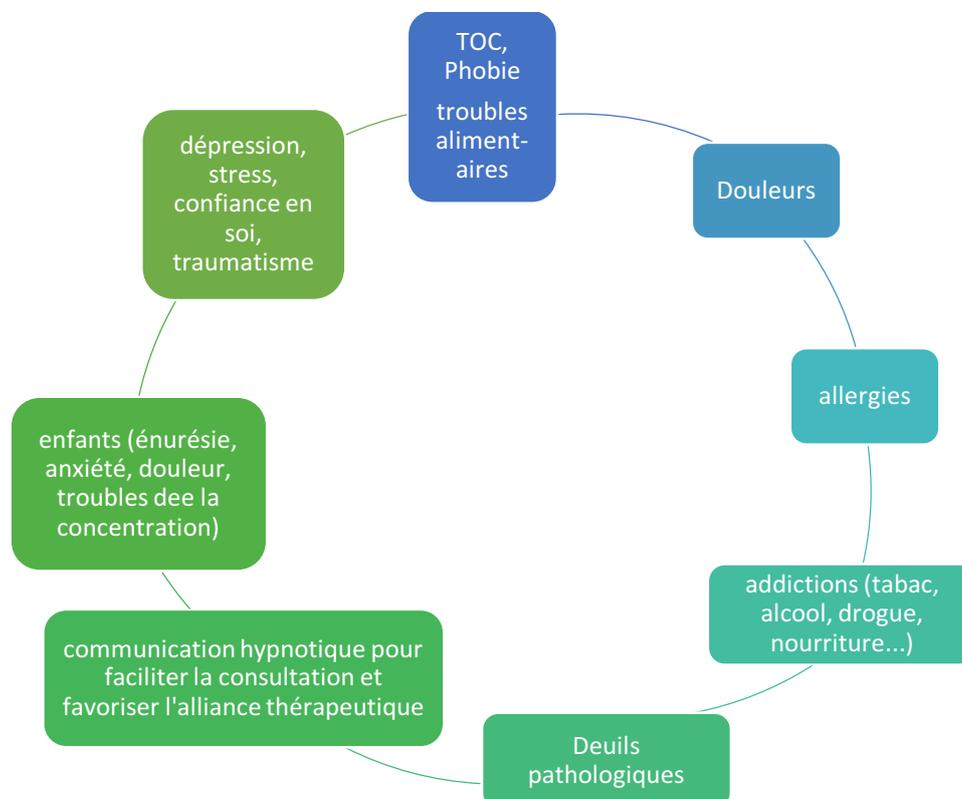
→ « *Il y avait un patient parkinsonien, et à la fin du stage [...] Je leur propose d'écrire leurs difficultés, leurs apports [...] Et puis chacun pouvait partager. Au moment où il a voulu partager, il a montré sa feuille sur laquelle il avait écrit, c'était illisible car on était trop loin. Donc on se demandait ce qu'il voulait nous montrer. Il a dit : ça fait 10 ans que j'ai la maladie de Parkinson, 10 ans que je ne pouvais pas écrire en raison des tremblements trop forts, et là je viens de retrouver mon écriture d'avant mon Parkinson* » (E5-QI :3)

5 : Les cas de prescription de l'hypnose et de la méditation de pleine conscience

Il existe des cas de prescriptions communs de l'hypnose et la méditation de pleine conscience, par exemple la réduction de la douleur et le traitement des troubles anxieux. Mais nous avons choisi de les traiter séparément afin de mettre en valeur la spécificité de chaque approche.

5.1 Les cas de prescription spécifiques à l'hypnose : Une pratique adaptée à un spectre large de pathologies, plutôt dans le cas de symptômes inexplicables, psycho-traumatiques

« Je m'en sers quand il y a un blocage où cela ne peut pas passer par la compréhension du problème, c'est-à-dire il y a quelque chose qui coince on ne sait pas quoi en faire. Et le patient peut analyser beaucoup avec son mental, essayer de comprendre d'où ça vient, alors que la réponse est plus : Qu'est-ce que j'en fais après et comment je peux transformer quelque chose ? » (E9-1 :2)



Les cas de prescription spécifiques à l'hypnose selon les praticiens (Création personnelle)

Un prérequis indispensable : « A partir du moment où l'échange de la parole fonctionne » (E18-QI-2).

- ▶ Les TOC (E18-QI-2)
- ▶ Les phobies (E14-QI-2 / E8-QI-2 / E10-Q :2)
- ▶ La dépression (E3-QI :4 / E10-QI :2/ E18-QI :2)
- ▶ Les Psycho-traumatismes (E18-QI :2)
- ▶ Les allergies non mortelles (E11-QI :2)
- ▶ Les addictions « *sevrage tabagique, alcoolique et drogue, au sucre* » (E8-QI-2 / E14-QII :5 / E10-Q :2 / E18-QI :2 / E19-QI :3)

« *Dans les addictions, s'occuper du symptôme ça n'a aucun intérêt, et le tabac, l'alcool, la drogue, c'est un symptôme. Les gens ne fument pas par plaisir, la preuve ils veulent tous arrêter [...] Si ce n'était qu'un problème de nicotine [...] les patchs marcheraient à 100%* » (E18-QI :2).

- ▶ Les troubles du comportement alimentaire (E18-QI :2 / E19-QI :3)
- ▶ L'anxiété, la confiance en soi (E8-QI-2 / E3-QI :4 / E10-Q :2 / E18-QI :2 / E11-QI :2), la réduction du stress avant une intervention chirurgicale (E14-QII :5 / E19-QI :2)
- ▶ L'hypno analgésie per opératoire :

Exemple d'un médecin l'ayant utilisée pour elle-même au cours d'une chirurgie : « *J'ai eu une chirurgie des paupières pour un problème de ptosis, sous hypnose et locale [...] Et à un moment donné la chirurgienne dit quelque chose et je réponds. Elle dit : mais vous êtes réveillée ? J'étais sous hypnose. La chirurgienne s'est alors rendu compte que j'étais en hypnose. Mais le collègue n'était pas hypnothérapeute et celui que j'avais vu en consultation ne l'avait pas mentionné dans le dossier. Du coup ils étaient surpris que le patient réponde* » (E19-QI :5).

► **Trouble du sommeil :** (E3-QI :4 / E14-QII :5 / E8-QI-2 / E11-QI :2 / E18-QI :2)

Par exemple faire disparaître une insomnie d'endormissement :

« Elle avait la cinquantaine, était insomniaque depuis très longtemps, elle avait fait le tour des centres du sommeil, essayé pleins de trucs. Et en dernier recours je lui ai proposé l'hypnose, mais plus en désespoir de cause [...] Et la patiente m'a réécrit : au bout de quelques jours elle s'endort comme un bébé. On a fait une deuxième séance de renforcement. Je l'ai revue trois ans après, car elle m'a recherché de nouveau, ça l'avait marquée comme séance et elle dormait toujours aussi bien » (E12-QI :3).

► **Les douleurs aiguës :**

Par exemple, l'utilisation de l'hypnose dans le service des urgences

« Je recevais une jeune femme qui avait une manifestation d'anxiété avec des douleurs partout, c'était dramatique comme tableau. Plutôt que de lui injecter des calmants, je suis allé la voir, et après cinq minutes je lui ai dit : Il y a quelque chose qui ne va pas dans votre bras, vous allez me donner votre bras, ça va passer dans votre bras puis ça va passer dans votre main, et vous allez me le donner. Voilà, c'était un peu plus long que ça mais elle me l'a donné et c'est parti » (E18-QI :3).

► **Les douleurs chroniques :**

« L'hypnose c'est mettre une autre empreinte sur une zone sensible, sur une zone du corps » (E1-QI :3). Pour les « migraines et douleurs chroniques dans les cancers » (E14-QII :5) avec une démarche complémentaire à celle de la méditation – ici en hypnose « on change le signal sensoriel par des métaphores de changement » (E12-QI :2).

Par exemple prendre en charge des céphalées suite à une neurochirurgie :

« Une dame avait des céphalées après une chirurgie du cerveau pour une tumeur bénigne. Elle avait déjà 75 ans, et l'infirmière en retirant les points de suture a beaucoup tiré sur la peau et ça lui a généré une douleur. Elle va revoir le neurochirurgien qui lui dit : Non madame il n'y a rien, tout s'est bien passé [...] Mais elle avait mal tout le temps [...] Elle ne faisait plus rien et était isolée par la douleur [...] Je lui ai dit : Nous allons refaire l'ablation des agrafes en imagination, mais cette fois-ci l'infirmière est douce, expérimentée, on fait propre, tout

correctement. A la deuxième séance elle avait accepté de partir en voyage, de revoir ses amis : « ça y est ma vie a changé ! » (E1-Q1 :3).

Par exemple réduire la douleur en soins palliatifs, une patiente atteinte d'un cancer avec des douleurs résistantes aux morphiniques :

« C'est une dame de 35 ans qui est en train de finir sa vie dans notre service de soin palliatifs, elle sait qu'elle n'a que quelques jours à vivre. Elle a une tumeur de l'ovaire qui entraîne des douleurs abdominales très fortes, à tel point qu'on ne trouve plus que la sédation pour pallier à cela. Elle refuse la sédation pour une seule raison, sa fille qui a 8 ans est à côté d'elle. Elle lui donne des leçons de vie accélérées toute la journée, et même presque pendant la nuit [...] Comme les morphiniques ne fonctionnent pas, on me demande d'intervenir. Elle me raconte, non pas sa peur de mourir, mais son désespoir d'abandonner sa fille... Donnez-moi un souvenir où vous avez appris quelque chose. Et là elle répond tout de suite : Le jour de l'accouchement de ma fille. La séance m'a pris dix minutes car en palliatif on fait plus court, les patients sont vite fatigués, et à la fin de la séance elle me dit : Docteur quel plaisir ! Quel plaisir parce que comme le dit Platon, lorsque la douleur disparaît, le plaisir apparaît. Et tous les jours jusqu'à sa mort elle a pratiqué le petit exercice de 2 minutes d'auto-activation. Quand elle est morte, sa fille était là, elle était dans le salon du service, sur le divan à côté d'un monsieur qui pleurait. Elle lui dit : Monsieur pourquoi tu pleures ? – Comme toi, je viens de perdre ma mère - Mais ne pleure pas, Maman elle m'a dit que quand elle serait morte elle serait là-haut au ciel et elle veillera tout le temps sur moi, alors ta maman c'est pareil aussi ! Le monsieur a écrit dans le livre d'Or de notre service : Mes larmes de désespoir se sont instantanément transformées en perles d'espoir » (E10-Q1 :3).

► **Les deuils pathologiques (E10-Q1 :2)**

« Dans le cas de deuil pathologique le fait d'utiliser une séance d'hypnose cela peut complètement débloquer 20 ans de dépression » (E9-Q1 :2).

Par exemple le deuil d'un bébé mort-né :

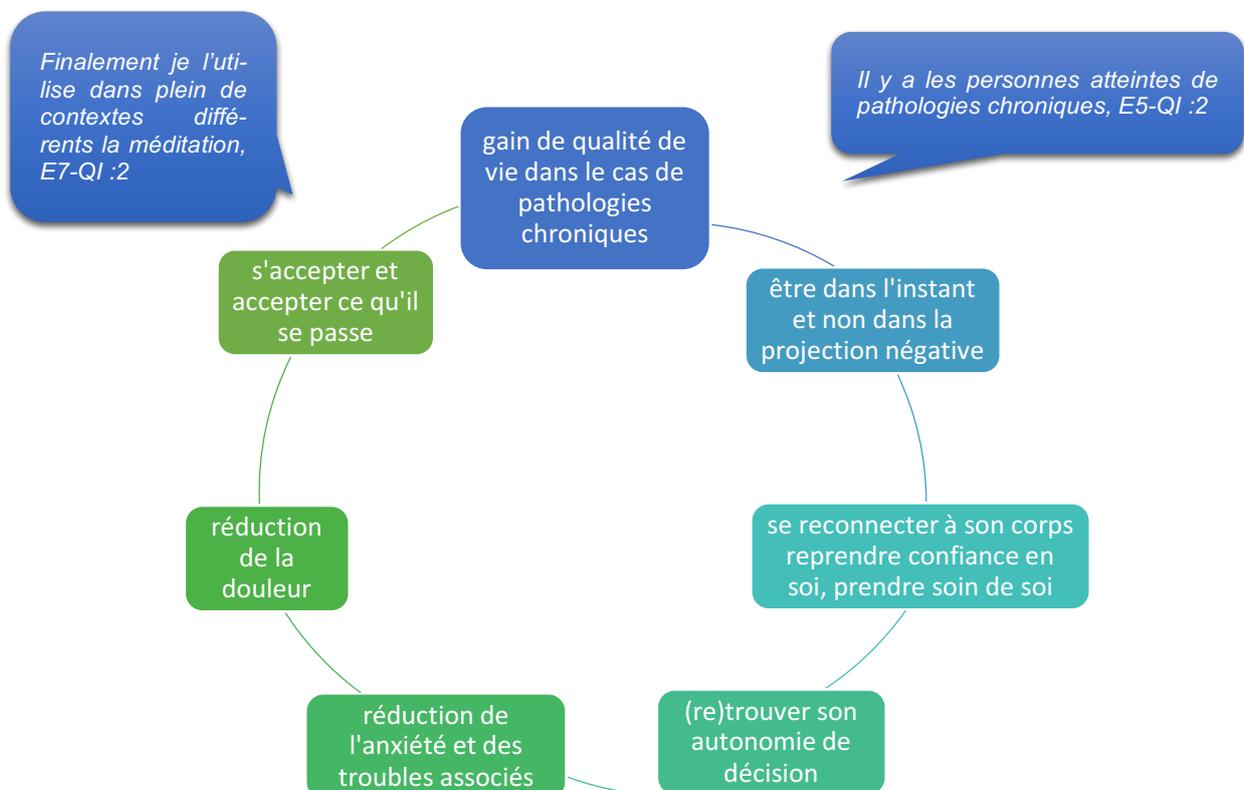
« Une patiente a connu une fausse couche très tardive, à huit mois in utero, et donc pour extraire l'enfant il a fallu la faire accoucher [...] Elle était extrêmement angoissée et stressée. Elle avait tous le temps une impression de danger imminent, de mort pour son mari ou son autre enfant ou elle-même [...] J'ai donc fait une régression au moment de cet accouchement

et j'ai suggéré qu'elle prenne son enfant, car le papa avait vu et avait pu dire au revoir au bébé, mais elle n'avait pas pu et n'avait pas fait le deuil. On a vraiment fait un deuil et ce qui était marquant et touchant c'est qu'elle avait un mouvement de balancier tout en marmonnant des choses tout bas et elle a dit au revoir avec son bébé dans les bras en état de transe hypnotique. Les résultats ont été à la hauteur de ce beau moment puisqu'elle a pu retrouver une vie complètement normale, partir en vacances, prendre l'avion, la voiture, etc. C'était une très belle séance » (E11-QI :3).

► **Chez les enfants :**

- L'énurésie (E4-QI :2).
- L'anxiété et les troubles associés - sommeil et école (E14-QII :5).
- La réduction de la douleur (E18-QI :2).
- Les troubles de la concentration (E10-I :2).

5.2 La méditation : Une pratique pour améliorer la qualité de vie (notamment dans le cadre de pathologies chroniques)



Les apports de la méditation selon les praticiens (Création personnelle)

La méditation trouve de nombreuses applications, pour le patient lambda mais aussi dans le cadre de maladies chroniques. Pour les malades chroniques, cette approche centrée sur le corps permet en effet d'exploiter au maximum les potentialités de celui-ci, tout en ayant une écoute fine de ses ressentis et ainsi faire gagner le patient en autonomie dans la gestion de sa maladie.

« La maladie vous emmène toujours dans le déni de vos ressentis, de vos ressentis corporels... Toute cette approche, qui est très expérientielle centrée sur le corps [...] Se reconnecter à ses sensations, devenir l'observateur de ses sensations, c'est-à-dire pouvoir utiliser au mieux : ce que dit le corps, ce que disent les pensées, ce que disent les émotions comme des outils pour savoir où l'on en est à chaque instant. Pour un malade chronique c'est la clef de l'autonomie » (E21-Q1 :1).

- Les médecins font part de leur expérience auprès de patients coupés de leurs corps par la maladie. Grâce à la pleine conscience, ils permettent la reconnexion au corps, ils aident les patients à guérir la scission corps esprit que la maladie a créé.

Par exemple suite à une transplantation du pancréas, après avoir eu la sensation d'avoir été « *trahie par son corps* », pouvoir dépasser le processus déni du corps qui a permis d'accepter la maladie :

« Une jeune femme à qui on avait transplanté un pancréas [...] dans l'évolution de sa maladie diabétique à 35 ans [...] Elle disait : Mon corps est sale, il m'a trahie, et mon corps s'arrête là, et la seule chose qui marche encore un peu c'est ma tête. Je prends conscience avec la méditation à quel point je me suis réfugiée dans ma tête, et la méditation me permet de me réconcilier avec mon corps [...] Il y a plein d'études qui montrent que la maladie nous éloigne de notre corps, parce que la meilleure défense que l'on a par rapport aux émotions douloureuses et par rapport au corps malade ou douloureux, c'est quand même le déni. J'ai été très touchée qu'elle partage cela. C'est vrai pour beaucoup de patients. Chaque fois que je vois un patient arriver avec des œdèmes, des poteaux, et qui ne me le dit pas, au bout d'un moment je leur dis : Vous avez vu vos jambes, depuis quand sont-elles gonflées ? - Ah elles sont gonflées ? [...] Quand vous êtes dans le déni, vous ne pouvez pas être acteur de votre prise en charge » (E21-Q1 :3).

- ▶ C'est prendre davantage soin de son corps en tant que soignant :

« Je suis quelqu'un d'intellectuel, de très mental, c'est pour ça que je n'ai pas fait chirurgie (rires). J'ai fait médecine interne, la réflexion, plein d'hypothèses [...] Donc une vie mentale très riche, une connexion au corps très faible. La méditation m'a déjà amené à reprendre contact avec mon corps, à en prendre soin. J'avais tendance à être dans un corps utilitaire, juste l'utiliser pour aller d'un point A à B, un corps outil. C'est devenu un corps réceptif, sensitif, avec des informations émotionnelles, c'est assez vital » (E5-QI :6).

- ▶ C'est reprendre confiance en soi en se reconnectant à son corps :

Par exemple suite à un cancer du sein :

« MBSR et MBCT l'observation que j'en ai faite est que cela a aidé les patients à reprendre leur travail. Dans le cancer et notamment dans le cancer du sein, il y a beaucoup d'aide après les traitements, il y a beaucoup de propositions [...] Ils n'ont pas forcément envie de reprendre le travail [...] Ça les aide à reprendre confiance en eux et reconnecter leur corps [...] En cancérologie quand on a un cancer on perd son corps, c'est-à-dire que déjà il nous a trahi [...] C'est la trahison du corps, et en plus pendant la maladie votre corps vous le donnez aux médecins puisque vous être pris par les chimios [...] Dans le programme il y a le temps de réconciliation avec son corps dans sa totalité un temps de réappropriation du corps qui permet de prendre contact avec les ressources qu'ils ont » (E15-QI :4).

- ▶ La réduction de l'anxiété, de la dépression (E8-QI :2 / E20-QI :2) et des troubles associés : « angoisses, troubles du sommeil » (E5-QI :2 / E6-QI :3), « relations difficiles » (E6-QI :3).

« Une ancienne patiente [...] avait une pathologie auto-immune, qui a fait un syndrome néphrotique [...] ce qui a impacté un désir de grossesse. Et là avec la pleine conscience sa maladie s'est stabilisée, elle a arrêté le traitement, elle a eu un enfant, elle a changé de vie professionnelle. Le parcours qu'elle a fait lui a fait des gros changements dans sa vie, y compris physiquement. Je ne sais pas si on peut parler de guérison, mais en tout cas de stabilisation de sa maladie » (E20-QI :3).

- ▶ Réduire l'impact de maladies chroniques sur lesquelles le stress, le facteur psychologique a des effets (« *acouphènes, dysphonies, colopathies fonctionnelles, pathologie auto-immune [...] à l'interface de la maladie psychique et physique* » (E5-Q1 :2).

« Une jeune femme avait un trouble suite à un accident, un trouble ancien avec impossibilité de marcher deux cannes dans un fauteuil. Elle était dans un centre de rééducation aussi et a suivi un cycle puis a suivi régulièrement des séances [...] Aujourd'hui elle se déplace à vélo et marche sans canne, elle a beaucoup progressé. À l'époque son état n'évoluait plus depuis longtemps [...] Il y avait peut-être un facteur psy en tous les cas, cela a nettement amélioré,
E6-Q1 :3

- ▶ Être dans l'instant présent « de par cette connexion avec le corps », permet de quitter « les ruminations et l'anticipation négative » (E5-Q1 :6)

Par exemple ici se reconnecter avec le fait d'être en vie pour une patiente atteinte d'un cancer :
« Une femme qui avait un cancer du sein, elle a eu envie de participer au programme au début de la maladie, au début des traitements [...] Normalement les patients préfèrent venir un peu après. Et au début je me suis dit on verra, c'est sûrement le moment juste pour elle, et en fait ça a été extraordinaire. Elle a eu énormément de soutien, aucune des personnes présentes n'avait eu de problème de santé de ce genre, ça lui a permis de lâcher prise, de ne pas contrôler comment la chirurgie, les traitements allaient se passer, en fait juste de vivre avec ses besoins du jour, ses émotions, sa fatigue du jour. Et ce qu'elle a partagé à la fin, ça lui a redonné cette dimension spirituelle dont on ne parle pas en médecine, mais finalement qui est essentiel quand on touche comme ça à des maladies qui touchent notre mortalité. La spiritualité, pas la religion, mais dans le sens de reconnexion à la conscience qu'elle est vivante » (E7-Q1 :3).

- ▶ S'accepter et accepter ce qu'il se passe :

Par exemple sortir de la dépression en acceptant une décision de divorce :

« Une patiente suite à un divorce a fait une dépression, avec alcoolisme et tentative de suicide. Là, elle commence à revivre, à reconsidérer la vie en acceptant le présent, en ne luttant plus contre elle-même, à accepter ce qu'il se passe. Cela faisait deux ans qu'elle était très mal, et

depuis quelques mois elle est transformée. Petit à petit le chemin s'est fait avec un nouveau regard positif sur la vie » (E16-QI :3).

- C'est pouvoir réduire la douleur, notamment dans le cadre de maladies chroniques, en complément de traitements médicamenteux parfois.

Démarche complémentaire à celle de l'hypnose – ici la méditation joue sur « *la désidentification avec la douleur* » (E12-QI :2)

Par exemple dans la fibromyalgie

« J'ai en tête le cas d'une femme qui s'était enfermée et isolée socialement [...] Elle a fait un puis deux cycles et puis elle s'est complètement transformée. Elle a arrêté les traitements antalgiques et ses insomnies ont complètement disparues le jour où elle a découvert que ce n'était pas sa douleur mais une douleur » (E6-QI :2).

- C'est pouvoir faire des « *choix en conscience* », en acceptant, en prenant du recul (E9-QI :6). « *C'est de l'empowerment pour aller vers l'amélioration, l'autonomie de décision* » à partir de la connaissance de « *soi, de son corps, de la conscience de ses émotions, la conscience de ses pensées* » (E21-QI :1).

Par exemple une patiente atteinte de maladie inflammatoire rhumatologique a réaménagé ses journées pour mieux profiter de ses enfants en prenant en compte les moments douloureux de sa maladie. Il y a un « *changement de temporalité* ».

« Elle avait un dérouillage matinal, à une époque où il n'y avait pas les biothérapies, où elle n'était pas du tout calmée dans la matinée, le temps qu'elle prenne ses anti-inflammatoires. Après le stage elle disait « finalement moi je voulais être une mère comme les autres, le matin je veux emmener mes enfants à l'école, sauf que ce n'était pas le bon moment pour moi, j'ai les mains tordues, je ne peux pas bouger, et depuis que j'ai fait ce stage, j'ai compris que je pouvais prendre en considération cette douleur, l'accueillir ou l'accepter et m'organiser différemment » E21-QI :1.

Cette pratique emporte avec elle des transformations personnelles importantes pour les médecins. Ils l'ont décrite comme « *un des plus belles expériences de transformation* » de leur vie (E21-QI :6). Le regard sur soi, ses proches et sa vie change complètement, « *permet d'être clair avec soi-même* » (E13-QII :4), oriente des choix qui n'auraient pas été faits autrement.

Les médecins confient les implications personnelles qu'ont créé la pratique de la méditation : « divorce » (E11-QI :4), prise de « conscience de ses limites [...] éviter le burnout », lâcher-prise au niveau professionnel et dans l'éducation des enfants, révision de ses priorités de vie (E21-QI :4), traverser des maladies graves comme le cancer (E19-QI :6).

Ils décrivent cette pratique comme une fin en soi en tant que soignants, indépendamment de la pratique des patients. Une posture d'écoute en conscience si puissante se développe et pourrait « presque se suffire dans le soin » (E7-QI :4).

« Le fait que le soignant médite permet une disponibilité à l'autre qui presque suffit pour le patient. Parce que si moi je suis à l'écoute, je suis disponible pleinement pour mon patient, j'améliore mon sens clinique, j'améliore mon empathie, ma capacité diagnostique et en réalité je soigne de manière plus consciente » (E7-QI :4).

5.3 Point rapide sur le cadre déontologique de la prescription de l'hypnose et la pleine conscience

Il faut rester très vigilant sur l'éthique de ce qui est proposé, E4-QII :4

Les médecins interrogés approuvent à ce titre le rôle de vigilance du Conseil de l'Ordre.

« Il y a trop de termes vagues à ce niveau-là, et je comprends bien que le Conseil de l'Ordre soit très vigilant par rapport à des techniques qui peuvent être vite déviantes vu leur vocabulaire. Ça, c'est une grosse limite, y a trop de choses sur internet qui circulent » (E4-QII :4).

5.3.1 Les principes guidants leur pratique

- Proposer des séances s'il n'existe « pas de meilleur traitement » que l'hypnose ou la pleine conscience (E10-QI :2).
- Proposer « sans faire de prosélytisme » (E21-QI :2).

« Cela ne sert pas la méditation que d'en faire quelque chose dilué qualitativement, de l'offrir à tout le monde, au motif de faire le bien de l'humanité. C'est du prosélytisme, mal placé. En tant que professionnel de santé dans les hôpitaux, on doit faire des choses scientifiques, même s'il s'agit de méditation pleine conscience. On doit proposer des actions ciblées de formation, évaluées, avec des professionnels formés à enseigner, qui soient capables de mener une

évaluation, de rendre un rapport d'évaluation de leurs actions de formation. Que l'on puisse avancer et comprendre ce qui est bien, là où c'est utile, là où cela ne l'est pas, qui peut le faire, qui ne peut pas le faire » (E21-QI :2).

- Encadrer la pratique « en sécurité »

Pouvoir expliquer au patient « pourquoi faire, ce qu'il peut en attendre, quels risques il prend, si c'est vraiment adapté pour lui, comment il peut trouver des endroits où il peut méditer en sécurité » (E21-QI :2).

- Ne pas dépasser les limites de ses compétences (E10-QI :2) Utiliser uniquement « les techniques en fonction de ses propres compétences » (E4-QII :4).
- Ne pas prendre le pouvoir sur le patient :

« Ne pas se sentir dans la toute-puissance, qu'on va tout guérir par l'hypnose, avoir conscience que 'l'humilité c'est le plus important » (E4-II-5). C'est un reproche qui a pu être fait à l'hypnose traditionnelle : « le côté manipulation » (E13-QI :6) « regardez-moi dans les yeux, dormez je le veux [...] donne l'impression au patient d'être soumis, qu'il y a un jeu de pouvoir sur lui » (E10-QI :1). « Il y a toujours des gens qui ont des difficultés d'éthique malgré leurs savoirs, et ça peut vraiment aller très vite, de dévier avec ces techniques [...] Pour moi ces gens-là sont nocifs car ils prennent le pouvoir sur la personne » (E4-II-4).

- Connaître les contre-indications des outils (E21-QI :2 / E5-QI :2)

« Je n'emmène pas des gens dans des programmes de méditation s'ils sont toxicomanes, s'ils prennent des médicaments anxiolytiques antidépresseurs, ou s'ils ne sont pas stabilisés, s'ils n'ont pas eu l'avis de leur professionnel de santé mentale quand il y a une pathologie, je ne prends pas de schizophrènes » (E21-QI :2).

5.3.2 Les cas de non-prescription de l'hypnose et de la pleine conscience

Il y a des indications et des endroits où ce n'est pas l'indication. C'est sûr que si quelqu'un a une dissection aortique on ne va lui parler de méditation et de cohérence cardiaque ou d'hypnose, E9-QI :5

5.3.2.1 Les malades psychiatriques

Ils évitent de proposer des séances dans les cas suivants : « dépression » (E20-QI :2), « états borderline, paranoïa, schizophrénie » (E10-QI :5) non stabilisées.

Lorsqu'il y a une « *non-possibilité de créer la confiance, à la base de l'alliance thérapeutique, cela révèle parfois d'un patient borderline. On ne pourra introduire notre outil que lorsque la personne sera stabilisée par des médicaments* » (E10-QI :5). Parfois, il est « *possible de trouver des solutions : on réussit à réguler beaucoup de crises, en ramenant les pieds sur terre au patient* » – cas d'une transformation schizophrénique d'un patient connu par le médecin depuis l'enfance avec une relation de confiance préalable (E4-QI :5).

Certains médecins sont plus catégoriques et refusent de prendre en charge avec ces outils, les malades psychiatriques (E17-QI :5. / E21-QI :2).

5.3.2.2 Les maladies nécessitant un avis spécialiste

Les médecins refusent ce type de séance s'il y a besoin d'un avis spécialiste, « d'une chirurgie », tant que la personne n'a pas consulté.

Ils respectent le choix des patients s'ils « *refusent les soins, s'ils ne veulent pas en parler, ne veulent pas de traitement* » (E4-II :5).

« *J'ai dû lui faire écrire des lettres de refus de soin... elle refusait les soins de son cancer, et je sentais qu'elle commençait à être en fin de vie, et je voulais éviter les problèmes. Elle était dans le déni de sa maladie à tel point que personne ne savait qu'elle avait un cancer métastasé et ils pensaient qu'elle était dépressive. Heureusement quand la famille l'a découvert ils étaient d'accord qu'elle ne fasse pas la chimiothérapie* » (E4-II :5).

5.4 Déontologie des médecins, verbatim d'un médecin expert en hypnose

Voici le cadre dans lequel l'hypnose et la pleine conscience s'exercent (E10-QII :4)

« Il faut être capable d'appliquer les cinq piliers de la thérapie regroupés dans le mot AMOUR [...] :

A comme s'adapter au patient, à la particularité de la personne, en allant au-delà, et faire sa séance en s'adaptant.

M comme métamorphose : le patient a des inconforts, des symptômes et a besoin d'une métamorphose et non d'un changement. Par exemple un alcoolique peut arrêter de boire un certain temps c'est un changement, mais il revient six mois après il s'est remis à boire. En revanche, si dix ans après il ne s'est pas remis à boire, c'est une métamorphose.

O comme orientation : le patient est désorienté, il a perdu le nord, il est illuminé par le phare de sa douleur et il faut l'orienter vers le confort, mais avec un but commun décidé entre nous et le patient.

U de « utilisationnel » : par exemple utiliser la particularité culturelle d'un patient pour sa séance, les éléments de décoration, de l'environnement pour aider le patient, Même ma personnalité, mes histoires, j'ose utiliser ce qui est en moi.

La dernière lettre R, c'est le respect, du corps, de son intimité, ses traumas, son passé, il nous les donnera quand et s'il le veut. Etre respectueux de ses croyances, de sa spiritualité, tout ce qui le définit, à la condition que cela respecte notre propre cadre éthique ».

6 : Les éléments pratiques d'une séance d'hypnose ou de méditation de pleine conscience

6.1 L'hypnose

Toutes les séances sont marquantes, E2-Q1 :3

6.1.1 La séance

Elle a lieu le plus souvent en cabinet, mais elle n'a pas besoin nécessairement « *d'un endroit approprié* » pour être pratiquée. « *C'est facile, ça peut se faire partout y compris dans un milieu hyper technique comme les urgences* » (E18-Q1 :4).

- Un « *entretien préalable permet de mettre en lumière les blocages* » (E9-Q1 :2) « *la problématique du patient* » (en racontant son histoire ou non « *s'il ne veulent pas raconter pourquoi, je le respecte* » E2-Q1 :4) et son objectif. Il n'y a pas d'anticipation / « *de préparation de la séance d'hypnose* » (E2-Q1 :6).
- Certains praticiens ont une volonté d'individualiser la médecine générale de l'hypnose en raison de l'absence de « *remboursement de l'hypnose par la Sécurité sociale... Séparer pour ne pas créer d'ambiguïté* » (E2-Q11 :4). Alors que d'autres sont dans une démarche de poser un diagnostic médical et de prendre soin de la souffrance du patient par ce qu'il trouve le plus juste à ce moment-là : l'hypnose médicale. « *Plutôt que de prescrire des antidépresseurs qui vont coûter cher à la Sécurité sociale j'estime qu'en faisant la séance d'hypnose d'urgence, cela coûte moins cher* » (E4-Q1 :2).

- Le nombre de séances conseillées :

-Pour les adultes : « *1 à 3 séances au maximum par problématique* » (E1-Q1 :2, E2-Q1 :4) Ou une « *séance unique pour le sevrage tabagique ou alcoolique et THC* » (E17-Q1 :2) Ou plus de séances notamment pour le surpoids ou il y a souvent « *un background psychologique à démêler [...] Des cas de violence dans l'enfance, dans 20 à 25% des cas* » (E19-Q1 :2).

-Pour les enfants : souvent une séance unique (E2-Q1 :4)

L'espacement entre les séances « *est très variable* » selon les patients : en fonction des besoins et de leur rythme (E9-Q1 :2).

Il y a la possibilité de pratiquer l'hypnose à distance – pour les patients ayant entamé un travail d'hypnose en présentiel (une ou deux séances) et ne pouvant plus se déplacer (déménagement, maladie entraînant beaucoup de fatigue). Il « *s'instaure un cadre qui est agréable* » (E14-QI :5).

Et ensuite on fait la séance pour diriger l'intention du patient sur la résolution du problème, E9-QI :2

6.1.2 Le contenu de la séance

6.1.2.1 Deux écoles pour débiter la séance :

- S'assurer que le patient est « *installé confortablement pour faciliter la transe profonde* » (hypnose Ericksonienne). Puis induire le patient « *par la respiration* » et entrer soi-même en autohypnose (E2-QI :6).
- Ou qu'il est en position « *tonique et dynamique* » pour faire correspondre sa posture avec son état psychologique ou physique (Technique d'activation de conscience - TAC). Le « *travail automatique s'engage dès début de séance sans induction en mouvement pour activer la proprioception* » et en cours de séance le patient reste en activité, « *éveillé, bouge, parle* » (E10-QI :2).

6.1.2.2 Le dialogue hypnotique est adapté « *à la spécificité du patient* » et de son univers « *métiers, hobbies* » (E8-QII :3)

Cela permet d'être connecté à son intuition – « *pas d'exercices types, c'est toujours complètement adapté à la personne* » pour créer un « *climat de confiance* » (E14-QII :3).

- Choisir leur « *lieu-ressource* » (E8-QII :3).
- Travailler sur la base de propositions verbales : « *des histoires, des contes, en symbiose avec des suggestions, des mots qui viennent automatiquement* » (E2-QI :6)
- Travailler sur la base de symboles (E2-QI :3).
- Observer des intuitions, des interconnexions subtiles entre le réel et l'imaginaire :
« *C'est très fréquent qu'il se produise des 'synchronicités' entre ce qu'ils trouvent symboliquement en séance et leur vie avant ou après la séance. Comme si c'était inscrit dans leur vie avant même de faire la séance, et sans même comprendre pourquoi, on se retrouve intuitivement connecté* » (E4-QI :3).

- Travailler sur la base de métaphores :

« Je montre au patient que la lampe dans le cerveau, du problème, sorte de phare tellement elle est allumée et qu'elle empêche de voir le reste de la vie, je vais lui montrer qu'il y a dans le cerveau d'autres lumières, et je file la métaphore en hypnose après [...] Dans cet accompagnement proprioceptif je place des suggestions des métaphores du changement, de type Ericksonienne et des phrases « connectantes », dissociatives, qui favorisent le transfert d'informations entre cortex et centre cerveau » (E10-Q1 :2).

6.1.2.3 In fine, le patient est ramené à l'état conscient, « *l'ici et maintenant* »

« J'ai une patiente qui est allée voir un hypnothérapeute qui n'était pas médecin, et il faisait les patients à la chaîne, toutes les 30 minutes. Elle venait de perdre son mari et elle voulait le retrouver en hypnose, lui parler, lui dire au revoir. Au bout d'une demi-heure, l'hypnothérapeute dit « Bon ça y est c'est fini on arrête » et il n'a pas pris le temps de la ramener. Quand elle est partie cette dame elle me racontait qu'elle sentait son mari à côté, sa présence était là, il était très présent, c'était très angoissant. Elle a traversé le jardin pour sortir, il y a un bus qui passait, elle a failli se jeter dessous...Faut pas faire n'importe quoi » (E8-Q1 :5).

6.1.2.4 Il y a une appropriation des outils d'auto-hypnose par les patients.

-Les exercices à faire seul sont là dans une optique « *de s'approprier l'outil* » dans une logique d'autonomisation (E14-Q1 :4) et de « *potentialiser* » les séances en cabinet (E9-Q1 :2).

-Aussi à l'aide « *d'outils en ligne simples et accessibles* », pour le sevrage tabagique et la réduction de la douleur par exemple (E9-Q1 :4).

6.2 La méditation de pleine conscience

6.2.1 Deux grandes formes de pratiques

La pratique formelle « *45 minutes ou une heure par jour sur un coussin ou une chaise, en posture, ou l'on porte son attention par exemple sur la respiration - c'est ce qu'on appelle l'assise [...] C'est devenu aussi important que de prendre une douche et aussi bénéfique. Cela me permet, et je le constate en particulier quand je suis agité, quand j'ai eu des interactions avec des tas de gens, des foules ou des réunions, je sens de l'agitation, et être sur le coussin*

cela fait revenir à quelque chose d'autre. Cela me permet aussi beaucoup de connexions avec le corps » (E6-QI :6)

La pratique informelle : C'est « *l'entraînement à être présent le plus souvent possible. C'est de pouvoir très vite, n'importe où n'importe quand, se reconnecter à « je suis là, il se passe cela, je vois ce qu'il se passe », la présence à ce qui est dans la vie de tous les jours [...] Si on se trouve dans une situation difficile, on a les outils pour ne pas se laisser emporter par la colère, la peur ou pleins de choses, pleins d'émotions, ou par son ego, le désir d'être vu, entendu » (E6-QI :6) C'est une façon d'être au quotidien, indépendamment des temps de méditation stricto sensu : être dans une position d'accueil de ce qu'il se passe, d'être empreint de compassion, être suffisamment familiers avec ce qu'il se passe en soi, notamment les vieilles habitudes, les vieux schémas (E16-QI :6 / E8-QII :1).*

6.2.2 Le cadre de la pratique

6.2.2.1 Formalisation du cadre de la pratique de la méditation au cours d'un entretien préalable

« Il y a une réunion d'orientation avant de commencer le cycle MBSR et MBCT et il y a un entretien individuel » (E5-QI :5). Cet entretien est là pour questionner la motivation, la disponibilité du volontaire « il faut que cela vienne d'eux [...] déconstruire les a priori » (E16-QI :3).

Il y est précisé ce qu'on peut attendre des séances de méditation ou non (pas de guérison des maladies neurodégénératives type Parkinson par exemple...), sonder « *les attentes et les appréhensions* », vérifier que « *la personne soit capable de suivre un cycles* » (E20-QI :3).

Cet entretien sert également à s'assurer que le méditant volontaire n'a pas d'antécédents ou de suivi psychiatrique ou psychothérapeutique en cours (par questionnaire par exemple). Et si c'est le cas, valider avec le professionnel de santé mentale la pertinence de suivre le cycle. « *Pendant les cycles, on incite les gens à aller voir ce qu'il se passe en eux, comment ils fonctionnent* » (E20-QI :3). Il est nécessaire que les personnes soient sorties de l'épisode dépressif - au risque d'entrer dans des états dissociés, de dévalorisation extrême (Cf. risque d'effets secondaires psychiatriques de la méditation).

6.2.2.2 Éventuellement tester la pratique de la méditation en séance individuelle pour juger de la capacité de la personne 'à rentrer en méditation' sereinement

« J'ai fait ça avec une personne, elle s'est sentie très mal avec beaucoup d'angoisse, et c'est d'elle-même qu'elle a décidé de ne pas le faire » (E20-QII :3).

6.2.2.3 Un programme de 8 semaines pour le cycle MBSR

Il y a un suivi des patients fragiles sur leur ressenti en cours de cycle, réorientation vers un spécialiste de la santé mentale où arrêt si besoin de la pratique : « on fait surtout de la prévention, on « échange toutes les semaines, s'il y a un risque, on arrête » (E6-QI :5).

-Une pratique menée en groupe (E8-QI :2 / E6-QI :2 / E7-QI :2) : cela permet « un cadre d'apprentissage formaté très adapté ». L'intégration de « l'outil de la pleine conscience, doit passer par un groupe ». Un médecin psychiatre interviewé personnalise le groupe de patients « en fonction de leurs particularités, leurs problématiques – Sur des thèmes tels que l'addiction, les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression, l'angoisse, le burnout, les compulsions alimentaires, les problèmes de schémas particuliers, les TDHA ». Il peut y avoir un travail préalable et « ensuite proposer un groupe » (E16-QI :2).

-Éventuellement en ligne :

L'épidémie de « la Covid a transformé les pratiques : on a découvert que l'on pouvait enseigner en ligne, avec certaines conditions » : un nombre limité de personnes (dizaines). On retrouve « une qualité de présence entre les gens qui permet d'enseigner la méditation ». Certains médecins ont choisi d'enseigner la pleine conscience uniquement sur ce mode (E21-QI :2).

6.2.2.4 Mais le suivi du cycle MBSR reste un premier pas

C'est une pratique qu'il faut continuer à exercer de manière régulière (E19-QI :6) au risque d'en « diminuer le gain » ou a minima de ne plus progresser dans les bénéfices qu'on en tire. Les médecins proposent à la suite des cycles « des ateliers mensuels, avec des lectures ». Avec le cycle « on ouvre des portes », puis c'est au patient « d'installer une certaine manière d'être, de la régularité, de la répétition. C'est un entraînement permanent, on continue de progresser tout le temps » (E16-QI :2). « Ce n'est pas miraculeux, sinon les circuits neuronaux reprennent le dessus. C'est un engagement de vie » (E15-QI :3).

→ Le but étant de parvenir à une pratique informelle de la méditation, par la pratique formelle, que l'état d'acceptation, de compassion et de présence devienne un état constant, une manière d'être.

- **Les cycles de méditation MBSR/ MBCT proposés par les médecins interrogés coûtent environ 400 euros**

Les données sont partielles et ne permettent pas de dresser des moyennes de prix, mais les tarifs proposés en libéral semblent moindres que ceux proposés par les organismes officiels (E12-Q1 :5 / E8-Q1 :2)

6.3 Fréquente intégration de la méditation de pleine conscience en cours de séance d'hypnose

Pour plus de clarté dans l'exposé des propos nous avons traité séparément, lorsque cela était pertinent, de manière théorique les approches hypnose et méditation. En réalité, les praticiens utilisant l'hypnose font souvent appel à la méditation au cours de la même séance, pour s'adapter à la problématique qui leur est posée sur l'instant (E9-Q1 :2) Le « *mélange des deux permet d'améliorer la compréhension de ce qu'il se passe* » (E13-Q1 :2).

Le but c'est prendre ce qu'il vous plaît pour construire votre propre hypnose et être adaptatif E11-Q1 :2

Parfois c'est leur pratique personnelle de la méditation qui imprègne la façon dont ils mènent leurs séances d'hypnose en cabinet. Il s'intègre naturellement (« *sans même plus s'en rendre compte* ») beaucoup de choses de la méditation en hypnose : « *sur la présence, sur l'intention, sur le corps, sur l'ancrage du corps, sur la respiration* » (E14-Q1 :4).

Par exemple pour aider à intégrer la méditation :

« *Une patiente qui est venue me voir en fait et qui était formée au programme MBSR et qui n'arrivait pas toute seule à repartir sur des méditations. La première séance on a travaillé sur un lieu sécurisé en hypnose, et ensuite très rapidement on est revenu dans quelque chose de*

retour au corps, aux perceptions, aux sensations dans le corps, à l'immédiat, au présent, qui allait plus vers la méditation » (E14-QI :2).

Ils peuvent mobiliser aussi d'autres outils en cours de séance « *des exercices de Qi Gong, la philosophie, la poésie* » (E10-QII :5).

7 : Les atouts et les limites de l'hypnose et de la méditation de pleine conscience

Ce n'est pas un gadget, c'est dans le prolongement du soin, E1-Q11 :4

7.1 Les atouts : l'efficacité, sans prescription médicamenteuse

7.1.1 L'efficacité de la méditation

Il n'y a pas « *de difficultés à montrer que c'est efficace* ». Il y a suffisamment aujourd'hui de « *publications parues dans les grands journaux scientifiques* » (E7-Q1 :5). « *Le programme MBSR est un programme sérieux, bien conçu, notamment pour faire des études* » (E15-Q1 :4).

7.1.2 L'efficacité et la rapidité de l'hypnose

Une des motivations principales : « *la transformation étonnante quand les patients reviennent* », contrastant avec la simplicité des séances (E9-Q1 :3) – « *ça marche bien et vite* ». Cela apporte « *un gain de temps et d'argent* » et cela « *même si on ne comprend pas tout au fonctionnement* » (E2-Q1 :4).

Par exemple une patiente a pu sortir de dépression en lien avec le deuil de son mari 35 ans après son décès - en deux séances d'hypnose.

« J'ai une patiente qui a perdu son mari assez jeune, elle avait encore des enfants, et je la revois 35 ans plus tard. Elle est encore dans ce deuil [...] on a pu faire une séance où elle s'est revue avec son mari décédé, justement, à pouvoir lui dire ce qu'elle avait envie de lui dire et à pouvoir aussi parler à ses enfants [...] Et pouvoir les prendre dans ses bras comme elle n'avait pas su le faire sur le moment... Ce qui me marque c'est à quel point c'était simple [...] Je me dis 35 ans de souffrance et deux heures de thérapie et il n'y a plus de problème. Et je trouve qu'en médecine générale il y a énormément de situations comme cela mais on n'a pas le temps, pas le contexte, pas le cadre, pour pouvoir les accompagner » (E9-Q1 :3).

→ Il y a même parfois une difficulté des patients à croire qu'on puisse gommer les effets d'un traumatisme en quelques séances :

« J'ai eu deux belles séances sur une phobie des chiens avec en l'espace de 15 minutes des changements constatés d'attitudes, et la patiente malgré ces changements persiste à penser que ça n'a pas fonctionné. Le problème était que cette phobie des chiens était présente depuis 15 ans, et le fait qu'on réussisse à changer cela en 15 minutes c'était inconcevable pour elle. Même en expliquant qu'une phobie peut s'acquérir en une seconde » (E11-QII :3).

→ **Il n'y a pas toujours de compréhension immédiate du processus de guérison – d'amélioration du symptôme par l'hypnose.**

« Il y a une dimension qu'on ne maîtrise pas complètement » (E2-QI :3). « Cet effet de surprise c'est extraordinaire : On sait comment cela se passe dans le cerveau mais au fond on ne sait pas comment cela fonctionne réellement » (E19-QI :2).

Par exemple : Un sevrage alcoolique en une séance d'hypnose

« J'ai revu un patient qui était alcoolique chronique. Cela devenait compliqué avec ses marqueurs hépatiques qui montaient dangereusement. C'était quelqu'un de cortiqué, haut fonctionnaire, mathématicien [...] pas forcément simple de parler de l'hypnose avec ces gens-là. Mais [...] je me suis permis de lui proposer [...] Il me dit qu'il voudrait « juste diminuer et pas arrêter ». On a commencé la séance [...] Je n'avais pas beaucoup d'idées [...] Donc voilà je foire ma séance et il rentre chez lui et je ne le revois pas [...] Il revient peut-être trois mois après, tout fier, et son bilan s'était complètement normalisé. Il me dit : C'est incroyable, je n'ai plus envie de boire, plus une seule goutte d'alcool... Je l'ai revu en 2022, donc la séance date de 2012, et jusque-là il est toujours sobre avec bilan normal. E2-QI :3

7.1.3 La baisse de la prescription médicamenteuse et l'absence d'effet secondaire

« Il y a des échecs mais au moins, il n'y a pas d'effets toxiques secondaires » (E1-QI :5) la baisse de prescription médicamenteuse est même notifiée par « les représentants de la caisse primaire d'assurance maladie » : qui posent des questions aux médecins concernant leurs baisses de prescriptions – ici les anxiolytiques (E2-QII :4).

Par exemple Le cas d'une patiente de 80 ans atteinte d'un cancer du sein qui a pu arrêter son traitement antidépresseurs grâce à la pratique de la méditation

« C'est une petite mamie de 80 ans qui avait un cancer du sein [...] Dlle était hyper déprimée, c'est le chirurgien qui me l'a adressée. Elle n'avait jamais médité de sa vie, elle n'était pas du tout dans le process. Avec elle j'ai commencé des méditations un peu journalières et des enregistrements. Elle s'est mise à méditer tous les jours, et aujourd'hui cela fait un an jour pour jour et elle est tellement en forme [...] Mais vraiment elle est en vie ! Elle avait très peur de les arrêter et en fait elle n'a jamais été aussi vivante et médite quotidiennement [...] Je pense que cette dame si on n'avait pas enlevé ensemble l'antidépresseur, elle ne l'aurait jamais enlevé et serait restée toute sa vie sous médicament par peur » (E7-QI :3).

7.2 Les (rares) limites

7.2.1 Des limites liées aux outils en eux-mêmes, surtout en méditation

7.2.1.1 La méditation peut être inconfortable

« Les patients peuvent avoir peur de se rencontrer, parce que même un comportement délétère, on peut y être attaché » (E8-QII :3). Méditer c'est « faire face à sa propre agressivité, son agitation, l'ennui, la sensation de perte de temps. C'est inconfortable d'explorer des endroits fragiles, des émotions pénibles chez soi. Pour 90% des personnes ça leur améliore leur qualité de vie. On connaît les effets secondaires : affronter des émotions parfois douloureuses, enfouies. En soi c'est plus un passage bénéfique par la suite ». Les résistances font partie du processus. Parfois cela cède spontanément, sans l'aide de l'instructeur. « Parfois la personne ne lâche pas, donc repart avec sa souffrance ». C'est la principale raison de l'échec de la méditation : la souffrance extrême avec ce déni très fort. « Et là, la méditation peut ne pas suffire parce que c'est une zone de combat » E5-QI :5.

C'est un sujet qui doit être abordé par l'instructeur : « 99 % des gens n'en parleront jamais ». Comme on porte attention au risque de décompensation, il faut interroger régulièrement les « méditants » sur les effets de la méditation en cours d'instruction et les éventuels inconforts ressentis, et faire attention au biais lié à la posture d'instructeur qu'on a envie de suivre dans la pratique. Il y a des conditions à respecter, il y a un environnement à proposer, « il faut être capable d'évaluer si les gens sont en train d'être en souffrance chez eux avec les exercices qu'on

propose parce qu'ils ont eu des traumatismes dans leur vie, que cela réveille des bouffées d'angoisse et qu'ils n'osent pas le dire parce qu'ils sont les seuls à vivre cela » (E21-QI :5).

- Par exemple un cas de déni de la souffrance liée à une amputation a marqué l'échec du programme de méditation :

« Une personne est venue, qui avait eu un accident de la route et avait été amputée. Elle est venue au MBSR car elle souffrait et elle voulait voir si la méditation pouvait l'aider. Elle était dans la non-acceptation, je pense que pour elle ce n'était pas le moment [...] Au contraire, ça l'a forcée à sortir du déni, et c'était trop difficile pour elle. Elle ne verbalisait pas sa souffrance, elle la cachait. Avec la méditation elle a été confrontée à ce qui se passait en elle. Là à mon avis c'était plus du domaine de la psychothérapie, de faire le deuil de sa jambe, d'acceptation de sa souffrance » (E5-QI :5).

7.2.1.2 La méditation est une pratique qui s'inscrit nécessairement dans le temps long et la régularité (en cours d'instruction MBSR et après l'instruction)

Les patients auraient d'autant « *plus de réticence à s'engager sur le long terme* » depuis la pandémie de la Covid, « *en France, aux Etats-Unis, partout* ». Les personnes sont en recherche « *d'instantanés* » (E6-QII :3). Il y a des problématiques de temps. « *Ce qui est reconnu aujourd'hui c'est les programmes MBSR donc engageants* ». Ce sont « *des contraintes pour les soignants et pour les patients* » (E7-QI :5)

Je ne vois pas de limite quand la personne accepte, E4-QI :5

Pour ce qui est des inconvénients des techniques en elles-mêmes, je n'ai pas grand-chose à dire, E9-QI :5

7.2.2 Mais aussi des éléments liés au profil du patient qui favorisent leur réussite ou leur échec

7.2.2.1 Les facteurs de réussite

- **Des patients mobilisés, motivés, réellement « prêts à changer »** E9-QII :2.

« La condition c'est que la personne soit motivée, choisisse pour elle-même, décide pour elle-même ». Le soignant est uniquement « là pour l'accompagner et lui tenir la main » (E2-QI :4).

« Ils sont arrivés à un moment de leur vie où ça ne peut plus durer comme ça. Il faut trouver une solution, ils n'ont plus le choix. Quelle que soit la plainte, c'est vraiment le désir de changer » qui conditionne la réussite. E2-QII-2

- **Des patients en confiance, convaincus a priori par l'outil :**

« Cela fonctionne parce que les gens qui viennent sont déjà en confiance et qu'ils sont déjà convaincus de la chose, ce qui change beaucoup. Personne ne les a forcés à venir, ils viennent tout seuls » (E19-QII :3).

- **Des patients chez qui le désir de changement s'inscrit dans une démarche active et concrète (responsabilisation vis-à-vis de sa guérison).**

Les médecins constatent que les patients qui viennent dans une démarche passive – ceux « qui veulent avoir une réponse, qu'on leur fasse quelque chose, qu'on résolve leurs problèmes à leur place » – Soit « ils dépassent ce cap » et réussissent à changer, soit ils ne le dépassent pas et ne reviennent pas. C'est « la motivation au sens intention réelle de dépasser leur objectif : la motivation à s'impliquer » (E14-QII :2)

- **Des patients qui « croient en leurs ressources », en leurs capacités (E1-QI :2)**

- **Des patients qui parviennent à « lâcher prise » (E1-QI :5)**

« Il y a un vrai travail de guérison quand la personne est dans l'acceptation sans comprendre par le mental ce qu'il s'est passé » (E4-QI :3).

7.2.2.1 Les facteurs d'échec

- **Des patients qui ne parviennent pas à lâcher prise**

Ces outils nécessitent la connexion « au cœur, au corps, aux émotions ». Si le patient « ne traite que cela dans le mental, il ne se passe rien ». Le plus complexe c'est lorsque les patients sont des sachants (« des psychologues, psychanalystes ») : « plus ils savent, plus ils sont dans le mental ». Alors qu'un patient qui n'a aucune notion, va être dans l'accueil (E4-QI :5).

« J'ai fait un cycle avec quelqu'un à qui je pense que cela n'a rien apporté, rien du tout. Il est resté fermé, bloqué. Il a fait le cycle jusqu'au bout mais c'était un homme qui était incapable

de faire cette démarche-là, d'aller jusqu'à ressentir son corps, ses émotions. Il est resté très intellectuel, et si ça reste très intellectuel cela ne marche pas » (E6-QII :3).

- **Des patients qui s'auto-sabotent** : en interrogeant par exemple leur capacité à entrer en état d'hypnose, en cours de séance.

« Une patiente une fois s'est posée en permanence la question de savoir si elle était en hypnose, donc elle s'est auto-sabotée la séance » (E11-QII : 3).

- **Des patients avec qui on ne parvient pas à créer une alliance thérapeutique**

Pour les médecins, la technique de l'outil constitue « 20% de la réussite de la séance, les 80% restant sont la personnalité du thérapeute et doivent créer l'alliance thérapeutique, basée sur la confiance » (E10-QI :5).

- **Des patients trop jeunes, en méditation notamment**

L'efficacité de l'hypnose et la pleine conscience nécessitent de connaître a minima ses fonctionnements mentaux, notamment en méditation (la méditation a aussi pour but de voir comment fonctionne notre mental pour adopter un schéma de pensée libérateur) - la jeunesse (« les jeunes adultes de 20 ans à peu près ») ou en tout cas l'inexpérience, la méconnaissance de son fonctionnement serait donc ici un frein (E16-QII :3).

8: Le cadre organisationnel de la pratique – Des adaptations pour intégrer l’hypnose à la pratique médicale quotidienne

Concernant les cycles MBSR, ils se pratiquent en dehors du temps médical de la consultation. Le constat commun : la médecine générale c’est aussi « *aider son patient à mieux dormir, à quitter les addictions, à sortir de la dépression, à dépasser les deuils pathologiques, à quitter ses phobies, à prendre en charge l’anxiété, la panique, la douleur* » (E18-QI :4). L’hypnose et la pleine conscience sont donc des outils qui peuvent répondre à des motifs de consultation médicale.

8.1 La gestion du temps

Les séances d’hypnose durent entre 45 minutes (E1-QI :2) à 1 heure en moyenne (E8-QI :2/ E14-QI :2 / E12-QI :2). Cela ne correspond pas au format des consultations de médecine générale (conventionnées).

Elles sont difficiles à intégrer dans le temps de pratique médicale :

- Les consultations de médecine générale sont plus courtes (sur une base de 20 minutes). Il y est « *compliqué de faire une initiation* » à ces outils d’autant plus lorsque les patients consultent pour « *plusieurs motifs* » (E9-QI :2).
- Le médecin généraliste manque de temps et travaille souvent dans l’urgence (gestion de demandes annexes, travail administratif...) : Ils se décrivent « *noyés sous les demandes administratives* ». Il est difficile pour eux « *de proposer ces solutions* » qui répondent « *à l’important au long cours et non à l’urgent immédiat* ». Or, « *on va traiter l’urgent plutôt que l’important dans notre façon de concevoir le soin socialement* » (E9-QI :5).

8.2 La tarification

L’hypnose, sur une base de tarification de médecine générale de 25 euros par séance, ne peut pas répondre aux contraintes financières qui pèsent sur le médecin généraliste – elle est trop

peu rémunératrice pour le temps consacré. L'exercice de la médecine générale est « *contraint par un certain rendement* » (E18-QI :5). « *Il faut faire du patient, il faut gagner sa vie* ». *C'est le plus gros frein pour les soignants qui ont vu « d'autres collègues abandonner » l'hypnose pour cette raison* (E2-QI :5).

Les solutions financières et organisationnelles mises en place pour parvenir à intégrer les consultations d'hypnose dans la pratique quotidienne de médecin généraliste :

→ Demeurer sur un format médecin généraliste classique et proposer des séances d'hypnose courtes :

Proposer un temps de consultation dédié à l'hypnose plus court que traditionnellement (ici une « *demi-heure* »), quasi sur le format des consultations de médecine générale. Cela est possible en mobilisant des techniques hypnotiques « *rapides* » (ici les TAC) - sans faire de différence de tarification entre les types de consultation avec ou sans hypnose. Le planning est « *régulé en fonction des profils des patients et de leurs besoins, quitte à réajuster en cas de débordement du temps de consultation* ». Les patients acceptent qu'il y ait parfois une demi-heure de retard car ils savent que le médecin « *prend le temps pour tous* » (E4-QI :5).

Cf. Entretien 10 sur les TAC : « *au total cela fait des séances de 30 minutes complètes et efficaces. Pendant 27 ans j'ai eu une consultation de psychiatrie à l'APHP, et toutes les 30 minutes, je prenais des patients [...] C'était suffisant pour accompagner ce type de technique* » (E10-QI :2)

→ Proposer des tarifs non conventionnés pour les consultations d'hypnose, pour organiser son temps et les tarifs de ses consultations en fonction des soins apportés :

1 - pratiquer deux types de consultations : une classique de médecine générale à 25 euros – 20 minutes, et une séance d'hypnose plus onéreuse non remboursée en intégralité – sur la base d'une heure. Avec ce dépassement, il y aurait le bénéfice secondaire de favoriser l'implication du patient par l'effort financier qui lui est demandé « *un certain prix implique réflexion préalable, motivation, désir et besoin de changement* » (E2-QI :2/ E13-QI :5 / E4-QI :2).

2 – Quitter la médecine générale conventionnée pour fixer ses tarifs « justement » :

Le rapport temps/argent a finalement conduit certains praticiens à quitter le domaine médical pour pouvoir se centrer sur ces outils librement. Ainsi ils peuvent se permettre « *des consultations plus longues, pour accompagner et recentrer sa pratique sur le côté relationnel sans être parasité par les demandes de certificats, par les prescriptions, par les demandes d'examens, par tout ce que les médecins doivent gérer en plus* » (E9-QI :5).

-Cas d'un médecin qui a quitté l'activité de médecin généraliste au profit de l'hypnose : « *Cela m'a amenée à revoir complètement ma pratique car je me suis bien rendu compte qu'en tant que médecin généraliste je n'avais pas le temps, je n'arrivais pas à apporter cela aux gens, alors que c'était clairement une réponse à leur souffrance et à leurs plaintes* » (E9-QI :5).

*Exception : Un interviewé propose un tarif de consultation de médecine générale pour l'hypnose, tout en conservant un format d'une heure. Étant « *en fin de carrière et gagnant une retraite de professeur hospitalier* », il explique ne pas avoir les mêmes impératifs financiers que de plus jeunes médecins.

Ce médecin met en avant le volet social de cette tarification et la volonté de rendre ce type de soin accessible au plus grand nombre : « *Le prix ridicule de 25 euros pour la consultation d'hypnose que je fais, pour moi il est essentiel. Je trouve que c'est urgent que les patients aient accès facilement à ce genre de soins, que ça ne soit pas uniquement pour les personnes aisées... sans faire gratuitement les séances, car il y a besoin d'échange, de valorisation des choses* » (E18-QI :4).

9 : Les apports de l'hypnose et de la pleine conscience chez les médecins

9.1 L'influence de la pratique dans leur relation avec la médecine

Les médecins interrogés nous ont dit suite à la pratique de l'hypnose et la pleine conscience

9.1.1 Avoir « retrouvé du sens et de l'enthousiasme » à la pratique médicale

Grâce « à la richesse incroyable que cela offre dans la relation ». Avoir « repris le goût, le plaisir » (E1-QI :4), « le bonheur » (E2-QI :6) d'aider ses patients (E3-QI :4).

« Cet enthousiasme m'accompagne depuis, ça me donne cette énergie, cette force qui fait que je prends toujours plaisir à mon âge de recevoir des patients, car je vais pouvoir leur donner un outil qui va les aider » (E10-QI :4).

9.1.2 Répondre à ce besoin de guérir

De soulager les patients et ressentir « la satisfaction du changement » (E8-QI :4). Le fait de disposer de tels outils permet de soigner effectivement : « d'apporter quelque chose qui va plus aider » (E14-QI :4).

9.1.3 Être davantage en capacité de proposer des solutions

Par exemple soulager en cas de maladies graves chroniques, « Ce n'est pas illusoire, on peut réellement apporter un mieux-être, accompagner concrètement » (E9-QII :1).

9.1.4 Avoir développé leur sens clinique

Cet apport est plus marqué dans la pratique de la méditation de pleine conscience grâce à l'accroissement de leur capacité de présence, de concentration et d'empathie – « en écoutant simplement, être non intervenant dans l'interrogatoire, plus présent à son corps et sa respiration ». Ainsi à la fois les personnes qui arrivaient « extrêmement mal sortent déjà

mieux », à la fois le soignant se ressent « *plus détendu* » (E20-QI :4), « *apaisé* » (E14-I :4) à la fin des journées de consultations.

9.1.5 Le médecin est plus en présence avec ses patients et y compris dans sa vie personnelle

Ils y voient une « *transformation de qualité de présence* » (E20-QI :4). Cela se met en place en faisant une « *petite pause de pleine conscience pour être présente à l'autre* » entre les patients (E15-QII :1) et ainsi « *d'accueillir la personne* » (E20-QI :4) ou avoir cette simplement cette posture d'écoute consciente et bienveillante.

Un professeur hospitalo-universitaire en néphrologie rapporte :

« *Cela a beaucoup changé ma façon de faire la médecine et d'être soignant [...] Il y a 15 ans je n'étais pas encore nommée, dans un gros délire de carrière hospitalo-universitaire, où on bosse 15 heures par jour [...] En fait on n'est pas présent, ni à soi ni aux autres [...] ça c'est vraiment la méditation qui m'a permis de sentir cela* » (E21-QII :1).

9.1.6 Il développe son observation

Les « *canaux sensoriels se sont tous redéveloppés de manière plus homogène* ». L'hypnose et la méditation les ont « *remusclés* » permettant de « *capter beaucoup plus de choses, même des micromouvements* » (E14-QII :1).

9.1.7 Le médecin y trouve la capacité de réguler ses émotions

Il développe une juste empathie qui permet :

- de « *ressentir autre chose que ce qui est dit dans les mots* » (E20-QI :4) et « *être capable de s'adapter* » en fonction (E14-QII :1).
- « *d'identifier les émotions de l'autre, ses émotions et de les réguler* » : limiter le transfert et le contre-transfert (E14-QII :1).
- et ainsi de sortir de la relation patient/médecin dans laquelle le médecin est en « *réactivité constante vis-à-vis de la réaction du patient [...] Quelqu'un est triste, on court à*

l'antidépresseur, quelqu'un est en colère, on tente de le calmer ». En ayant une « écoute attentive, dans la présence, la compréhension, cela désamorçe plus de choses » (E5-QII :1).

- En ayant une meilleure compréhension de ce que l'autre partage, « *le sens clinique est amélioré* » (E7-QII :1). On développe des « *ressources de concentration* » en étant « *moins parasitée par les pensées négatives* » (E9-QI :6).

- On réussit à être dans l'écoute réelle de ce qui est dit (ou exprimé mais non encore conscientisé) sans « *transposer ni interpréter* » ce que dit le patient (« *non-jugement* »).

- On se « *rend compte de notre humanité, de ce côté universel de nos réactions, de notre normalité asexuée, de nos pensées automatiques asexuées : je suis nulle de penser ça ; je n'aurais jamais dû dire ça* » (E17-QII :1).

9.2 L'influence de la pratique dans la relation avec leurs patients

J'ai complètement changé ma façon de travailler, E2-QI :4

Ça m'a complètement changé ma relation avec les patients et les pathologies, E1-QI :4

Je pense que c'est un grand apport de faire de l'hypnose ou de la méditation. J'ai eu dans mes groupes des médecins généralistes qui ont été très aidés par la pleine conscience au quotidien avec leurs patients, E16-QII :4

9.2.1 La relation au patient est plus égalitaire, puisqu'on considère que c'est au patient de résoudre ses problèmes avec ses propres ressources

Apport commun aux deux pratiques

On sort de la relation classique verticale sachant/non sachant telle qu'elle est ressentie, enseignée à la faculté de médecine pour aller vers une relation « *horizontale* » (E9-QI :4)

⇒ « *C'est apprendre que finalement c'est l'autre qui est malade et c'est l'autre aussi qui connaît sa maladie* ». Aujourd'hui les médecins connaissent la maladie, et non la personne malade (« *c'est le drame de la médecine* »). Les médecins expliquent qu'à la faculté, l'apprentissage pour eux se résume « *à chercher des tableaux chez les malades pour repérer le diagnostic et mettre le traitement en place sans jamais apprendre à écouter la personne malade* » (E15-QII :4). Ils ont la sensation qu'on les a poussés à

prendre une posture où le médecin a « *la science infuse, sait tout et qu'il faut juste obéir* » à ses directives (E2-QII :1).

⇒ Ils expriment un rejet de la médecine telle qu'elle s'exerce actuellement (pression financière) avec l'expression d'une certaine colère contre le système de soin « *le foutage de gueule, la maltraitance organisée* » des études de médecine :

« *Si j'avais votre âge, je ne pourrais pas exercer la médecine telle qu'on nous le propose. Je trouve que la main mise, le foutage de gueule qu'on nous a proposé [...] Après c'est le fruit de mon expérience. Je vous avoue que là j'arrive à ma retraite et que je ne vais que continuer la méditation. Ça ne me fait plus du bien de pratiquer la médecine telle quelle dans un système comme cela. Je conseillerais aux internes de se respecter et d'agir en fonction de leurs valeurs* » (E8-QII :4).

⇒ Il y a un ressentiment par rapport au mode d'enseignement de la médecine en France. Cela vient avec l'impression qu'on cherche à « *former des pseudo-machines* » qui doivent voir « *le patient comme un organe, de la chimie* ».

« *On voudrait qu'il n'y ait plus de médecin on ne s'y prendrait pas autrement qu'à l'époque actuelle. Faut vraiment que les gens qui continuent à exercer en aient envie, moi je leur tire mon chapeau. Les études médicales c'est de la terreur, c'est de la maltraitance organisée. Alors les gens qui résistent à ça, c'est bien. Mais le traumatisme que représente les études médicales est dingue. On peut difficilement dire que les études médicales à l'heure actuelle forment des médecins* » (E18-QII :4).

Témoignage d'un médecin généraliste : « *Cela m'a beaucoup apporté. J'ai appris au début de mes études à être un docteur, avec un stéthoscope autour du cou pour pas qu'on me prenne pour un ambulancier, que le patient avait une certaine souffrance, une différence, qu'on prenait avec distance, entre moi détenteur de savoir et le patient devant bénéficier de ce savoir. Maintenant face à un patient, j'applique le bouquin « Je et tu » : le patient est une personne humaine, et je ne vois plus le déprimé, je vois la personne qui vient me demander de l'aide, qui me tend la main, je fais en sorte qu'elle ne voit pas le docteur en face d'elle, mais une personne qui lui tend la main aussi pour l'aider à se relever. On n'est pas là pour guérir, mais on soulage toujours* » (E10-QII :1)

⇒ Avec ces outils, « *il n'y a plus la toute-puissance du thérapeute, le gourou tout-puissant puis qu'on devient celui qui rend l'autonomie au patient* » (E4-QI :4). « *Le médecin devient guérisseur* ». La posture du soignant est modifiée en passant de « *je veux que l'autre fasse, à j'accompagne* ». Lorsqu'on « *écoute vraiment, on quitte la relation de pouvoir sachant/non sachant* » (E7-QII :1). C'est encore plus vrai en méditation où la posture du médecin « *ne cherche pas à gommer les symptômes mais au contraire* » à ce que le patient parvienne à les accepter (E12-QII-1).

Témoignage d'un chirurgien orthopédique pratiquant la pleine conscience :

« C'est la relation à l'autre qui change. Quand j'ai commencé mon métier, que j'ai fait médecine, j'ai fait de la chirurgie parce que j'avais besoin pour me rassurer et pour d'autres raisons, de faire un geste qui ait une conséquence et de voir le résultat du geste que j'avais fait. Pendant longtemps j'ai trop été attaché à cela et pas assez à l'importance de tout le reste, de ce qu'il y a dans la relation au patient. Et à la fin de ma carrière là où quasiment j'étais le meilleur, ou le plus heureux en tous les cas. Là où j'ai eu l'impression d'apporter beaucoup de choses aux gens, c'était quand je ne faisais rien, que je ne les opérerais pas et que je ne leur donnais pas de traitement mais que je les avais écoutés, que je les avais accompagnés et que j'avais partagé mes connaissances. Et cela a changé ma relation dans le sens que je faisais en sorte de donner au patient les moyens de faire le choix qui était le mieux adapté pour lui pour régler la situation pour laquelle il venait me voir. Plutôt que de dire vous avez ça, il faut faire ça [...] C'est dommage de ne pas l'avoir appris plus tôt » (E6-QII :1).

On est dans une posture d'accueil et d'écoute de ce que le patient va nous suggérer pour sa guérison, en s'intéressant à lui, « *à sa personnalité* » (E1-QII :1) sans jugement. « *Le patient vient avec la solution, si on sait bien l'écouter, sans diriger l'interrogatoire* », il nous dit comment l'aider. Pour eux, il est essentiel « *que tous les soignants apprennent à ne pas juger, le plus gros problème du soin. Ce n'est pas uniquement le jugement négatif, c'est tous les jugements* » (E2-QII :1).

Et ça, c'est l'hypnose qui me l'a appris, ça a complètement changé mon rapport au soin E2-QII :1

9.2.2 L'alliance thérapeutique est renforcée par le partage de l'intimité profonde avec son patient et la confiance nécessairement créée, à la base de l'accompagnement

Apport commun aux deux pratiques

Lors des séances d'hypnothérapie ou de pleine conscience « *on rentre vraiment dans de l'intime et cela vient renforcer l'alliance thérapeutique, la confiance réciproque* » (E9-QII :1). Il y a alors « *un partage profond, en connivence* » avec le patient (E12-QII-1).

L'hypnose a renforcé le lien avec le patient, c'est vraiment un point que je tiens à souligner. Pour moi c'est primordial, et cette approche-là vous rappelle votre co-humanité avec la personne. C'est vraiment une ouverture sur l'autre, E19-QI :4

9.2.3 La relation aux patients est plus apaisée, plus juste, à la bonne distance

Apport commun aux deux pratiques

Clairement, c'est vraiment une qualité de relation. Ça me fait du bien E2-QII :1

⇒ Les médecins puisent de l'apaisement (E3-QI :6)

Dans la pratique de l'hypnose et de la méditation [...] Ils rentrent en « *transe légère, modérée ou plus profonde* » avec leurs patients, se synchronisant sur eux » (E14-QI :6). Il y a « *un effet miroir : quand le patient entre, on rentre aussi* ». Cela calme « *les pensées, les peurs* » (E1-QI :6). Ils utilisent l'autohypnose « *pour se recentrer* » entre deux patients, « *lorsqu'un dossier un peu lourd est chargé émotionnellement* » (E19-QI-6). Cela passe par « *des petits moments de ressources, comme la respiration, un ancrage du corps, des sensations dans le corps* » permettant de se libérer du mental (E14-QI :6).

⇒ Le fait de parvenir à identifier / écouter ses émotions

Ne pas s'identifier aux émotions des patients – « *ne pas être en vibration avec les émotions de l'autre* » (E8-QI :6). C'est d'ailleurs lorsque les médecins doivent s'arrêter de pratiquer (« *vacances ou autre* ») qu'ils observent la différence : Ils se décrivent « *plus stressés, réactifs, avec de l'agressivité qui ressort* » (E5-QI :4).

⇒ Ils ont changé leur rapport aux patients :

Ils parviennent plus facilement à éviter ou à désamorcer les conflits :

Il y a une prise de « distance par rapport à l'activité en elle-même, au rapport avec les patients », y compris « *les patients stressés, nerveux, violents [...] La violence tombe très vite juste par la parole, la manière de se poser, de regarder la personne, de lui parler* » (E2-QI :4). Ils voient une « *différence notable* » par rapport aux relations qu'ils avaient avant l'apprentissage de ces outils (E20-QII :1). Ils « *gagnent en liberté* » dans le soin (E8-QII :1). « *Il n'y a plus de conflit* » (E14-QII :1).

Ils parviennent à moins s'identifier aux émotions des autres (effet « *éponge* »)

« *Ce qu'a apporté l'hypnose : je me sens mieux dans la consultation, je suis moins une éponge comme je pouvais l'être avant* » (E14-QI :5).

Ils parviennent à se laisser toucher par les émotions parfois difficiles inhérentes à la pratique de la médecine, tout en gardant la bonne distance. C'est laisser émerger les émotions, « *les reconnaître, les accueillir et puis les laisser se développer et disparaître sans se faire submerger, mais sans les ignorer non plus* » (E6-QI :6).

Témoignage d'un chirurgien orthopédique « méditant » dans son rapport aux émotions :

« *Je n'ai plus le même rapport ni à mes émotions ni à mon corps. Cela m'apporte plus de sincérité et de connexion. Quand j'étais jeune j'étais plutôt non émotif : un mec cela ne pleure pas, ça doit être dur. J'ai commencé à pleurer à partir du moment où j'ai commencé à faire de la méditation, je suis plus présent à mes émotions. J'étais trop distant de mes émotions qui s'expriment, et quand on ne les reconnaît pas et elles s'expriment dans le corps d'une façon ou d'une autre* » (E6-QI :6).

9.2.4 Une relation bienveillante

Apport plus spécifiquement lié à la pratique de la méditation de pleine conscience

- **Le patient est accepté tel qu'il est, avec ses problématiques uniques**

« *Par le biais de la compassion le patient se sent accueilli d'une autre manière* ». En étant sensibilisé, les médecins se ressentent « *plus attentif à l'accueil du patient, à la chaleur, à*

l'acceptation de ce qu'il est et de ses souffrances ». Cela créer une « *curiosité permanente* » qui renouvelle le soin à chaque instant : « *c'est plus vivant, plus agréable, plus doux, plus empathique* » (E16-QII :1).

- **Le médecin au-delà de l'écoute du patient, est dans la compréhension de ses propres schémas de pensée et évite les projections négatives (volonté d'être plus neutre dans ses réactions)**

La méditation a permis de reconnaître « *des schémas universels [...] C'est-à-dire celui-là il ne me plaît pas, celui-là je ne le sens pas [...] d'avoir de la distance par rapport aux peurs, aux envies, aux fausses interprétations de ce que l'autre pense* ». Quand on peut observer ces mécanismes de pensées « *automatiques* », on est capable de « *les arrêter et de choisir de faire autrement* ». On est alors capable d'avoir « *une relation vraie avec le patient* » (E6-QI :2).

C'est l'art de la relation à soi et aux autres, et c'est un acte d'amour... 'je suis là sans vouloir faire', et ça c'est rare, un acte d'amour pour soi et les autres, E7-QI :6

Témoignage d'une cancérologue :

« Personnellement ça m'a changé ma vie, autant en tant que médecin qu'individu. La cancérologie c'est très dur, c'est vraiment difficile, la formation médicale est dure aussi. Faire des autopsies à 18-20 ans ce n'est pas si simple, on crâne, on fait comme si ça ne faisait rien, mais c'est faux. Il y a une tendance à se techniciser et à se barricader et ne pas se laisser toucher par ce qui est difficile. Et la méditation apprend à s'ouvrir et à se laisser toucher. Ce n'est pas la même manière d'être » (E15-QI :4).

- ❖ **Remarques sur le vécu lié à la posture de l'instructeur en méditation vis-à-vis de ses patients**

Les patients reçus en séance de méditation sont parfois des patients que l'on suit dans le cadre de consultations « *classiques* ». Le fait de se retrouver dans le cadre plus intime, plus proche de la séance de méditation (habillement « *civil et décontracté, tutoiement, méditation ensemble* ») implique un changement de posture que tous les médecins ne sont pas prêts à effectuer.

- Pour certains ce lien tissé est en logique adéquation avec la remise en question par l'hypnose ou la pleine conscience de la posture sachant/ non sachant, dans une logique d'accompagnement du patient dans sa responsabilisation vis-à-vis de sa guérison. Cela « sans devenir copain avec les patients mais être dans une co-construction d'une relation de bien-être du patient, pour mieux soigner » (E21-Q1 :3).

« Ce qui m'a le plus marquée c'est un des premiers groupes MBSR que j'ai fait avec des malades dans le service [...] Oui on peut être professeur de néphrologie, et de voir un patient en consultation et la semaine suivante se retrouver en salle de consultation où je n'ai pas ma blouse et où l'on se tutoie et on médite ensemble. J'ai aimé cela de pouvoir le faire, cela n'a pas été un frein à ma légitimité en tant que soignant et je trouvais cela drôle même après » (E21-Q1 :3).

- Pour d'autres, plus traditionnels dans leur conception de la médecine (Peut-être effet générationnel), la posture du médecin, directif dans le soin en tant que médecin, est incompatible avec celle de l'instructeur, qui se positionne plus dans l'accompagnement et entamerait sa légitimité de soignant – Ici un médecin n'a débuté son activité d'instructeur qu'une fois à la retraite de son activité de médecin généraliste.

« Quand j'étais en activité de médecine générale, Ça me paraissait difficile de tenir ma fonction de médecin et d'instructeur en méditation. Je vois bien que ce que je fais maintenant, le relationnel est différent, intime et proche et c'était difficile pour moi de jouer les deux rôles. Au bout du compte au patient je lui donne des conseils, je lui donne un traitement, avec une autorité directive même si ce n'est qu'une proposition, alors qu'en pleine conscience on n'est pas directif, on va être en résonance avec la personne, on va essayer d'aider la personne à aller au plus loin dans sa propre compréhension, sans conseils » (E20-Q1 :5).

10 : Les projections des médecins au sujet de leur activité future – Promouvoir l’hypnose et la pleine conscience

Les médecins interrogés souhaitent :

10.1 Continuer « à cultiver leur domaine d’expertise »

Sur le sujet de l’hypnose et la pleine conscience (E16-QII :4). « *Rester ouvert, mettre à jour régulièrement leurs connaissances scientifiques des neurosciences* » notamment en hypnose (E4-QII :4).

10.2 En « continuant à se former dès que l’occasion est là »

E14-QII :4

10.3 En échangeant avec des confrères

« *Avoir un contact entre soignants* » (E4-QII :4), « *partager des expériences ensemble* » (E14-QII :4).

10.4 En continuant à être en contact avec les jeunes générations

Dans le cadre de l’enseignement par exemple :

« *Tant que Dieu me prêtera vie, oui je vais continuer le DU. C’est très intéressant, on travaille avec des jeunes chercheurs, des jeunes praticiens. Cette confrontation c’est intéressant* » (E19-QII :4).

10.5 Intégrer encore davantage l’hypnose et la pleine conscience dans leur pratique médicale

- Soit dans le cadre de leur activité libérale, en continuant (E9-QII :4 / E14-QII :4)
- Soit sous une autre forme (« retraites de soins ») : « *comme si on était hospitalisé avec le soignant près de soi, qui prend du temps* » (E12-QII :4).

→ Jusqu'à vouloir abandonner la médecine générale pour certains en cours de carrière (E1-QII :4) – ou poursuivre l'hypnose et la pleine conscience après avoir pris sa retraite de médecin généraliste pour d'autres (E13-QII :4 / E2-QII :4).

→ Et aller plus avant dans le développement de la médecine intégrative – autant pour les patients que pour les soignants :

« Ouvrir un espace de soins intégratifs dans un esprit de non dualité entre les médecines. C'est-à-dire sans se couper de la technique mais soigner dans un lieu en cohérence avec ces valeurs » (E7-QII :4).

10.6 Faire connaître la pratique de l'hypnose et la pleine conscience

Ici la méditation de pleine conscience par le biais d'associations (E6-QII :4), l'hypnose par le biais de formations universitaires ou médicales (E11-QII :4).

11 : Les conseils aux internes

11.1 Conseil pour la pratique médical

« Mes conseils sont que je pense qu'il y a cette question qu'on ne se pose jamais : Pourquoi on a envie d'être soignant ? C'est un métier, quelle que soit la manière dont on l'exerce, qui amène beaucoup de responsabilité. Il faut rester connecté à son intention et se faire plaisir. La médecine c'est un art, et s'il n'y a pas de plaisir dans l'exercice de soigner, d'accompagner l'autre, on meurt nous. Il ne faut pas négliger l'art et ce qui nous met dans un élan de soin » (E7-QII : 4).

Il faut oser faire ce qu'on aime, élargir ses outils, E4-QII :4

C'est beau de voir que vous les jeunes vous intéressez à cela, parce que vous voyez bien que c'est utile, et que les patients vous sollicitent, E21-QII :4

11.1.1 Porter un regard ouvert sur les pathologies et la pratique médicale (le lien corps esprit – les approches alternatives)

- **Il faut « prendre plus en considération le lien corps-esprit » des pathologies.** Ne plus séparer les maladies psychologiques d'un côté et l'organique de l'autre (E12-QII :4). C'est d'autant plus utile dans une période où une part plus importante des maladies, est liée à « notre mode de vie, des maladies sociales ». Il y a une nécessité de se centrer sur « la santé comportementale et les humanités médicales » (E21-QII :4).
- **Il faut être dans un état d'esprit d'ouverture aux approches non médicamenteuses :** Etre ouvert à « une médecine plus large que celle qu'on nous apprend à la faculté [...] à des approches de santé plus globale tout en gardant notre enseignement universitaire de la médecine traditionnelle » (E5-QII :4).

« Dernièrement je donnais une formation avec un psychologue sur l'éco-thérapie, c'est-à-dire les bienfaits de la promenade en forêt. [...] Il y a des études vraiment sérieuses, avec une ballade trois heures en ville et trois heures en forêt pour d'autres, sélectionnés de manière

aléatoire, on mesure après leur stress, les interleukines, le cortisol dans le corps, et on voit une nette amélioration pour les personnes qui ont été en forêt. Donc un patient stressé c'est pas forcément faire une psychothérapie, mais par exemple lui dire d'aller marcher en conscience trois heures dans la nature, ça va aider votre stress à diminuer, être observateur dans la forêt des sons, des odeurs, donc ne pas être sur son portable par exemple » (E5-QII :4).

- **Tout en éprouvant leur efficacité avec la bibliographie scientifique qui les entoure, notamment d'un point de vue neurologique : « ne pas rester dans des croyances » (E4-QII :4).**

« Mes conseils pour les internes, ça serait de savoir que la médecine qu'on nous enseigne est une médecine, qu'il y en a d'autres, que certaines ont des preuves d'efficacité, donc c'est important de rester dans une démarche cohérente et scientifique. Même s'il y a des choses qu'on ne peut pas expliquer ou prouver encore » (E5-QII :4).

Il est nécessaire de dépasser « *l'ignorance du corps médical* ». Le fait que les thérapies non médicamenteuses ne soient pas enseignées dans les cours universitaires, décrédibilise ces approches. C'est là où les étudiants doivent faire attention - ce « *côté péremptoire de jugement* » : « on ne l'a pas appris, donc ça n'existe pas ». Le conseil est donc de « **faire la bibliographie et avoir l'humilité scientifique** [...] Pour ce qui reste à prouver, conclure simplement qu'on ne sait pas pour l'instant ».

« En fait il y a un truc qui m'agace, mais j'ai été sans doute comme ça aussi. Par exemple s'il y a un débat sur la spiruline, la phytothérapie ou des choses comme ça, les médecins vont tout de suite prendre une position de ça ne fonctionne pas, sans avoir pris connaissance de la chose, et pire de dire que ça n'a jamais été prouvé [...] C'est dangereux, car un médecin qui dit ça, il n'a pas regardé les études et transmet cette information fausse à la population » (E12-QII :4).

- **Ne jamais être « dogmatique, remettre en question, ne jamais absorber les choses comme si elles étaient vérité absolue » : Passer par l'expérience**

Les praticiens racontent avoir vécu des expériences fortes en méditation de pleine conscience - la sensation de « *renaître* » ou des impressions de pouvoir sentir « *la conscience de l'autre* ». Ils citent pour exemple le cas du « *neurochirurgien d'Harvard Eben Alexander qui au cours d'une méningite foudroyante à E. Coli, fait une expérience de mort imminente* ». Il détaille son expérience confrontée à ses scanner cérébraux dans son livre : *La preuve du Paradis*. Il est

reconnu comme « *grand professeur, extrêmement cartésien, accroché à L'Evidence-Based Medicine [...] Cette expérience a bouleversé sa pratique, l'a complètement transformé et ouvert* ». Les travaux actuels sur la conscience « *en physique quantique valident cette possibilité d'expérimentation de la conscience et ne sont pas en contradiction avec la science* » (E6-QII :4). Ainsi pour les médecins, il est nécessaire d'être toujours en questionnement, de laisser la possibilité à l'expérience de révéler autre chose, même si on ne comprend pas pour l'instant ni comment ni pourquoi : revenir à « *l'humilité scientifique* » (E12-QII :4). Il faut « *expérimenter en oubliant ce qu'on croit savoir, ne pas se cacher derrière son savoir. Chaque fois qu'on pense savoir, on ferme une porte* » (E15-QII :4).

11.1.2 Se former et pratiquer l'hypnose et la pleine conscience - quitte à ce que ce soit pour l'instant en dehors du cadre universitaire

Il y a plein de choses merveilleuses non proposées à la fac, E4-QII :4

« *Mes conseils pour les internes : Se poser la question de savoir de quelle formation complémentaire j'ai besoin pour construire ma vie professionnelle de santé, en ayant la formation nécessaire à l'accompagnement des patients* » (E21-QII :4).

❖ **Point sur la place de l'hypnose et la pleine conscience dans le cadre universitaire**

C'est des choses dont je n'ai pas beaucoup entendu parler pendant mes études et je trouve cela regrettable, E9-QII :4

Donc le frein est plus dans le milieu professionnel, vraiment et malheureusement. Autant l'hypnose a pu pénétrer le milieu des anesthésistes, mais la méditation... E19-QII :4

L'hypnose, un commencement de reconnaissance officielle (nombreux DU et DIU)

« *Il y a aussi une grande peur des autorités de ces dérives sectaires. L'hypnose cela a aussi été cela, cela n'est plus le cas aujourd'hui, mais maintenant comme on l'utilise dans les salles d'opération, et tout le monde sait que cela marche* » (E19-QII :4).

- **Elle est introduite dans de nombreux champs de la médecine au-delà de la médecine générale, comme en « anesthésie »**

« L'hypnose ouvre le soignant à tout un éventail de recherches, de compréhension ». C'est une « ouverture qui incite à s'améliorer, remettre en cause ses pratiques, ce qui n'est pas inscrit dans le cursus habituel » (E1-QII :4)

- **Il y a une attente de la reconnaissance de ces outils par le système, par les soignants eux-mêmes.**

Le « manque de reconnaissance » en tant que soin émane selon eux « des soignants eux-mêmes », notamment parce que cela implique de « changer de posture soignant/soigné » (E7-QI :5). Ils sont « dans l'attente patiente de l'incorporation de soin dans la médecine, dans le soin en soi » (E5-QII :4). Tout en sachant que cela risque « de prendre des décennies avant que cela soit intégré dans l'enseignement » (E1-QII :4). Il devient nécessaire à leurs yeux que les « autorités reconnaissent la qualité, facilite son accès ». Un « mouvement plus globale » est attendu afin de « s'ouvrir aux approches non médicamenteuses » (E5-QII :4) « Au début les collègues rigolaient : ça y est, il est devenu fou ! Et puis ils se sont aperçus qu'il y avait des choses étonnantes qui se passaient » (E18-QI :4).

- **Même s'il existe encore des résistances universitaires à intégrer l'enseignement de l'hypnose dans le cursus de formation initiale de médecine :**

Pour eux, l'hypnose est vue « comme un petit truc fantaisiste pour ouvrir vers des idées rigolotes ». Pourtant « l'hypnose est dans le prolongement du soin », elle ouvre les perceptions. Pour les soignants, elle devrait être enseignée « dès qu'on est confronté à des malades, en deuxième année de médecine » (E1-QII :4).

-La culture de la prescription uniquement médicamenteuse est vue comme tenace et néfaste pour les patients.

« Cela va prendre des décennies avant que les médecins comprennent qu'il faut ajouter ça dans l'enseignement. Ils pensent toujours que c'est une thérapie complémentaire, alors que c'est le médicament, c'est ça la thérapie complémentaire. Par exemple « je suis dépassé, je ne sais pas comment le faire dormir allé Bam ! » on l'assomme aux hypnotiques. Alors que l'hypnose c'est la thérapie vraie, avec les ressources du patient » (E1-QII-4).

-L'enseignement de la médecine est considéré comme l'apprentissage d'une scission corps - esprit, empêchant de considérer le patient dans sa globalité. On « *apprend à voir le patient comme un organe, de la chimie* » (E18-QII :4), à la faculté « *ce n'est que prescrire et opérer* » (E1-QII :1). L'ouverture à l'hypnose et la pleine conscience a fait expérimenter « *l'aspect psychosomatique et corps - esprit* » des maladies. On y trouve souvent « *une cause émotionnelle : eczéma, migraines, asthmes, psoriasis aggravés par le stress* ». Elle s'observe d'un point de vue « *énergétique, émotionnel, mécanique, biologique avec le cortisol et le côté neuro-inflammatoire* » (E12-QI :4).

-Un élément fondamental : « *il n'y a pas de clivage entre corps et pensée, on ne peut pas distinguer la pensée du corps ; c'est emmêlé, c'est fondu l'un dans l'autre, il n'y a pas de clivage, et ça, c'est quelque chose que je n'avais pas perçu dans mes études* » (E1-QII :1).

Il existe de nombreux diplômes universitaires ou interuniversitaires d'hypnose, à côté des formations proposées par les organismes intervenant dans le champ de la formation continue (ont été citées ici l'Association française de l'hypnose pour l'étude médicale (AFEHM), Ecole centrale d'hypnose, l'Institut français des thérapies alternatives (IFTA), l'Institut Européen d'hypnose intégrative, l'institut zéro mental...)

Une réflexion des institutions aurait été amorcée pour intégrer l'hypnose dans le parcours de soins remboursés au vu des « économies de santé » que cela engendrerait, sans succès (E2-QII :4).

De nombreux freins persistent encore pour la méditation (une dizaine de DU)

- **Même si depuis une trentaine d'années, les publications scientifiques prouvent son efficacité :** « *le terreau scientifique depuis un certain temps s'alourdit considérablement* » (E19-QII :4).

- Il est d'ailleurs prouvé pour le traitement des migraines la plus grande efficacité de la pratique de la méditation par rapport au traitement médicamenteux

Un des interviewés a effectué son mémoire sur le sujet : « *Le traitement de fond dans la migraine atteint 30% de réduction des crises, la méditation, plus efficace va jusqu'à 50%. Cela a été prouvé en 4 semaines de méditation et cela reste. Il est censé y avoir une pratique*

quotidienne, mais finalement les sujets ne le font pas ou peu : ce qui renforce la force de la méditation. Pourtant le médicament est vu comme la solution alors qu'il présente des effets secondaires à contrario de la méditation qui présente des effets positifs supplémentaires » (E12-QI :4).

- **Les racines religieuses de la méditation continuent de créer « des réticences » et freinent son acceptation.**

Avec elles, « comme cela a été longtemps le cas pour l'hypnose » (E15-QI :5), il y a la peur des « dérives sectaires » (E19-QI :5). Cela est surtout le cas en France, pays de « l'hyper laïcité » (E5-QII :4). Alors qu'il s'agit aujourd'hui non plus de religiosité, mais « d'entraînement mental, de l'attention dans le développement de ressources que cela apporte, la régulation émotionnelle et des signaux de la douleur » (E5-QII :4).

- **Il y a une inertie des universitaires pour intégrer la formation en méditation dans la formation universitaire – Il existe une dizaine de DU sur le thème de la Méditation en France aujourd'hui**

Voici les difficultés rencontrées par une néphrologue et chercheuse sur la méditation pour mettre en place le premier DU de méditation à Paris :

« J'ai mis quatre ou cinq ans avant d'avoir l'autorisation d'ouvrir le Diplôme universitaire à la X université sur le sujet de la méditation, et j'ai même été convoquée par mes collègues professeurs qui étaient à la commission des DU, qui m'ont regardée de travers et qui m'ont demandé si j'allais bien : Est-ce que tu es dépressive ou est-ce que tu fumes des pétards ? C'était mal traitant, il y avait cette espèce de jugement très paternaliste, ringard, « Descartiens » de la médecine traditionnelle, par les preuves et rien d'autre. Ils n'avaient pas du tout compris où je voulais aller. Et cette ouverture d'esprit maintenant elle est là à l'université et cela a bougé très vite, mais il y a 10 ans c'était assez compliqué. Aujourd'hui je suis responsable d'un DU qui est reconnu, que l'université X se vante tous les jours d'avoir un diplôme sur la méditation, ce qui n'était pas le cas il y a 10 ans. Cela a vraiment pris sa place ; je suis invitée dans des conférences, par d'autres équipes médicales, en cardiologie. Cela intéresse les médecins et les professionnels de santé de façon générale, donc j'ai pu

intégrer cette pratique-là qui au départ était mon sujet personnel, dans ma profession, ce qui est un changement important de la société » (E21-QII :4).

Les attentes : Intégrer l'enseignement de l'hypnose et la pleine conscience dans le cursus de formation initiale et continue des médecins

- **Assez tôt dans le cursus, dès que le médecin est en rapport avec un patient**

Il est « impératif que la communication type hypnotique soit au programme dès la première année », dès lors qu'un étudiant « rentre en contact avec un patient » (E18-QII :1). « Ça devrait être enseigné dès qu'on est confronté à des malades, en deuxième année de médecine ! » (E1-QII :4).

- **Être formé à l'hypnose et à la communication hypnotique avec les patients : « le plus fondamental dans le soin, c'est le mode de communication »**

Pour tous les soignants ce mode de « communication » type hypnotique serait bénéfique (E13-QII :4). Cela serait un changement positif par exemple à l'hôpital : En formant les infirmières en hypnose, on « permettrait de leur rendre le pouvoir ». Elles doivent « tout le temps attendre d'avoir la prescription d'antalgique pour agir sur la douleur, ne vont donc pas voir les patients, puisqu'elles n'ont rien à leur proposer. Formées en hypnose, en dix minutes le patient ira beaucoup mieux par l'hypno-antalgie, par l'écoute bienveillante » (E18-QII :1).

- **Être formé à la méditation, qui doit passer nécessairement par l'expérience d'un cycle MBSR (ne pas rester sur des enseignements théoriques)**

La pratique et l'enseignement de la médecine sont axés principalement sur « le cognitif ». Passer par « la découverte d'une pédagogie expérientielle » est ce qui a le plus « touché » les soignants. Ils trouvent « intéressant de pouvoir davantage l'intégrer à la formation médicale parce qu'on forme trop de pensants, on forme des médecins comme s'ils n'avaient pas d'émotions, on en parle jamais » (E21-QII :1). Pour eux, le cycle MBSR « devrait être obligatoire, gratuit et faire partie de la formation des médecins » (E15-QII :4 / E6-QII :4). Il est vital d'apprendre aux étudiants « à gérer les situations externes et la communication » (E13-QII :4).

- **Ou a minima qu'ils puissent être formés pour orienter les patients de manière pertinente**

Ils ont conscience « *que l'on ne va pas faire de tous les médecins, des experts en hypnose, en sophrologie, médecine chinoise etc.* » Avec l'augmentation du nombre de thérapeutes de médecines complémentaires, l'augmentation de consommation de ces soins par la population, il devient « important pour les patients » d'avoir un minimum de connaissances « *pour pouvoir orienter, sécuriser les patients* ». C'est-à-dire « *rompre le mur qu'il y a entre la médecine conventionnelle et les médecines complémentaires ou intégratives* » (E21-QI :2).

⇒ **Et aussi en formation continue proposée par l'hôpital**

Leur conviction est que « *les pratiques méditatives doivent faire partie de la formation continue professionnelle* ». Dans le sens où par l'expérience qu'ils en ont « *elles sont un outil de développement de la compétence professionnelle* » (E21-QI :5).

⇒ **Par des professionnels de l'hypnose ou pleine conscience formés**

Une interviewée experte en pleine conscience et travaillant au sein de l'hôpital estime « *qu'il faut être aussi exigeant vis-à-vis de pratiques intégratives, que vis-à-vis de la médecine conventionnelle* » lorsqu'on y fait appel (E21-QI :5).

11.1.3 Se faire confiance et mettre en pratique immédiatement après avoir été formé en hypnose ou pleine conscience (l'expertise vient avec la pratique)

Il faut « *se faire confiance au début et se dire que cela va venir progressivement, que ce sont les expériences pas forcément réussies qui serviront pour un autre patient, où soi-même, où une autre relation* » (E14-QII :4). « *L'essentiel est de ne pas se juger, de faire du mieux qu'on peut, de là où on se situe* » (E19-QII :4).

Voici le contre-exemple d'un médecin qui n'a pas mis en pratique l'hypnose suite à sa formation : il ne la propose pas car il considère qu'il n'a pas assez d'expérience (manque de légitimité), et il manque de pratique donc cela ne le fait pas monter en expertise

« Je pense que c'est très intéressant pour des internes de se former, et se lancer à fond et pas laisser trop de temps après la formation passée. Moi je pratique l'hypnose très rarement, parce que je ne me sens pas hyper à l'aise. J'ai ma patientèle depuis 3 ans et demi et j'ai commencé à me former au tout début de mon installation, et j'avais peur en ayant peu de patients que leur proposer l'hypnose ça serait difficile, je ne me sentais pas légitime [...] J'ai peur que les gens me disent « Oui bah non ça ne m'a rien fait ». J'aimerais bien le remettre en pratique mais je suis dans une impasse, moins on se sent à l'aise moins on pratique, donc il faudrait que je sorte de ce cercle vicieux. Il faudrait que je me force à pratiquer, surtout que maintenant ma patientèle est établie, là maintenant j'aurais plus de facilité à le proposer » (E3-QI :3).

11.2 Conseils pour les internes eux-même

Voir la partie « cas d'application et apports de l'hypnose et la pleine conscience dans la relation aux patients »

11.2.1 Pratiquer l'hypnose et/ou la pleine conscience pour ce qu'ils apportent dans la relation avec les patients

Notamment « *la sollicitude empathique, être en paix* » pour mieux prendre soin, en contraste avec le vécu de l'enseignement médical : « *Pour s'occuper des autres, on doit être en paix avec soi-même, équilibré à l'intérieur* » (E8-QII :4). Cela apporte dans le soin « une meilleure manière de prendre en charge » (E2-QII :4). Et finalement pour eux, c'est cela que les patients viennent chercher auprès de leur médecin traitant. C'est-à-dire un endroit avec « *quelqu'un qui les connaît, qui écoute leur plainte, où ils peuvent parler d'autre chose que leur tension et leur diabète. Excepté qu'en médecine, il n'y a pas de formation à cela. Ainsi pour eux, on rentre dans une escalade de frustration : d'une part le patient qui ne trouve pas d'écoute, d'autre part le soignant qui ne peut pas répondre en quinze minutes à la globalité des demandes* » (E18-QII :4). Alors que de leur point de vue « *il y a quelque chose de très précieux* » dans la « *satisfaction à être présent, à l'écoute des personnes en tant que personne et non malade* ». C'est « *une richesse d'être un médecin avec ces qualités-là, d'avoir une ouverture, une approche médicale qui s'occupe de la personne à part entière* » (E20-QII :4).

« J'ai entendu récemment une interview dans un Mook fait par X, une jeune interne interviewée : La première fois que je suis arrivée on m'a dit en chirurgie Tu t'éloignes du patient, tu mets une barrière, tu ne t'impliques pas émotionnellement. Effectivement la détresse empathique ce n'est pas du tout ce qu'il faut rechercher, mais la sollicitude empathique, ça, c'est autre chose, c'est indispensable, je ne sais même pas comment on peut être médecin sans cela » (E19-QII :4).

11.2.2 Mais aussi pratiquer l'hypnose et/ou la pleine conscience pour eux-mêmes en tant que soignant

Les études de médecine sont décrites comme difficiles, « *maltraitantes* » par les praticiens, n'offrant pas la possibilité de se former à la relation de soin. Cela complique d'autant plus le métier difficile (rapport à la mort, à la maladie, à la souffrance humaine, aux émotions), surtout dans le contexte de pénurie de médecins, l'éducation à la faculté de médecine « *la part humaniste n'est pas cultivée, entretenue, mise en avant par les études* ». Cela leur a plus appris « *à être dans l'action/réaction. Le cadre hospitalier demande beaucoup, une certaine efficacité, rentabilité* ». Les médecins ont eu « *l'impression d'être pris au piège dans ce que les études de médecine conditionnent à faire avec les patients* » (E5-QII :1). Ils ont ressenti les études médicales comme de « *la terreur, de la maltraitance organisée, qui forment des pseudo-machines* » (E18-QII :4). Un médecin psychiatre exprime également ce « *manque de formation aux émotions* » dans sa spécialité et en médecine (E16-QII :4).

Il y aurait un intérêt à enseigner cela aux soignants, « *parce que les études sont dures* » notamment par « *la confrontation aux angoisses, à la mort* » (E16-QII :4). Cela aiderait à « *limiter les risques de burnout* » (E19-QII :4), limiter le transfert et le contre transfert... Et ainsi, « *se reconnecter à la présence de l'autre, à ses émotions, à son corps, à être dans un rapport plus humain, en faire son canal principal* ». Pour eux cet apprentissage serait « *une vraie révolution* » (E5-QII :1).

« *Je suis convaincue que la souffrance aujourd'hui du monde de la santé, ou des professionnels, la perte de sens, est multifactorielle, elle est due aux heures, au manque de personnel [...] On est tous là dans ces métiers parce que l'on a à cœur d'être en relation avec l'autre, d'apporter quelque chose à l'autre, aux souffrants, donc la souffrance il faut bien en parler à un moment ou à un autre. **Prenez soin de votre souffrance en tant que soignant.** On ne peut pas passer à*

côté de cela. Mon conseil c'est que faire de la médecine, c'est s'approprier sa souffrance et celle de l'autre. Donc cette formation vous ne l'avez pas. Donc cela peut être la méditation ou autre chose, mais il faut aller vers cela, pour construire un parcours professionnel, qui va vous épanouir et non pas vous mettre en difficulté » (E21-QII :4).

Pour conclure en termes de conseils, ils préconisent aux étudiants en médecine :

« De respecter leurs limites, de pouvoir rester bien à l'intérieur où en dehors du système ». En raison de « la pénurie, les médecins ne vont pas pouvoir aider tout le monde ». De manière de plus en plus fréquente, « des patients ne vont pas avoir de médecin traitant ». Les étudiants doivent comprendre que lorsque « le système est malade, ce n'est pas l'individu qui peut tout contrebalancer ». Il est essentiel pour les médecins « de garder un temps pour soi et de prendre soin de soi, de se protéger ». Les étudiants doivent « apprendre à prendre soin d'eux même » (E9-QII :4). « Parce que le métier de médecin, n'est pas un métier comme un autre. Il nécessite de garder une passion, cette fraîcheur, cette naïveté du regard tout au long de la carrière ». Et ce sont dans ces techniques nouvelles pour la médecine française, que l'on puise la possibilité de « s'améliorer soi-même et la relation de soin ». Il est essentiel qu'en médecine, ces techniques soient « apprises et possédées » (E19-QII :4) pour le bien-être de tous.

Discussion

1. Remarques terminologiques

Initialement nous avons choisi de réunir l'hypnose et la pleine conscience sous le nom de « États de conscience modifiée – ECM ». Au fil des réponses des médecins experts, le terme d'ECM a été remis en cause. Il ne répond plus à l'état des connaissances actuelles, qui s'inscrit dans un dépassement des théories freudiennes par les découvertes des neurosciences. Le concept de la trilogie « conscient » « inconscient » et « subconscient » a perdu sa pertinence car le fonctionnement cérébral doit désormais être appréhendé dans sa globalité. Les états de conscience modifiée deviennent des modes de fonctionnement parmi d'autres de la conscience globale (*« un état de conscience comme un autre » (E18-Q I :1)*)

Pour qualifier ces états les médecins interrogés expliquent :

« En 2019 j'ai eu la chance d'être introduit au Collège de France, et là les rencontres que j'ai faites m'ont beaucoup influencé dans une vision tonique, dans une conscience globale non cloisonnée par le conscient-inconscient-subconscient freudiens. Ça c'était valable à une époque, mais non basé sur des neurosciences, c'étaient des hypothèses. La modernité des neurosciences a montré que la conscience, le cerveau, c'est quelque chose de global. Quand il se passe quelque chose dans le cerveau à un endroit, l'ensemble est informé et il y a un partage de toutes les zones » (E10-Q I :1).

« Pour moi les ECM c'est un malentendu de langage, ce sont des modifications de perception » (E1-Q I :1).

« Pour moi, il n'y a pas d'état de conscience modifiée, ça n'existe pas, c'est un état de conscience comme un autre. Cette notion d'état de conscience modifiée est une notion un petit peu dépassée » (E18-Q I :1).

« L'idée ce n'est pas de modifier la conscience pour aller bien, c'est de quitter la conscience. L'hypnose c'est vraiment le soin, c'est ouvrir les perceptions » (E1-Q I :1).

Le terme ECM a été retiré de l'étude. Le terme « outil » est utilisé pour discuter conjointement des deux méthodes. Les termes « conscient » et « inconscient » sont utilisés ici pour faciliter la compréhension - dans l'attente d'un consensus sur une terminologie commune alternative.

Le professeur émérite de neurosciences Pierre Buser, membre de l'Académie des sciences écrit en 2013 dans son livre *Neurophilosophie de l'esprit* (49) :

« Assez peu de philosophes ont abordé ce difficile problème du "combien de modalités différentes de conscience ?" [...] Pour s'en tenir à l'homme il est en général acquis désormais que la conscience est, à des subtilités près, à deux niveaux : la conscience dite de fond, ou de base, ou large, ou primaire qui nous permet de vivre nos perceptions, nos actions et nos pensées, et la conscience réflexive dite aussi auto-conscience, self conscience ou méta conscience, grâce à laquelle, par l'introspection, nous nous percevons nous même en tant que percevant, agissant et pensant ».

2. Matériels et méthodes :

Il n'existe actuellement aucune étude en médecine générale portant sur la méditation de pleine conscience et l'hypnose réunies. Nous utiliserons en comparatif des études qui étudient de manière individuelle chacun des outils.

Les données qui suivent concernant la population générale de médecins en France, sont tirées de l'Atlas de la démographie médicale en France, du Conseil de l'Ordre des médecins, actualisé au 1^{er} janvier 2022 (18).

2.1 Concernant le matériel

2.1.1 Pratique et mode d'exercice des médecins de l'étude :

→ **La pratique de l'hypnose :** 13 médecins pratiquent l'hypnose dont

- 7 d'entre eux pratiquent uniquement l'hypnose
- 6 d'entre eux pratiquent l'hypnose et la pleine conscience.

→ **La pratique de la pleine conscience :** 14 médecins pratiquent la méditation de pleine conscience dont

- 9 d'entre eux sous forme de programme MBSR/MBCT en groupe.
- 5 d'entre eux en outils complémentaire à l'hypnose, de manière individuelle.

- **Les deux pratiques** : 6 médecins sur 21, pratiquent conjointement l'hypnose et la méditation de pleine conscience (cycle à proprement parler ou outils de pleine conscience au cours de séances d'hypnose).

Nous avons trouvé intéressant d'analyser la population également en fonction de la spécialité de médecins généralistes ou médecins cliniciens spécialistes afin d'approfondir la compréhension des différentes pratiques :

→ Le mode d'exercice des 12 médecins généralistes

- 7 médecins généralistes sont en secteur 1 incluant un médecin actif-retraité.
- 2 médecins sont en secteur 2.
- 2 médecins sont en secteur 3.
- 1 médecin généraliste travaille à l'hôpital.

Au total 91% soit 11 médecins généralistes exercent en médecine libérale. On est bien au-dessus de la population générale des médecins généralistes qui comprend 57,4% de libéraux (18).

→ La pratique des 12 médecins généralistes

- 10 médecins généralistes pratiquent l'hypnose avec leurs patients
- 4 médecins généralistes utilisent des outils de pleine conscience en complément de l'hypnose, de manière individuelle.
- 2 médecins généralistes pratiquent uniquement la pleine conscience avec leurs patients, parmi eux, un médecin est aussi formé en hypnose mais ne l'utilise pas.

→ Le mode d'exercice des 9 médecins spécialistes :

- 3 spécialistes sont en libéral.
- 2 spécialistes travaillent dans une structure de soin hospitalière.

- 3 des spécialistes sont retraités et continuent uniquement l'exercice de l'hypnose ou la pleine conscience.
- 1 personne continue son exercice en cumul emploi-retraite.

→ La pratique des 9 médecins spécialistes :

- 8 d'entre eux pratiquent uniquement la méditation de pleine conscience
- 2 d'entre eux pratiquent l'hypnose et la pleine conscience
- 1 seul des spécialistes pratique uniquement l'hypnose.

Il existe un biais concernant la variabilité des pratiques des spécialistes. La population initiale devait être composée uniquement de médecins spécialistes généralistes. Les témoignages de médecins généralistes pratiquant la pleine conscience avec leurs patients étant manquants, nous avons dû adapter le recrutement en fonction. Ainsi nous avons pu rencontrer plusieurs spécialistes cliniciens : un médecin interniste, un chirurgien orthopédique à la retraite, une cancérologue, une néphrologue, deux cardiologues (dont un retraité), une onco-gynécologue retraitée, un neurologue et un psychiatre.

Cela nous a permis de comprendre les problématiques et les apports de l'hypnose et la pleine conscience dans le champ médical.

2.1.2 Concernant la formation :

Pour rappel, le recrutement a été effectué, par mailing, téléphone, Google, Doctolib et par effet boule de neige sur l'ensemble du territoire français. De ce fait l'étude a pris en puissance, les réponses n'étant pas indexées sur une formation similaire de la population :

→ Concernant les 13 médecins formés en hypnose :

- 3 personnes sont formées à la SFMG
- 5 personnes se sont formées en hypnose dans le cadre hospitalier,

- 5 personnes se sont formées par le biais de DIU/DU d'hypnose médicale/formations en Instituts d'hypnose.

→ Concernant les 14 médecins formés en méditation de pleine conscience :

- 7 médecins se sont d'abord formés en centre de méditation bouddhiste avant de se tourner vers les programmes MBSR. Un seul de ces médecins préfère continuer à pratiquer de manière personnelle dans un centre spirituel.
- 7 médecins se sont initialement formés au programme MBSR, souvent dans le cadre hospitalier.

Cette différence de formations en méditation de pleine conscience est une richesse pour l'étude. Elle est due à la vulgarisation tardive en France de la méditation de pleine conscience laïcisée sous forme de programme MBSR (cf. intro : 2009 création de l'ADM en France/1979 Center for Mindfulness, Massachusetts).

2.1.3 Répartition géographique :

Les médecins interviewés sont répartis dans de grandes villes du territoire français - Bordeaux, Paris, Nice, Marseille, Toulouse, Lyon. En effet la pratique de la méditation de pleine conscience est, en médecine générale par exemple, anecdotique en France contrairement à l'intérêt qu'elle suscite dans d'autres pays frontaliers (Suisse, Allemagne cf. intro). Il a donc été nécessaire d'étendre la recherche de praticiens au territoire français.

2.1.4 Age et genre de la population :

L'échantillon est diversifié en âge regroupant des âges compris entre : 32 ans au plus jeune, 84 ans pour le plus âgé.

- 19% soit 4 personnes entre 30 et 40 ans
- 9% soit 2 personnes entre 40 et 50 ans
- 9% soit 2 personnes entre 50 et 60 ans
- 62% soit 13 personnes plus de 60 ans

La moyenne d'âge de l'échantillon se situe à 59,14 ans dans l'étude. Elle est supérieure mais

assez proche de la moyenne d'âge actuelle des médecins sur le territoire français – 57,6 ans (18). En France, les médecins âgés de 60 ans et plus, représentent 48,7% de l'ensemble des inscrits (18). Il y a une corrélation avec la proportion de médecins vieillissant et restant actifs en France – 6,1% (18). Dans l'étude, 8 des 21 médecins sont retraités-actifs et plusieurs médecins approchant de la retraite souhaitent continuer leurs activités comme hypnothérapeute après l'arrêt de la médecine (E2-4-8-17).

Il y avait pratiquement parité dans le genre :

- 11 femmes et 10 hommes – soit 52,3% de femmes et 47,6% d'hommes.

Dans l'étude, le pourcentage de médecins femmes est supérieur à celui des médecins hommes. Il est inférieur sur le territoire national mais pour peu de temps encore- 45,2% des médecins femmes, 54,8 % d'hommes en France (18). On peut noter que c'est également le cas dans la plupart des études sur l'hypnose ou la pleine conscience (20-21-22-45-46). Les pourcentages restent cependant assez similaires et reflètent ainsi correctement la population cible. À noter la tendance à la féminisation dans la profession médicale (60% de femmes en 2040 selon les projections gouvernementales (23).

2.1 Concernant l'analyse

Dans l'analyse, chez les médecins interrogés, seul le critère de l'âge joue comme discriminant dans leurs pratiques. Les plus âgées cherchent un nouveau souffle (« quête de sens ») dans leur pratique, les plus jeunes souhaitent une médecine plus ouverte, intégrant les pratiques complémentaires à leur formation universitaire.

Concernant leurs représentations ou leurs prises de position, elles sont communes à tous. L'ouverture d'esprit, la volonté de prendre en charge le patient dans sa globalité et la curiosité (formations complémentaires) des médecins formés en hypnose (20-21-22-24-45-46) et/ou en méditation de pleine conscience (25-26-27) se retrouvent dans les autres études sur ces sujets.

2.2 Concernant la méthode

La recherche qualitative n'a pas pour but d'accéder à un lien de causalité ou de quantité, contrairement à la recherche quantitative. Cette méthode explore, par la richesse des entretiens, une vision globale de la diversité peu connue des pratiques de ces outils. Nous avons cherché à recruter un maximum de médecins jusqu'à saturation des thèmes concernant les deux pratiques.

3 Forces et faiblesses de l'étude

3.1 Forces de l'étude

Une des puissances de cette étude réside dans le double codage des données et la double analyse conjointe par la thésarde médecin généraliste et une sociologue libérale expérimentée en étude qualitative. Ainsi le biais de l'analyse d'un soignant par un soignant a été limité.

Le mode de recueil des données par interview, vidéo ou présentiel est une force des études qualitatives. J'ai pu approfondir les réponses lorsque je le jugeais nécessaire et prendre en compte des informations plus subtiles quant à la communication non verbale.

Les participants de l'étude étaient prolifiques concernant leurs expériences. Le mode d'entretien semi dirigé a posé un cadre, permettant d'éviter au maximum le hors-sujet.

3.2 Faiblesses de l'étude

Concernant le recueil des informations, l'investigatrice a cherché au maximum à rester la plus objective possible lors de l'interview des médecins (sans influencer les médecins par ses propres jugements). Cependant, on peut se demander s'il y a une quelconque influence dans les réponses. Les participants auraient pu minimiser leurs expériences et ressentis négatifs lors des interviews, notamment devant un de leur pair.

On pourrait questionner également le fait que l'investigatrice soit formée aux deux outils. En revanche, investigateur naïf aurait risqué une perte de sens.

Lors de certaines interviews, le vécu et la personnalité propre à chacun a pu entraîner des inconforts sur certaines questions, notamment sur celles portant sur le prix des consultations ou leur mode de remboursement. L'investigatrice a ressenti un possible sentiment d'illégitimité et de doutes concernant le caractère conventionnel des remboursements. Peut-

être, à la réflexion partage-t-elle en parti celles-ci. Cet inconfort se retrouve déjà dans l'étude sur l'hypnose de 2011 (21), époque où l'hypnose médicale commençait à diffuser dans les services hospitaliers et les formations universitaires.

Cette peur reflète l'absence d'informations regroupées et claires quant aux dispositions légales concernant ces pratiques pour les médecins conventionnés, ainsi qu'un manque de soutien des institutions pour mettre en place ces pratiques de manière effective notamment en médecine générale. A noter que l'imposition récente d'un règlement arbitral a généré chez l'ensemble des professionnels une position plus militante sur le « tarif » acceptable d'une consultation médicale en médecine générale, notamment en regard des tarifs européens. A ce jour, la sécurité sociale prévoit une cotation à 0€ (ANRP001) pour l'hypnose uniquement à visée antalgique (28) dont elle ne départira pas sans la reconnaissance par le CNO du caractère spécifique de cette prise en charge médicale. A ce jour le Conseil de l'Ordre n'autorise pas les médecins à indiquer sur leurs plaques ou sur leurs ordonnances leur pratique de l'hypnose - même s'ils sont titulaires d'un DU-DIU (29).

L'investigatrice pour limiter ce biais, a reformulé en précisant l'intérêt des questions et l'absence de jugement sous-jacent.

Lors des entretiens semi-dirigés, certains médecins experts ont eu un discours préconstruit, limitant peut-être les informations, amoindrissant les côtés plus négatifs. Au contraire les médecins non experts ont formulé leur vécu plus intime et intériorisé. Il en ressort un discours moins construit (double sens, gêne à extérioriser la motivation, phrases coupées, hésitations, projections). Parfois certains médecins ont répondu à des questions de la trame avant que la question ne leur soit posée. L'investigatrice a choisi de ré-aborder le sujet de la question afin d'obtenir la réponse la plus complète possible.

Une autre difficulté est apparue dans le recrutement. Il n'existe pas d'annuaire national des médecins pratiquant l'hypnose. Au regard du grand nombre de formations d'hypnose (DU, DIU, institut comprenant tout type de personnes) il était difficile d'y recenser les médecins. A l'inverse concernant la méditation de pleine conscience, on a facilement accès, sur le site de l'ADM, à une liste d'instructeurs dont faisaient partis les médecins interviewés. L'effet boule de neige a contribué à trouver d'autres praticiens en dehors de cette liste.

L'investigatrice connaissait personnellement deux médecins interviewés. Etant donné la difficulté à recruter des soignants pratiquant ces outils, il a été choisi de maintenir leur intégration dans l'analyse. La neutralité des interviews a pu être obtenue par le cadre de l'entretien semi-dirigé.

Les médecins contactés par appel téléphonique n'ont pas émis de refus, ce qui a limité les biais supplémentaires concernant le recrutement.

Concernant la retranscription, elle a été réalisée de la manière la plus fidèle aux enregistrements (tics de langage, rires, fautes de syntaxes probablement dues au débit important et à la spontanéité des participants). La perte d'information s'est faite sur l'intonation des voix, la personnalité, les expressions du visage, non transposables à l'écrit.

Concernant l'analyse : la thésarde pratique elle-même l'hypnose et la méditation de pleine conscience, ce qui a conduit à une compréhension complète du sujet, facilitant l'analyse et triangulation avec la sociologue libérale.

4 Discussion des résultats

4.1 Lien corps - esprit

L'ensemble des médecins de l'étude posent comme préalable à leur pratique, la conviction du lien entre la psyché et le corps : « *c'est fondu l'un dans l'autre, il n'y a pas de clivage* » (E1-Q II :1) d'où émerge d'ailleurs en partie, leur désir de se former en hypnose médicale et/ou à la méditation de pleine conscience :

« L'hypnose c'était quelque chose qui m'a intéressée car j'étais très convaincue de l'absence de dichotomie entre le corps et le cerveau » (E19-Q I : 4).

« Je pense que tout médecin devrait être dans une optique d'agir sur le corps-esprit » (E12-Q I : 4).

Ernest Rossi en 1986 écrivait déjà « *Il n'y a pas de fossé mystérieux entre esprit et corps. Les processus de mémoire, d'apprentissages et de comportement liés à l'état, encodés par le système hypothalamico limbique et les systèmes qui lui sont associés, sont les principaux*

responsables des transductions d'informations permettant de réduire la dichotomie cartésienne entre l'esprit et le corps » (50).

Rossi, dans son livre intitulé *Psychobiologie de la guérison*, 2002 (47), explore les liens entre la neuroscience et la guérison psychologique et physique. « *L'hypnose peut être considérée comme un pont entre l'esprit et le corps, permettant à la guérison de se produire à des niveaux physiologiques et psychologiques* » (47). Rossi soutient que les processus mentaux et biologiques sont étroitement interconnectés. La guérison y est décrite comme un processus complexe qui implique des changements à plusieurs niveaux, y compris les niveaux moléculaire, cellulaire, psychologique et social. Elle repose sur la neuroplasticité, les capacités du cerveau et celles de l'expression génétique à répondre à une expérience positive.

Nombreux sont les articles scientifiques qui mettent également en lumière le lien entre le stress chronique et une santé médiocre (facteurs de risques cardiovasculaires, système immunitaire affaibli). Quant au comment, le prix Nobel de médecine Elisabeth Blackburn et le Dr Elissa Epel y répondent déjà en 2004 (30). Elles publient une étude in vivo sur l'impact du stress psychologique chronique et ressenti et l'accélération du vieillissement cellulaire. Cette étude est réalisée sur deux groupes comparables de femmes pré-ménopausées en bonne santé. Elle révèle de manière significative que :

- Les femmes ayant les niveaux de stress perçus les plus élevés ont des télomères* en moyenne plus courts d'au moins une décennie supplémentaire de vieillissement par rapport aux femmes à faible niveau de stress.
- Ces résultats ont des implications pour comprendre comment, au niveau cellulaire, le stress peut favoriser un début plus précoce des maladies liées à l'âge.

**Les télomères sont au cœur du contrôle de la sénescence et longévité cellulaire. Leur longueur peut servir de biomarqueur de l'âge biologique d'une cellule ou de son potentiel pour une division cellulaire ultérieure. Ils sont des complexes ADN-protéine situés à l'extrémité des chromosomes. Ils permettent la stabilité chromosomique, la protection du patrimoine génétique. Lorsque les cellules se divisent, le télomère n'est pas entièrement répliqué en raison des limitations des ADN polymérases dans la réplication, ce qui entraîne un raccourcissement des télomères à chaque réplication. Chez l'humain, les télomères raccourcissent avec l'âge dans toutes les cellules répliquatives connues.*

Ainsi, par cette étude on observe le lien de cause à effet des pensées stressantes répétitives sur le long terme. L'activation chronique des réponses de stress du système autonome et neuroendocrinien, conduit à une augmentation du stress oxydatif cellulaire. Lui-même impacte l'activité des télomérases, le raccourcissement des télomères et le vieillissement. Les résultats étant statistiquement significatifs, c'est une première en « Evidence-Based Medicine ». Le lien corps - esprit est mis en lumière pour la première fois au niveau cellulaire, tout en restant un mystère. On retrouve également cette importance-là dans la conférence de 2016 de J. Kabat Zinn, à l'Université de Strasbourg « Méditation et médecine du corps - esprit » (42).

4.2 Prendre en charge l'aspect psychogène en médecine

Partant du postulat de l'absence de scission corps - esprit, chacun des médecins a souhaité prendre en charge la personne dans sa globalité. Cela implique forcément pour eux le volet psycho émotionnel des maladies ou des douleurs. Ainsi permettre au patient « *de rétablir la bonne connexion entre le corps et la pensée* » (E1-Q II : 1).

« C'est prouvé [...] le stress les aggrave. Même je pense que toutes les maladies... ont aussi une cause émotionnelle. On peut le voir d'un point de vue énergétique, émotionnel, mécanique, biologique, avec le cortisol, le côté neuro-inflammatoire, c'est connu. C'est dommage de se priver de ça pour l'ensemble des maladies » (E12-QI :4).

Le point remarquable ici, est la subjectivité dans la douleur. Dans la pratique médicale, les médecins observent de nombreux patients, qui, à expression de symptômes clinico-organiques égaux, expérimentent une souffrance plus ou moins conséquente. En effet, la représentation des maladies et leur vécu, diffèrent d'un patient à un autre (31). Pour exemple dans l'arthrose, comme l'un des médecins l'explique : On a « *les mêmes radios, les mêmes limitations cliniques, et pourtant des douleurs très différentes en fonction des personnes* » (E5-QI : 4). Ainsi, on retrouve des clichés radiologiques similaires chez des personnes comparables (âge, sexe etc.) et une expression de la douleur radicalement différente. L'un vivra avec, continuera ses activités sans s'en soucier, sans ou avec peu d'antalgiques. L'autre sera handicapé dans ses activités quotidiennes, même en prenant de nombreux médicaments. La revue de la littérature du Dr Trouvin et Dr Perrot, *Pain in*

osteoarthritis, Implications for optimal management, Joint Bone Spine, 2017, démontre une corrélation modeste entre la douleur et le degré de dégénérescence articulaire et met en lumière comme variable la subjectivité dans le signal douloureux. (32). De même, on peut aussi faire l'observation que des symptômes qu'on peut juger peu inconfortables tel que les acouphènes peuvent être plus invalidants dans l'expression de la souffrance par le patient que des symptômes organiquement plus lourds. On comprend que c'est l'expérience du symptôme et non le symptôme en lui-même, qui crée la souffrance, impliquant la représentation symbolique du malade, la subjectivité de la personne dans l'expérience douloureuse. « *Il y a bien distinction entre ce que le patient perçoit et ce que la maladie est sur le plan de sa réalité matérielle* » (31). L'anxiété provoquée par le ressenti du symptôme va entraîner un véritable cercle vicieux, amplifiant neurologiquement le signal de l'influx douloureux, ce qui renforce son ressenti physique et donc de nouveau l'anxiété qui en résulte. (33) En acceptant le symptôme, cela permet au sujet de dépasser son ressenti et d'apprendre à vivre avec. L'acouphène « *dit horrible et invivable* » devient un simple son, moindre et peut disparaître dans la majorité des cas comme le révèlent certaines études (34). « *La réaction psycho émotionnelle est finalement beaucoup plus pourvoyeuse de souffrance que ne l'est objectivement le phénomène organique* ». (33)

« En fait la partie psychologique dans la médecine m'a toujours paru la plus essentielle. Je préfère comprendre comment les personnes fonctionnent pour les aider » (E13-Q1 : 4).

4.3 Les cas de prescriptions

Tout au long des entretiens, les médecins citent les différents cas d'application possible des outils. On retrouve dans des études les mêmes applications décrites par les médecins pour l'hypnose ou la méditation de pleine conscience. Pour la méditation de pleine conscience, dès 1982, J. Kabat-Zinn publie la première étude sur l'effet de la MBSR sur la réduction de la douleur et en particulier, les douleurs chroniques. L'étude met en évidence une amélioration de la qualité de vie ainsi que l'importance de la dissociation des composantes sensorielles et cognitives de la douleur (11). Les bénéfices sont constatés bien après l'arrêt de la pratique sur une période de quatre années (Cf. intro). On trouve une méta-analyse reprenant l'ensemble des indications énumérées par les médecins de l'étude : *MBSR et bénéfices sur la*

santé physique et mentale, 2004 (35). La thèse *Méditation de pleine conscience et médecine générale, 2021*, retrouve également ces indications (25). La pleine conscience transforme sa propre perception de son expérience. Elle permet de se « des-identifier » de ses douleurs, de sa maladie, de l'approche de la mort, de sortir de la position de victime dans sa vie, permet de cesser de voir la vie comme un fardeau mais d'en reprendre le plein pouvoir à chaque instant, explique le Professeur Jon Kabat-Zinn (42).

Concernant l'hypnose, le premier article étudiant son utilisation en médecine générale est publié en 1997 par les docteurs F. Raineri, C. Jousselin, J. Becchio (48). C'est une étude épidémiologique portant sur l'analyse de 150 consultations d'hypnose en médecine générale. Les diagnostics sont établis en concordance avec la CIM 10. Ils sont plus fiables, basés sur une terminologie non discutable. On note que les diagnostics pour lesquels l'hypnose s'avère applicable, sont fréquents en médecine générale. Les résultats sont comparables à ceux retrouvés dans notre étude. La thèse *Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale, 2011 (21)*, relève ces mêmes indications. Tout comme l'étude sur *L'état des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français, Bioy. A, 2017, (35)*. Les études sur l'hypno-antalgie ont montré une décroissance de la perception douloureuse, de la dépression et anxiété qui en résultent ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie chez les patients atteints de douleurs chroniques (41).

4.4 L'intérêt de l'hypnose et de la méditation de pleine conscience

Que ce soit l'hypnose ou la méditation de pleine conscience, ou encore le « *mélange des deux qui permet d'améliorer la compréhension de ce qu'il se passe* » (E13-QI :2), on observe une corrélation dans ce qu'ils apportent à la prise en charge des médecins.

Par l'utilisation de ces outils, les médecins ont le désir pour leurs patients :

- De réduire les prescriptions médicamenteuses (E18-QI :1) – antalgiques anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs (E5-Q I :1), « *Trouver la solution la moins toxique* » en utilisant « *les ressources internes du patient* » (E9-QI :4).

- Prendre en charge les symptômes émotionnels (E9-QI :5), par exemple ceux « de la sphère cardio-thoracique » tels que « les palpitations » (E11-Q-I :1) ou « les troubles du sommeil, l'anxiété » (E3-QI :4).
- D'autonomiser les patients dans l'apprentissage de la gestion de la douleur. (E5-Q I :1), apprendre « l'auto-soin » dans l'éducation thérapeutique (E21-Q I :1), « renforcer de manière placebo, le positif » les ressources du patient (E4-QI :2).
- Permettre une compréhension claire des pathologies et des thérapeutiques à mettre en œuvre (l'hypnose conversationnelle qui permet « d'expliquer les pathologies d'une façon métaphorique », « plutôt que d'utiliser des termes médicaux trop compliqués » (E4-QI :2).
- De prendre en charge la personne dans sa globalité : par exemple l'aide à la gestion « des retentissements importants psychiques » des maladies (E5-QI : 4), permettre au patient « d'adopter un autre schéma » de pensée globale qui sera lui libérateur (E13-Q I : 3).
- De permettre une alliance thérapeutique forte, plus humaine et « horizontale » (E9-QI :4), dans l'écoute et la bienveillance (E6-Q I : 1 / E19-Q I : 2).

Par ces outils, les médecins ont souhaité pour eux-mêmes « réintroduire du sens » (E14-QI :5), dans leur exercice et ainsi de :

- Répondre à l'insatisfaction du « manque » d'apprentissage du « lien dans le soin » des études médicales (E4-QI :1).
- Pallier aux « grandes frustrations » (E9-QI :4), ressenties dans la pratique de médecine conventionnelle : en élargissant « sa boîte à outil » (E2-QI :2), en étant « acteur » dans le soin promulgué aux patients (E18-QI :4).
- « Rompre la monotonie en diversifiant sa pratique » (E2-QI :4), en apportant « une joie sereine et très profonde » (E9-Q I : 4) dans leur consultation, « prendre le temps » en sortant de « la course à l'acte » (E18-QI :4).

- Développer « son sens clinique » par une qualité de présence, d'écoute (E20-QI :4 / E14-I :4), un mental plus calme avec la régulation de ses propres émotions dans la consultation (E9-QI :6).
- « *Transformer leur vie* » (E16-QI : 4), se guérir eux-mêmes sur le plan personnel : en comprenant « *comment fonctionne le mental* » (E6-Q I : 1), en pratiquant « l'autohypnose » (E9-Q I : 2), en participant aux cycles MBSR conduisant à « *accepter un diagnostic de cancer* » (E19-QI :6), à dépasser des « *difficultés familiales* » (E6-Q I : 1).
- Permettre à leurs parts émotionnelles du vécu du soin d'être prise en charge (limiter le risque de burnout, contact avec la mort et la souffrance humaine...)

Ce sont un ensemble de points de vue qu'on retrouve dans les études sur l'hypnose (20-21-22-24-45-46), et la méditation de pleine conscience (25-26-27).

4.5 Intégration de ces outils dans le soin et l'apprentissage de la médecine : « *une véritable révolution* » (E5-QII :1)

L'ensemble des soignants sont convaincus de la nécessité d'intégrer ses outils en faculté, « le plus tôt possible », dès que les étudiants sont aux contacts des patients.

Il y a plusieurs objectifs essentiels pour eux :

- L'apprentissage de la communication type « *hypnotique* » : « *le plus fondamentale dans le soin* » (E13-QII :4), l'apprentissage de la juste « *posture d'écoute* » (E18-QII :1). Hippocrate définit d'ailleurs la relation de soin comme « un colloque singulier » qui doit être conforme à des règles de déontologie.
- Prendre soin du soignant par la gestion des émotions (E5-QII :1), du stress, de la pression de la responsabilité et des vécus traumatiques des étudiants en médecine (« *la confrontation aux angoisses, à la mort* » (E16-QII :4), *limiter les risques de burnout* » (E19-QII :4), limiter le transfert et contre transfert, le contact avec la souffrance, la violence des consultations : maltraitances pédiatriques, viols et agressions sexuels, gestion des patients psychiatriques) (E16-QII :4 / E18-QII :4 / E5-QII :1).

Les mots des médecins concernant les études médicales sont forts: « *maltraitance organisée* », « *terreur* », « *formation de pseudo-machines* » (E18-QII :4), « impression d'être pris au piège dans ce que les études de médecine conditionnent à faire avec les patients » (E5-QII :1). On note que ce vécu n'est ni récent, ni spécifique à la France. Selon l'étude de Hill & Wigfield 1984 ou Hahne 1999 (37) : les étudiants en médecine sont sujets à plus de 25% de trouble anxieux et burnout par rapport aux autres étudiants. L'enquête en 2017 de l'Intersyndical national des internes en médecine (l'ISNI) (38) retrouve 23% d'étudiants ayant des idées suicidaires, dont 5% le mois précédent l'enquête et 3,8% déclarent une tentative de suicide. L'ISNI communique de nouveau en 2021 sur le sujet, également avec des mots forts : « *La formation médicale en France repose sur une violence institutionnalisée[...] Nous, jeunes médecins en cours de spécialisation, avons trois fois plus de risque de mourir par suicide que les Françaises et Français du même âge* ». (39)

On comprend que le contact brusque, non préparé avec la souffrance humaine, les corps dans tous leurs états, jusqu'à la mort, s'avère complexe pour les jeunes soignants autant que les patients. En effet, l'étude de la HAS (40) *Maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé, 2009*, met bien en exergue le propos des médecins de l'étude. De nombreux témoignages rapportent malheureusement « *des attitudes indifférentes, déplacées ou agressives* », échos des difficultés du système actuel et de l'épuisement des soignants.

L'enseignement obligatoire et gratuit de ces outils pour les étudiants n'est pas encore mis en place en France contrairement aux pays voisins (Suisse, Belgique cf intro). On ne peut y accéder par le biais de la faculté qu'à partir du IIIème cycle, de manière optionnelle. De la première année de médecine jusqu'à la sixième, il n'existe pas d'enseignement à la relation à l'autre dans le soin. Le moyen actuel majoritaire d'apprentissage à la relation de soin pour l'ensemble des spécialités, reste l'observation de ses pairs et la confrontation aux situations complexes. Il existe peu de théories quant aux des techniques non médicamenteuses (16-17) contrairement à la Suisse, l'Amérique, la Belgique (cf. intro). La gestion du stress et de l'anxiété se fait à l'initiative de l'étudiant, s'il souhaite se tourner vers la cellule psychologique de la faculté. Il n'existe pas d'apprentissage pour l'ensemble des étudiants à la gestion du stress.

Des actions collectives de soignants auprès des étudiants permettent d'espérer un changement. Pour exemple, de 2018 à 2021, Le Dr Cloé Bramy a fondé un projet d'un cycle gratuit de 8 séances pour les étudiants en médecine, de l'externat à l'internat, ouvert à toutes les facultés de Paris et sa région. Ce projet s'inscrit dans une mission de prévention contre les risques suicidaires, burnout, épuisement, enjeux de performance, dépression, stress etc (44).

On retrouve également cette volonté dans l'enseignement de la médecine générale, On aborde entre pairs des notions telle que l'écoute active et quelques heures de groupes de parole sur la communication thérapeutique.

En 2018, deux thèses sur la formation des internes de médecine générale et médecins généralistes à l'utilisation de l'hypnose à visée médicale ont mis en lumière des aspects similaires (45-46). Du point de vue des soignants, l'hypnose est adaptée et bénéfique dans la pratique médicale. L'hypnose pourrait pallier aux lacunes de la formation médicale concernant la gestion des émotions et la communication dans le soin. Ils reprennent les mêmes points abordés par notre étude concernant les apports et les freins ressentis de l'hypnose (45-46).

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en lumière l'apport et les freins de l'utilisation de la méditation et de l'hypnose en médecine. Comme dans les autres études sur ces sujets, on retrouve les mêmes notions articulées autour de la volonté de prendre en charge les patients de la manière la plus bénéfique et conforme au fonctionnement humain possible. On comprend que tisser du lien dans le soin est également un véritable art auxquels contribuent ces outils. Leurs apprentissages systématiques au cours des études de médecine seraient « *une véritable révolution* » (E5-QII :1), tant pour la qualité du soin que la santé des soignants. Les motivations principales sont de prendre soin de l'autre et de soi-même avec bienveillance ; de responsabiliser et autonomiser les patients dans leur santé, de leur permettre de mieux utiliser leurs propres ressources, de limiter les prescriptions de médicaments et de renforcer l'alliance thérapeutique.

Les limites à ces pratiques résident dans le manque de reconnaissance des institutions, l'absence de formation initiale, la nécessité d'engagement des patients le temps requis de consultation en regard de la demande de soins le tarif actuel des consultations, le remboursement par la CPAM ou les mutuelles et de façon plus fondamentale, la scission actuelle en France entre la médecine telle qu'enseignée à l'université et l'approche biopsychologique retrouvée dans ces deux « outils ». Cependant, les bénéfices de ces pratiques sont jugés très appréciables : développement de l'écoute compassionnelle et attentive, de la bienveillance, de la joie à pratiquer son métier, de résultats thérapeutiques rapides et motivants, de transformations profondes tant pour les patients que pour les intervenants. L'hypnose et la méditation de pleine conscience permettent plus largement de répondre à une quête de sens à la fois personnelle et professionnelle des médecins. Tous désirent promouvoir ces outils dans le soin et l'apprentissage de la médecine.

Cette étude met donc en avant le paradoxe suivant : le désir de nombreux médecins de contribuer à l'émergence d'une médecine considérée comme plus « *humaine* », holistique, moins invasive et les entraves quasi spécifiques à la France concernant la pratique et les réglementations de ces outils. Parmi les sources identifiées, on trouve les représentations

erronées des milieux universitaires enseignant et le manque de reconnaissance des institutions de santé.

Il serait intéressant de réaliser une étude comparative entre la vision des médecins n'ayant jamais été initiés à ces outils et des médecins les pratiquant. Ont-ils également une holistique de la médecine ? Cherchent-ils aussi à limiter les prescriptions ? Sont-ils désireux d'un lien plus humain ? Ont-ils un niveau similaire de bien-être dans leur pratique ?

Annexe

1. Liste des interviewés

Entretien 1, homme 60aine d'années, médecin généraliste, hypnose – expert

Entretien 2, femme 61 ans, médecin généraliste, hypnose – intermédiaire

Entretien 3, homme 32 ans, médecin généraliste, hypnose – débutant

Entretien 4, femme 66 ans, médecin généraliste, hypnose – experte

Entretien 5, homme 43 ans, médecin interniste, instructeur MBSR – expert

Entretien 6, homme 69 ans, chirurgien orthopédiste, instructeur MBSR – intermédiaire

Entretien 7, femme 37 ans, oncologue, instructrice MBSR – experte

Entretien 8, femme 65 ans, médecin généraliste, hypnose – intermédiaire

Entretien 9, femme 34 ans, médecin généraliste, hypnose – débutante

Entretien 10, homme, 74 ans, médecin généraliste, hypnose et méditation - expert

Entretien 11, homme – 45ans, cardiologue, hypnose – expert

Entretien 12, homme – 35ans, neurologue, hypnose et méditation – intermédiaire

Entretien 13, homme 74 ans, médecin généraliste, hypnose et méditation – intermédiaire

Entretien 14, femme 50 ans, médecin généraliste, hypnose – experte

Entretien 15, femme 74 ans, Gynécologue retraitée, instructrice MBSR/MBCT-experte

Entretien 16, femme 67 ans, psychiatre, instructrice MBSR/MBCT – intermédiaire

Entretien 17, femme 65 ans, médecin généraliste, instructrice MBSR/MBCT – débutante

Entretien 18, homme 84 ans, médecin généraliste retraité, hypnose - expert

Entretien 19, femme 70 ans, cardiologue retraitée, hypnose et méditation – experte

Entretien 20, homme 69 ans, médecin généraliste retraité, instructeur MBSR/MBCT –

intermédiaire

Entretien 21, femme 59 ans, néphrologue, instructrice MBSR/MBCT – experte

2. Guide d'entretien

Présentation :

Bonjour, je suis Anne Sokolowski, interne en médecine générale à l'Université de Paris. J'ai eu l'occasion de me former à l'hypnose médicale à la SFMG et de la pratiquer tout au long de mon internat. Je me suis passionnée pour les différentes techniques d'hypnose dont les techniques d'activation de la conscience et la pleine conscience, ce qui me conduit aujourd'hui à réaliser ma thèse sur ce sujet. Pour rappel, cet entretien est anonymisé.

l) Sur le plan personnel/professionnel :

1) Comment avez-vous découvert l'hypnose et/ou la pleine conscience ?

Relances éventuelles : Quels ont été les événements déclenchant cet intérêt ? Comment vous êtes-vous formé à cette pratique ?

2) Quelles sont les particularités de votre pratique ? A qui la proposez-vous et de quelle manière ? (*Fréquence, temps de consultation, prix moyen de consultation classique et consultation avec pratique de l'hypnose et/ou la pleine conscience. Décrivez-nous le cadre spécifique pour cette pratique, concrètement comment cela se passe (cf ci-dessous) ?*)

3) Pouvez-vous me raconter le dernier patient que vous avez pris en charge avec l'hypnose et/ou la pleine conscience ? Ou Une séance qui vous a particulièrement marquée ? Pourquoi cela vous a marqué ?

4) Quelles ont été les motivations qui vous ont conduit à pratiquer cet état de conscience modifiés avec vos patients ? Qu'est-ce que cela vous a apporté ? Et personnellement ?

5) S'il y avait des difficultés, des inconvénients quels seraient-ils ? Quelles solutions avez-vous mis en place pour pallier à ces freins ?

6) Comment décririez-vous le vécu en lui-même de l'hypnose et/ou la pleine conscience chez le praticien ?

II) Relation Patient/soignant :

- 1) Concernant la relation patient/soignant, quelle est l'influence de cette pratique ?
- 2) Selon vous, lorsque vos patients viennent spécifiquement pour l'hypnose et/ou la pleine conscience, ont-ils des particularités ?
- 3) Comment gérez-vous les résistances/craintes/appréhensions de la part des patients ?
- 4) Comment voyez-vous votre activité future ? Quels seraient vos conseils pour des jeunes internes ?

Pour finir, je vais vous poser quelques questions pour mieux comprendre qui vous êtes...

Cette partie est ce que l'on appelle le talon sociologique (ou données sociodémographiques).

-Quel est votre parcours ?

-Depuis combien d'années pratiquez-vous cet outil en médecine ?

-Quel est votre mode d'exercice actuel (sectorisation, libéral, regroupement, années de pratique) ?

-Quels sont vos différentes formations en communication thérapeutique ou autres ?

-Etes-vous enseignant, maître de stage ?

-Pratiquez-vous d'autres activités spécifiques ?

-âge – sexe - année d'installation

3. Serment d'Hippocrate

En présence des Maitres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Bibliographie

1. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf
2. Godin Jean, La nouvelle hypnose, 1992
3. American Psychological Association, Division 30, March 2014
4. Kabat-Zinn J, *Ou tu vas tu es*, 1996.
5. The *Journal of Nervous and Mental Disease*, *Hypnotism and the british medical association*, Volume 16 - Issue 1 - p 49-50, Janvier 1891
6. Kennedy A. The medical use of hypnotism, *British medical journal*, Juin 1957
7. The American Medical Association, Council on Mental Health : Medical use of Hypnosis, *Journal of the American Medical Association*, 1958
8. Kirmayer, *Teaching Hypnosis To Medical Students : A Naturalistic Approach*. 1984
DOI : <https://doi.org/10.1007/BF03399930>
9. Hammer, Scholz, Bischofsberger, Kleinsasser, Paulsen, Burger. Positive effects of medical hypnosis on test anxiety in first year medical students, *Innovations in Education and Teaching International*, 2021 DOI : <https://doi.org/10.1080/14703297.2021.1886971>
10. Isnard Bagnis, *La pleine conscience au service de la relation de soin*, 2017
11. Kabat-Zinn J, An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of Mindfulness meditation : the oretical considerations and preliminary results, *Gen Hosp Psychiatry*, avr 1982, DOI : 10.1016/0163-8343(82)90026-3
12. DL Lasseonde, *les thérapies complémentaires dans le système de santé suisse : Exemple à suivre ou cas unique*, Hegel, 2019
13. Hasan SS, Whorwell PJ, Miller V, Morris J, Vasant DH. Six vs 12 Sessions of Gut-focused Hypnotherapy for Irritable Bowel Syndrome : A Randomized Trial. *Gastroenterology*. Jun 2021, DOI : 10.1053/j.gastro.2021.02.058
14. The Mindfulness All-Party Parliamentary Group. *Mindful Nation UK*, 2017 Disponible sur : https://Mindfulnessinschools.org/wp-content/uploads/2017/09/Mindfulness-APPG-Report_Mindful-Nation-UK_Oct2015-1.pdf
15. The Rt Hon Damian Hinds MP, and The Rt Hon Matt Hancock MP. One of the largest mental health trials launches in schools. Department for Education, Department of

Health and Social Care, 2019, Disponible sur :
<https://www.gov.uk/government/news/one-of-the-largest-mental-health-trials-launches-in-schools>

16. ITEM 71 – Différents types de techniques psychothérapeutiques, 2021.
17. ITEM 327 – Principes de la médecine intégrative, utilité et risques des interventions non médicamenteuses et des thérapies complémentaires, 2021
18. Atlas de la démographie médicale en France, 2022, Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
19. CARMF, Archives 2022, L'évolution du nombre de médecins en cumul, disponible sur http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2022/med_cumul.htm
20. Perret A, Impact de la formation à l'hypnose médicale et thérapeutique sur la pratique professionnelle des soignants : étude qualitative, Grenoble, 2017, Id : dumas-01619877 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01619877>
21. Gallet E. Pratique de l'hypnose en médecine générale, Tours, 2011. Id : dumas-01310922 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922>
22. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France Médecine humaine et pathologie, sous la direction de Bioy Antoine, Paris Descartes, 2016, Id : dumas-01310922 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922>
23. DREES, Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projection démographique. 2021 mars, disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
24. Fagbemi. Hypnose médicale et influence sur la pratique de la médecine générale. Angers, 2021.
25. Milesi M., Méditation de pleine conscience et médecine générale, 2021, Bordeaux
26. Humbert E. La méditation pleine conscience : vers une pratique professionnelle médicale sereine : étude qualitative auprès de médecins pratiquant la méditation pleine conscience. Médecine humaine et pathologie. Lorraine, 2019. hal-03297712
27. Perche D. L'influence de la méditation dans la pratique des médecins généralistes méditants. Montpellier, 2019, ID : dumas-02880616
28. CCAM en ligne, soins gratuits. Disponible sur https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/prise-en-charge-acte.php?code=ANRP001&date_effet=&activite=0&phase=0

29. Conseil de l'Ordre des Médecins. 2015. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/titres-universitaires-et-honorifiques-autorises-sur-les-plaques-et-ordonnances-927>
30. Blackburn, Epel E Elissa. Accelerated telomere shortening in response to life stress. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2004, DOI : 10.1073/pnas.0407162101
31. Bénony, Bioy H Antoine. L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Les représentations de la maladie. 2012.
32. Trouvin, Perrot A S. Pain in osteoarthritis. Implications for optimal management. Joint Bone Spine, Juillet 2017; DOI : 10.1016/j.jbspin.2017.08.002
33. Sillam O. Petit traité de neuro-spiritualité
34. Dauman, Dauman N R An. Empowerment Model for Individuals with Chronic Tinnitus. Ear Hear. Avril 2021, DOI : 10.1097/AUD.0000000000000946
35. Bioy. A État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français, Encephale. 2017 Octobre ; PMID : 27644918.
36. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. J Psychosom Res. Jul 2004, DOI : 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
37. Prinz. J Imagery-based treatment for test anxiety : a multiple-baseline open trial Journal of Affective Disorders ; 2019 DOI : 10.1016/j.jad.2018.10.091.
38. Intersyndical national des internes. Enquête santé mentale jeunes médecins [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
39. Intersyndical national des internes en médecine, « Suicides des internes en médecine : l'État et les doyens fautifs ! », 2021 Disponible sur : <https://isni.fr/suicides-des-internes-en-medecine-letat-et-les-doyens-fautifs/>
40. Compagnon C, maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé, 2009, HAS, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1258960/fr/la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante
41. Bicego, Rousseaux, Faymonville, Nyssen, Vanhaudenhuyse. Neurophysiology of hypnosis in chronic pain : A review of recent literature. Am J Clin Hypn. 2022, DOI : 10.1080/00029157.2020.1869517
42. J. Kabat Zinn, Méditation et médecine du corps-esprit, l'Université de Strasbourg conférence, 2016, Disponible sur : <https://pleineconscience-mindfulness.fr/conferences/>

43. J. Kabat Zinn, La Mindfulness dans la relation de soin, Université de Strasbourg, 2017
oct disponible sur : <https://pleineconscience-mindfulness.fr/conferences/>
44. Dr Bramey C. projet MBSR étudiants en médecine, 2018 disponible sur
<https://www.mbsr-paris.fr/etudiants-soignants/>
45. C. Le Roch Étude qualitative sur les impacts d'une formation à l'hypnose médicale
pour des médecins généralistes d'Île-de-France, 2018, Disponible sur :
https://www.sfmfg.org/publications/les_theses/les_impacts_dune_formation_a_lhypnose_medicale_pour_des_medecins_generalistes_dile-de-france.html
46. Y. Gabr, Analyse qualitative des motivations, représentations et impacts d'une
formation d'initiation à l'hypnose, sur les internes de médecine générale, 2020,
Disponible sur :
https://www.sfmfg.org/publications/les_theses/analyse_qualitative_des_motivations_representations_et_impacts_dune_formation_dinitiation_a_lhypnose_sur_les_interne_de_medecine_generale.html
47. Ernest Rossi, Psychobiologie de la guérison (The Psychobiology of Gene Expression :
Neuroscience and Neurogenesis in Hypnosis and the Healing Arts), 2002.
48. F. Raineri, C. Jousselin, J. Becchio, S. Gourdet, L'hypnose en consultation de médecine
générale libérale, 1997, Disponible sur :
https://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/1149/fichier_fichier_dr49_raineria14aa.pdf
49. Pierre Buser, *Neurophilosophie de l'esprit*, Odile Jacob, 2013.
50. E. Rossi, Les bases biologiques de la psychologie et de la psychothérapie (The
Psychobiology of Mind-Body Healing), 1986.

Résumé

Etude qualitative auprès de médecins spécialistes généralistes et cliniciens français : Apports et freins de l'hypnose et de la méditation de pleine conscience à visée médicale

Résumé :

L'hypnose médicale et la méditation de pleine conscience entrent aujourd'hui dans le cadre des médecines complémentaires selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1). Ces deux outils, singuliers et puissants, sont devenus des objets de recherche estimés des chercheurs étudiant la conscience. L'hypnose et la méditation de pleine conscience ne faisant pas partie du cursus médical français, contrairement à d'autres pays européens, on peut se demander pourquoi des cliniciens ont souhaité acquérir ces compétences supplémentaires.

Nous avons donc interrogé 21 médecins répartis sur l'ensemble du territoire français, utilisant l'hypnose et la pleine conscience dans leur pratique médicale. Il s'agit d'une étude qualitative, conduite jusqu'à saturation des données.

Les entretiens semi-directifs ont montré que ces médecins ne considèrent pas qu'il y ait de scission entre le corps et l'esprit. Selon eux, l'approche bio-médicale doit nécessairement devenir plus globale pour répondre aux besoins des patients. Elle doit également prendre en compte les avancées des neurosciences, des recherches sur la pleine conscience et sur l'hypnose. Ces approches holistiques fondées sur la mobilisation des ressources des patients ont permis aux médecins de l'étude d'apporter des solutions bénéfiques à la santé des patients. Ils ont également relevé des changements positifs dans leur vie professionnelle et personnelle, que ce soit dans la gestion des émotions, la communication hypnotique et bienveillante, le dépassement des limites de la médecine conventionnelle, la réduction des prescriptions ou l'écoute du patient en pleine présence et sans jugement.

Cependant, le manque de reconnaissance institutionnelle, l'absence de formation initiale, la nécessité d'engagement des patients et le temps requis pour les consultations sont des limites à la pratique de ces outils.

Les médecins regrettent de ne pas avoir eu accès à ces outils plus tôt dans leur cursus. Ils estiment que l'apprentissage de ces outils dès le début de la formation médicale serait une véritable révolution conceptuelle pour le bien-être des patients et des soignants.

Médecine Générale

Hypnose – Méditation – Mindfulness – Médecine générale

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

**Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**