

heig-vd

Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion
du Canton de Vaud

**Recommandations
à l'intention de praticiens débutants
en hypnose ericksonienne**

Yvan Maillard Ardent

evolutio·
COACHING

Janvier 2010

Travail de certificat

Certificate of Advanced Studies (CAS) en Communication et Coaching

« Car qu'est-ce que l'hypnose sinon la découverte d'un nouveau mode de dialogue avec des parties de soi-même qu'on croyait muettes, à défaut d'ignorer tout simplement leur existence? »

Bertrand Piccard, psychiatre, aérostatier et initiateur de Solar Impulse (projet du premier tour du monde en avion solaire).

Avertissement :

Dans l'ensemble de ce travail, l'usage du masculin est à entendre en un sens neutre, se rapportant aux personnes des deux sexes.

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes suivantes qui ont accepté de répondre au questionnaire dans le cadre de cette étude (citées par ordre alphabétique) :

- Marie-France Bourdais, coach et professeure HES
- Vincent Desobry, coach
- Marie-Claire Guinand, physiothérapeute
- Denis Jaccard, thérapeute
- Aurelia Perroud, thérapeute
- Marie-Jeanne Rohr, physiothérapeute
- Marlyse Schweizer, thérapeute shiatsu et enseignante
- Janique Sciboz, infirmière en psychiatrie et pédagogue
- Daniel Taiana, infirmier en psychiatrie

L'apport de l'ensemble de ces personnes a été très précieux. Elles ont apporté, chacune à leur manière, de passionnantes réponses aux questions posées et ont formulé des recommandations très pertinentes à l'intention des praticiens en hypnose ericksonienne débutants.

Liste des abréviations

CAS	Certificate of Advanced Studies
CFTH	Certificat de Formation en Techniques Hypnotiques
ECM	Etat de conscience modifié
HE	Hypnose ericksonienne
HEIG-Vd	Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud
HES	Haute Ecole Spécialisée
IRHyS	Institut Romand d'Hypnose Suisse
MAS	Master of Advanced Studies

Table des matières

Résumé	5
Partie 0 : Introduction	6
1. Contexte	6
2. Objectif de ce travail.....	6
3. Questions initiales	7
4. Utilité des questions initiales	8
5. Démarche adoptée.....	9
Partie I : Apports théoriques	10
1. Définitions.....	10
1.1. Qu'est-ce que l'hypnose ?	10
1.2. Différences entre hypnose classique et hypnose ericksonienne.....	11
2. Historique de l'HE	12
3. Analyse bibliographique des questions initiales.....	13
Question 1 : Techniques, outils et symptômes.....	14
Question 2 : Forces.....	16
Question 3 : Faiblesses	17
Question 4 : Contre-indications	20
Question 5 : Critères de succès.....	21
Question 6 : Erreurs possibles.....	23
Question 7 : « Bad trip » et forte abréaction affective	25
Question 8 : Apprentissages après la formation.....	26
Question 9 : Recommandations	26
4. Conclusion intermédiaire.....	27
Partie II : Observations sur le terrain	28
1. Problématique et résultats attendus	28
2. Hypothèses de travail.....	28
3. Observations : questionnaires et interviews	28
4. Analyse des informations des interviews	29
5. Conclusions de l'analyse de réponses.....	41
5.1. Conclusions générales	41
5.2. Confirmation ou infirmation des hypothèses de travail.....	41
Partie III : Recommandations et conclusion finale	43
1. Recommandations	43
1.1. Processus d'apprentissage de l'HE	44
1.2. Outils d'HE les plus fréquemment utilisés	44
1.3. Modalités de la pratique de l'HE	44
1.4. Critères de succès lors de l'utilisation de l'HE	45
1.5. Erreurs à éviter lorsque l'on utilise l'HE	45
1.6. Contre-indications à respecter.....	45
1.7. Forces de l'HE	45
1.8. Faiblesses de l'HE	46
1.9. « Hygiène de l'esprit » du praticien.....	46
2. Conclusion finale	47
3. Futurs thèmes de recherche	47
Bibliographie.....	48
Annexe: questionnaire-type.....	50

Résumé

L'objectif de ce travail de certificat est d'émettre des recommandations à l'intention de praticiens débutants en hypnose ericksonienne (HE). Pour ce faire, un questionnaire composé de neuf questions initiales a été développé. Les questions portaient sur les outils et les indications de l'HE, les forces et les faiblesses de l'HE, les contre-indications, les critères de succès, les erreurs, ainsi que les apprentissages après la formation. Ensuite, la démarche de recherche s'est articulée en trois étapes :

1. une recherche bibliographique a été faite pour répondre à ces neuf questions ;
2. des hypothèses de travail ont été formulées sur la base des réponses apportées par la recherche bibliographique;
2. une enquête de terrain consistant en des entretiens avec neuf praticiens expérimentés en HE a permis de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de travail.

Les neuf praticiens qui ont participé à cette étude ont apporté des réponses d'une grande richesse et diversité. Ceci peut s'expliquer par la diversité des professions des praticiens (infirmiers, coaches, physiothérapeutes, thérapeutes) ainsi que par le fait que la pratique de l'HE est loin d'être figée mais peut être adaptée à chaque métier et à chaque style de praticien. La conclusion principale de cette étude est que la grande majorité des éléments de réponses de l'analyse bibliographique a été confirmée par les réponses des praticiens. Les réponses des praticiens ont même permis de fortement compléter et d'enrichir les apports bibliographiques, notamment par des exemples de séquences vécues en séance et par des outils originaux développés par les praticiens.

Les réponses issues de l'analyse bibliographique et des interviews de praticiens ont permis de développer 41 recommandations classées dans neuf catégories. Une sélection de recommandations est présentée dans le tableau ci-dessous. Le chiffre entre parenthèses indique le nombre de praticiens ayant cité la recommandation.

Catégories	Recommandations
Processus d'apprentissage de l'HE	Faire des interventions et des supervisions (7) Suivre des cours de formation continue (4) Beaucoup pratiquer (4)
Outils les plus fréquemment utilisés	Utiliser des métaphores (6) Utiliser l'hypnose conversationnelle (4) Utiliser les inductions et trances cénesthésiques (4)
Erreurs à éviter	Ne pas savoir utiliser ce que le patient apporte (3) Avoir une trop grande attente de résultats (2)
Contre-indications à respecter	Ne pas utiliser l'HE pour des patients souffrant de troubles psychotiques (5) Ne pas utiliser l'HE pour des patients sous l'emprise de l'alcool ou de drogues (3)

Tableau 0: Sélection de recommandations pour les praticiens débutants.

Partie 0 : Introduction

1. Contexte

Ce travail est écrit en vue de l'obtention du Certificate of Advanced Studies (CAS) en Communication et Coaching de la Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud (HEIG-Vd) à Yverdon. Ce CAS est un des CAS proposés dans le cadre du Master of Advanced Studies (MAS) « Human Systems Engineering »¹.

2. Objectif de ce travail

L'objectif de ce travail de certificat est le suivant :

***émettre des recommandations à l'intention de praticiens² débutants
afin que ceux-ci puissent utiliser l'hypnose ericksonienne (HE) avec succès.***

Pour atteindre cet objectif, les sous-objectifs suivants ont été formulés :

- définir les différentes utilisations de l'HE dans une relation d'aide (quelles techniques pour quelles indications)
- identifier les forces et les faiblesses de l'HE
- connaître les contre-indications de l'HE
- connaître quelles erreurs peuvent être commises et savoir comment les éviter
- identifier les enseignements que les praticiens ont tirés de leur pratique de l'HE qui n'étaient pas contenus dans leur formation en HE

¹ <http://www.human-systems-engineer.ch/>.

² Par praticien en hypnose ericksonienne, nous comprenons tout professionnel de la relation d'aide (médical et paramédical : psychiatre, psychothérapeute, physiothérapeute, infirmier ; ou socio-pédagogique : éducateur, coach, enseignant), au bénéfice d'une formation en hypnose ericksonienne reconnue, qui utilise l'hypnose ericksonienne dans le cadre de son travail.

3. Questions initiales

A partir des sous-objectifs détaillées au chapitre précédent, neuf questions initiales ont été développées (voir ci-dessous).

1. Quelles sont les techniques d'HE qui sont le plus souvent utilisées ? Et pour quels types de symptômes ?
2. Quelles sont les forces de l'HE ?
3. Quelles sont les faiblesses de l'HE ?
4. Dans quelles situations l'HE ne devrait pas être utilisée ?
5. Quels critères peut-on utiliser pour reconnaître que l'HE a été utilisée avec succès ?
6. Quelles erreurs peuvent être commises en utilisant l'HE? Et comment les éviter ?
7. Y a-t-il des cas où les patients ont fait un « bad trip³ » ou ont eu une forte abréaction⁴ émotionnelle ?
8. Quels enseignements peut-on tirer d'une pratique d'HE qui ne sont pas contenus dans une formation en HE ?
9. Quelles recommandations peut-on donner à des praticiens qui terminent leur formation en HE et qui commencent à pratiquer ?

³ Le **bad trip** (de l'anglais, littéralement : « mauvais voyage ») est un terme qui désigne communément une « mauvaise expérience liée à la prise de drogues ». Dans le contexte de l'hypnose, le « bad trip » a une signification différente. Il désigne une « expérience qui est mauvaise, non pas dans le sens de non-productive, mais dans le sens de désagréable » pour le patient (Holmquist, 2009).

⁴ L'abréaction émotionnelle est définie comme une « décharge émotionnelle par laquelle le sujet se libère de la composante affective attachée au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir pathologique » (Luminet, 2002).

4. Utilité des questions initiales

Chaque question initiale présente une utilité et un intérêt différent du point de vue du praticien débutant. Dans le tableau ci-dessous, nous présentons l'utilité des neuf questions initiales pour le praticien débutant.

Question initiale	Utilité pour le praticien débutant
1. Quelles sont les techniques d'HE qui sont le plus souvent utilisées ? Et pour quels types de symptômes ?	Il est utile pour un praticien débutant de connaître quelles sont les techniques les plus couramment utilisées par les praticiens expérimentés
2. Quelles sont les forces de l'HE ?	Il est utile pour un praticien débutant de connaître quelles sont les forces de la méthode et des outils qu'il utilise
3. Quelles sont les faiblesses de l'HE ?	Il est utile pour un praticien débutant de connaître quelles sont les faiblesses de la méthode et des outils qu'il utilise
4. Dans quelles situations l'HE ne devrait pas être utilisée ?	Il est utile pour un praticien débutant de connaître les contre-indications de l'HE
5. Quels critères peut-on utiliser pour reconnaître que l'HE a été utilisée avec succès ?	Il est utile pour un praticien débutant de savoir quels critères de succès utiliser
6. Quelles erreurs peuvent être commises en utilisant l'HE? Et comment les éviter ?	Il est utile pour un praticien débutant de connaître quelles sont les erreurs qui ont été commises par des praticiens expérimentés
7. Y a-t-il des cas où les patients ont fait un « bad trip » ou ont eu une forte abréaction émotionnelle ?	Il est utile pour un praticien débutant d'estimer le risque de rencontrer un cas de « bad trip » ou de forte abréaction émotionnelle
8. Quels enseignements peut-on tirer d'une pratique d'HE qui ne sont pas contenus dans une formation en HE ?	Il est utile pour un praticien débutant de savoir ce que les praticiens expérimentés ont appris grâce à leur pratique de l'HE
9. Quelles recommandations peut-on donner à des praticiens qui terminent leur formation en HE et qui commencent à pratiquer ?	Il est utile pour un praticien débutant de connaître quelles recommandations les praticiens expérimentés peuvent formuler à son intention. Les praticiens expérimentés bénéficient d'une expérience de plusieurs années dans l'apprentissage de l'HE et la pratique de l'HE, ce qui les met dans une position où ils peuvent formuler des recommandations à ceux qui commencent à pratiquer.

Tableau 1: Utilité des questions initiales pour le praticien débutant.

5. Démarche adoptée

La démarche de recherche s'articule en trois étapes :

1. Tout d'abord, il s'agit d'apporter des réponses aux questions initiales par une recherche bibliographique. Le but de cette étape est de chercher dans la littérature scientifique sur l'HE les éléments de réponse aux questions initiales.
2. Dans un deuxième temps, nous formulons des hypothèses de travail basées sur les réponses apportées par la recherche bibliographique;
3. Dans un troisième temps, une enquête de terrain basée sur des entretiens avec des praticiens expérimentés en HE permet de confirmer ou infirmer les hypothèses formulées à la deuxième étape.

Un questionnaire reprenant les neuf questions initiales a été élaboré. Ce questionnaire a servi de base aux interviews avec les praticiens. Neuf praticiens exerçant en Suisse romande ont accepté d'être interviewés dans le cadre de ce travail.

Partie I : Apports théoriques

Dans la partie théorique, nous allons, dans un premier temps, définir l'hypnose ericksonienne et, dans un deuxième temps, brièvement décrire son historique. Ensuite, une recherche bibliographique est faite pour répondre aux neuf questions initiales.

1. Définitions

1.1. Qu'est-ce que l'hypnose ?

La définition la plus complète de l'hypnose est donnée par Salem (1993) qui différencie, sous le terme d'hypnose, trois concepts différents :

1. l'état *hypnotique* (ou *transe*),
2. les *techniques* qui sont utilisées par l'hypnotiseur, et
3. le type d'*interaction* particulière entre un hypnothérapeute et un hypnotisé.

1. Le terme d'hypnose peut désigner l'état hypnotique (ou transe) qui est « classiquement défini comme un *état modifié de conscience*. Contrairement à un préjugé répandu, il s'agit d'un état de veille et non de sommeil. Expérience avant tout subjective, la transe peut être observée de l'extérieur, à divers indices. Elle se manifeste par un état de concentration accrue, avec diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs et réorientation de l'attention focale vers les phénomènes internes. Le corps est plongé dans un état de détente profonde et rapide, la musculature est relaxée comme dans le sommeil, la respiration est ralentie, le pouls et la tension artérielle diminués ».

2. La deuxième signification du terme "hypnose" concerne les techniques hypnotiques, qui « regroupent, dans une première catégorie, les procédés d'induction. Cette "porte d'entrée" de la transe consiste à modifier la vigilance du sujet et son état global de conscience, en stimulant un de ses canaux sensoriels (auditif, visuel, cénesthésique). » [...] « Une autre catégorie de techniques hypnotiques est constituée par les suggestions que formule l'hypnothérapeute. »

3. La troisième signification du terme "hypnose" concerne l'interaction hypnothérapeutique qui est « le style de relation qui s'établit entre le thérapeute et son patient. Si le thérapeute est directif, autoritaire, il se présente comme le détenteur des solutions recherchées par le patient et favorise une relation de dépendance ("hypnose classique"). S'il fonctionne avant tout comme un catalyseur, il devient un "compagnon de route", accompagnant le patient vers ses ressources intérieures et ses facultés inutilisées ("hypnose ericksonienne") ».

Cette définition nous apparaît comme étant la plus complète, étant donné qu'elle fait la distinction entre les trois concepts auxquels le terme hypnose fait référence.

D'autres définitions se rapportent à l'un des trois concepts définis ci-dessus. Ainsi, Roustang (1994) définit l'hypnose, au sens d'état hypnotique, de la manière suivante : « [...] l'hypnose est un état de veille intense, à l'instar du sommeil profond à partir duquel nous rêvons. De même que ce sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, de même cette veille intense nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde. L'hypnose devient alors une vigilance accrue qui met à notre disposition les paramètres constitutifs de notre existence. Ouverte aux dimensions de notre monde, elle s'oppose à la veille restreinte que nous connaissons dans notre vie de tous les jours. Loin d'être passive, l'hypnose nous permet, par l'imagination, d'anticiper et de transformer nos comportements et nos agissements. Elle sollicite notre capacité à décider de notre place en relation avec les autres et notre environnement. »

Yapko (1990) fournit aussi une définition intéressante qui intègre la notion d'influence : « L'hypnose est un processus de communication d'influence au sein duquel le clinicien fait surgir et guide les associations intérieures de son client afin d'établir ou de renforcer des associations thérapeutiques dans le contexte d'une relation de collaboration et d'échanges mutuels centrée sur un objectif ».

1.2. Différences entre hypnose classique et hypnose ericksonienne

L'hypnose ericksonienne est souvent confondue par le public ou les médias avec l'hypnose classique. L'hypnose classique et l'hypnose ericksonienne sont pourtant très différentes notamment en raison des différents types d'interaction entre le thérapeute et le patient.

Salem (1993) livre une bonne analyse comparative. Selon cet auteur, l'hypnose classique « diffère de celle d'Erickson dans l'esprit comme dans la procédure. L'hypnose classique cherche surtout à influencer le sujet: l'hypnotiseur est du type "directif", il procède par *suggestions directes*. Dans l'hypnose ericksonienne, au contraire, on facilite chez le sujet l'émergence de données internes, qui étaient inconscientes; on stimule sa mémoire, on "réveille" son histoire personnelle, en le "suivant" au lieu de l'influencer. C'est le sujet lui-même qui découvre et choisit son chemin. Ici, l'hypnotiseur est du type "permissif", il procède de préférence par *suggestions indirectes*.»

2. Historique de l'HE

Selon Salem (1993) et Roustang (2003), l'hypnose est vieille comme le monde et n'a pris son nom moderne d'hypnose qu'à l'ère scientifique. En effet, l'hypnose prend ses sources dans le chamanisme, qui est le berceau de toutes les alchimies et de toutes les médecines. L'hypnose était également pratiquée en Grèce et en Égypte anciennes, dans ce qui était appelé des « temples du sommeil ». En Europe occidentale, le début de l'histoire de l'hypnose remonte à Anton Mesmer (1734-1815), qualifié de "charlatan génial", qui fut à la fois contesté et admiré à cause de sa théorie du magnétisme animal (qui postulait l'existence d'un fluide magnétique universel dont on pouvait faire une utilisation thérapeutique).

En France, le marquis de Puységur, qui fut un élève de Mesmer, fit la première observation de "sommeil hypnotique" en 1784. A Paris, Charcot (1878-1884) appliquait l'hypnose aux patientes essentiellement hystériques à l'hôpital de la Salpêtrière. Freud, qui était alors âgé de 29 ans, suivit ses cours et pratiqua l'hypnose pendant quelques années. Il réalisa que les hystériques souffraient essentiellement de réminiscences refoulées dans l'inconscient. Se contentant de traiter simplement les symptômes, Freud constata que la disparition de l'un d'eux était rapidement suivie de l'apparition d'un symptôme substitutif. Ceci lui servit d'argument pour renoncer à l'hypnose. D'après Salem (1993), Freud maîtrisait en réalité mal la technique hypnotique et restait avant tout soucieux de défendre sa propre théorie psychanalytique.

Ensuite, l'hypnose est tombée quasiment dans l'oubli en France, à quelques exceptions près. En Allemagne, Schultz, suiveur de Freud, tentait d'articuler hypnose et concepts psychanalytiques dans son "training autogène", méthode de relaxation désormais classique en médecine et en psychiatrie.

Aux Etats-Unis, l'hypnose a connu un déclin à peu près identique à celui observé en France. Dans les années 1950, Milton Erickson (1902-1980), psychiatre établi à Phénix, Arizona, rénove l'hypnose de façon décisive. Le génie d'Erickson fut de montrer de façon originale notamment la dimension métaphorique de l'hypnose et sa valeur d'apprentissage inconscient.

Au début du XXIème siècle, l'hypnose ericksonienne connaît un engouement certain dans de nombreux pays où des séminaires et des formations sont proposés. Les applications modernes de l'hypnose sont très variées, couvrant à la fois les professions médicales, paramédicales et socio-pédagogiques (voir la question initiale 1 au chapitre suivant).

3. Analyse bibliographique des questions initiales.

Ce chapitre a pour but de donner une réponse aux neuf questions initiales par une recherche bibliographique. Nous allons nous efforcer de trouver pour chaque question initiale des réponses dans la littérature sur l'HE.

Les ouvrages suivants ont servi pour l'analyse bibliographique :

- Bioy, Antoine, Michaux, Didier. 2007. *Traité d'hypnothérapie: Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod, 496 p.
- Hammond, D. Corrydon. 2004. *Métaphores et suggestions thérapeutiques*. Bruxelles : Satas, 589 p.
- Megglé, Dominique. 2005. *Erickson, hypnose et psychothérapie*. 3^e édition. Paris : Retz, 191 p.
- Salem, Gérard ; Bonvin, Eric. 2004. *Soigner par l'hypnose*. 3^e édition. Lausanne : Masson, 292 p.
- Tenenbaum, Sylvie. 2005. *L'hypnose ericksonienne: un sommeil qui éveille*. 3^e édition. Paris : Dunod-InterEditions, 217 p.

Tous ces ouvrages ont été écrits par des praticiens reconnus en HE, qui sont pour la plupart des psychiatres et des psychothérapeutes. Certains exercent en plus une activité de recherche. Plusieurs de ces auteurs (notamment Bioy, Bonvin, Hammond, Megglé et Salem) sont actifs dans les associations de praticiens d'HE dans leurs pays respectifs.

Question 1 : Techniques, outils et symptômes

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Quelles sont les techniques et outils d'HE le plus souvent utilisés ? Et pour quels types de symptômes ? »

Techniques et outils

La littérature parle d'un grand nombre d'outils et de techniques hypnotiques. Salem et Bonvin (2004) recensent 34 outils qui peuvent constituer la « boîte à outils » du praticien en hypnose. Parmi ces outils, nous pouvons citer les suivants :

- les différents types inductions (visuelles, olfactives, cénesthésiques, par comptage, etc.),
- les suggestions (directes, indirectes, paradoxales, etc.),
- l'hypnose conversationnelle,
- les métaphores,
- les préférences sensorielles (visuel, auditif, cénesthésique, olfactif, gustatif (VAKOG))
- la progression et la régression en âge,
- les boules de cristal.

Alors que Salem et Bonvin (2004) recensent 34 outils, Hammond (2004) recense des centaines de suggestions et métaphores hypnotiques classées en fonction de leurs applications, dans un travail de collecte d'une grande ampleur.

Il n'est pas possible d'identifier, par une recherche bibliographique, quels outils sont le plus souvent utilisés par les praticiens. En effet, les deux références citées plus haut ne donnent pas d'indications sur la fréquence de l'utilisation de chacun des outils.

Indications

Selon Salem et Bonvin (2004), l'hypnose peut être utilisée pour un nombre assez large de troubles dans le domaine médical ou paramédical. Ces auteurs énumèrent les exemples suivants dans le domaine psychiatrique: dépression, troubles névrotiques (phobies, névroses d'angoisse et névroses post-traumatiques), syndromes post-traumatiques, obsessions, toxicomanies, alcoolisme, tabagisme, troubles du sommeil et du comportement alimentaire, troubles de la mémoire et de la concentration. Pour ce qui est du troubles psychosomatiques, les auteurs citent les troubles suivants : douleurs rebelles diverses, migraines, gastrites et ulcères. D'autres domaines de la médecine sont concernés par les applications de l'hypnose comme la médecine interne (par ex. pathologie du stress et de la douleur, psoriasis et asthme), l'oncologie (contrôle de la douleur), la rhumatologie (contrôle de la douleur), la chirurgie (préparation à l'intervention chirurgicale, anesthésie locale), la médecine dentaire (contrôle de la douleur ou de la peur des soins), la sexologie (impuissance, frigidité) et l'obstétrique (préparation à l'accouchement).

Les indications qui concernent les domaines non-médicaux (c'est-à-dire les professions socio-pédagogiques, comme les enseignants, les coachs et les éducateurs spécialisés) sont moins bien documentées dans la littérature. Dans les indications qui concernent les professions socio-pédagogiques, on peut citer les suivantes (Sciboz, 2009) :

- Coachs : Confiance en soi, estime de soi, efficacité personnelle, peur des examens, besoin de sécurité, augmentation de la motivation, besoin de clarifier ses objectifs, faire des choix.
- Enseignants : Confiance en soi, peur des examens, besoin de sécurité, augmentation de la motivation.
- Educateurs spécialisés, assistants sociaux, animateurs socio-culturels : Confiance en soi, besoin de sécurité, augmentation de la motivation.

Les applications de l'hypnose ericksonienne sont donc assez larges. On constate aussi que les applications dans le domaine médical (qui concerne les psychiatres, les psychothérapeutes, les infirmiers) sont beaucoup plus vastes que celles des domaines non-médicaux (qui concernent les professions socio-pédagogiques, comme les enseignants, les coachs et les éducateurs spécialisés).

Question 2 : Forces

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Quelles sont les forces de l'HE ? » Il s'agit d'identifier les caractéristiques de l'HE qui nous semblent être des forces, c'est-à-dire des caractéristiques qui permettent au praticien et au sujet d'atteindre les objectifs thérapeutiques ou les objectifs de changement avec une certaine efficacité.

Activation des ressources du patient

Selon Salem et Bonvin (2004) et Tenenbaum (2005), l'hypnose est un art du soin qui consiste à réactiver le plus efficacement possible les ressources du patient dont il dispose peut-être à son insu. La mission du praticien est d'être un « guide provisoire », un « compagnon », afin d'aider le patient à découvrir qu'il dispose de ressources insoupçonnées qui sont autant d'alternatives à ses problèmes de santé, d'identité corporelle, mentale et sociale, issus de son passé ou à venir. Cette capacité de l'HE d'activer les ressources du patient nous paraît être une force de l'HE dans la mesure où l'HE responsabilise le patient quant à son processus de guérison et de changement.

Stimulation de la créativité, de l'intuition et de l'imagination

D'après Salem et Bonvin (2004), l'état hypnotique permet une activation du cerveau droit et stimule la créativité, l'intuition et la spontanéité des sujets. Roustang (2003) considère également que l'état hypnotique permet à « l'imagination de se déployer pour transformer nos relations avec les êtres et les choses ». Dans un état de conscience normal, le cerveau gauche est principalement actif et contribue à bloquer l'apparition de la créativité et de l'imagination. L'HE permet de lever ces blocages.

Vision positive de l'inconscient

Selon Salem et Bonvin (2004), Freud a fortement contribué au fait que l'inconscient soit considéré comme une poubelle dotée de contenus essentiellement inquiétants, ce qui correspondait bien au contexte de la psychiatrie de l'époque qui était essentiellement orientée pathologie (« pathology oriented »). Erickson a défendu au contraire une vision positive de l'inconscient dans le monde de la psychothérapie : il voyait l'inconscient comme un véritable ami et un allié inconditionnel. L'idéologie d'Erickson est tout à fait nouvelle et peut être qualifiée d'idéologie orientée ressources (« resources oriented »). Toutefois, Salem et Bonvin (2004) avertissent qu'il ne faut pas dénier les aspects perturbateurs de notre fonctionnement inconscient. Les mécanismes de défense inconscients, qui furent un des apports de Freud, sont à prendre en compte dans une psychothérapie qui consiste plus souvent qu'on ne le croit en un « combat thérapeutique » (Salem, 2006).

Orientation solution

Tenenbaum (2005) affirme que l'idée qui a guidé Milton Erickson était de savoir comment apporter un changement durable chez ses patients. Cette idée a amené Erickson à remplacer la thérapie explicative, qui s'intéresse au « pourquoi ? », par la thérapie guidée par la solution, qui s'intéresse au « comment ? ». Ainsi, la connaissance de l'origine d'un problème n'est pas nécessaire pour obtenir des changements durables. La compréhension de certaines difficultés liées au passé peut même s'avérer contre-productive et conduire à une déresponsabilisation du patient quant à ses possibilités d'agir dans le présent.

Question 3 : Faiblesses

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Quelles sont les faiblesses de l'HE ? » Nous pouvons trouver plusieurs aspects qui peuvent être considérés comme des faiblesses de l'hypnose ericksonienne en tant que méthode thérapeutique mais plusieurs faiblesses concernent principalement les praticiens en hypnose eux-mêmes.

Incompétence du thérapeute

Salem et Bonvin (2004) signalent que les indications et les contre-indications dépendent surtout de la relation de confiance entre le praticien et son patient ainsi que de l'expérience clinique et de la formation du praticien. En effet, la principale contre-indication est l'incompétence du thérapeute.

Manque d'éthique des praticiens

Salem et Bonvin (2004) avertissent que l'hypnose ericksonienne a le potentiel de devenir intrusive et traumatique si elle est mise en de mauvaises mains (c'est-à-dire dans les mains de thérapeutes qui n'ont pas la vigilance éthique nécessaire et qui utilisent l'hypnose contre les intérêts du patient). Les praticiens devraient être guidés par les intérêts des patients, leurs souffrances, leurs limites, leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie. Salem et Bonvin (2003) notent que cette vigilance éthique n'est pas seulement nécessaire pour l'hypnose en particulier mais doit être une condition « qui va de soi » pour n'importe quelle méthode thérapeutique.

Utilisation en dehors du cadre du praticien

Selon Hammond (2004), l'éthique impose aux praticiens de n'utiliser l'hypnose que pour traiter des problèmes que nous sommes qualifiés à traiter avec des techniques non hypnotiques, c'est-à-dire qu'un coach, un infirmier, un travailleur social ne pourront traiter que des problèmes qu'ils ont le droit

de traiter en tant que coach, infirmier et travailleur social. Ceci rejoint le Code d’Ethique de la International Society of Hypnosis (2008)⁵.

A titre d’exemple, un coach ou un travailleur social ne sera pas habilité à pratiquer une régression en âge sur une personne psychotique qu’elle soit en phase aigüe ou non, lorsque l’on sait les précautions à prendre à la fois avec cette technique et avec ce genre de pathologies (Salem et Bonvin 2004). Seul un thérapeute formé et entraîné à faire face à de violentes abréactions affectives (médecin-psychiatre, psychologue, infirmier en psychiatrie) peut utiliser cette technique avec précaution.

Ne convient pas pour tous les types de sujets

Une des faiblesses de l’hypnose ericksonienne réside dans le fait qu’elle ne peut pas être utilisée pour certains types de sujets, notamment les personnes souffrant de psychoses ou les personnalités borderline (voir les références dans le chapitre traitant de la question initiale 4 sur les contre-indications).

Préjugés du public à l’égard de l’hypnose

Une des principales faiblesses de l’hypnose ericksonienne provient du fait que le public a un certain nombre de préjugés sur l’hypnose. Les principaux préjugés cités par la littérature (Salem et Bonvin, 2004, Gibson et Heap, 1991) ainsi que leurs réponses sont exposés dans le tableau ci-dessous.

⁵ Le Code d’Ethique de l’International Society of Hypnosis, qui est repris par Institut Romand d’Hypnose Suisse (IRHyS), stipule que : « Les membres [de l’International Society of Hypnosis] ne peuvent traiter des patients dans le cadre d’une pratique privée que dans le respect des règles déontologiques de leur association ou groupement professionnel et des directives en vigueur dans leur cadre d’activité professionnelle. L’usage qu’ils font de l’hypnose doit en l’occurrence se faire exclusivement pour des types de problèmes pour lesquels ils sont qualifiés et officiellement reconnus comme tels par les autorités sanitaires ou sociales ou par les départements d’éducation de leur pays. »

Préjugés	Réponses
Le sujet n'est pas conscient de ce qui se passe	Le sujet reste conscient pendant la transe. Il a une position d' « observateur » qui assiste à ce qui lui arrive (sensations, modifications de perceptions, visualisations, etc.).
Le sujet est sous l'emprise du praticien	Le sujet conserve la maîtrise de ses comportements durant la transe. Il peut interrompre l'expérience à tout moment.
Les changements se font de manière spectaculaire (thérapie miracle)	Il n'existe pas de thérapie miracle. Chaque changement nécessite de la volonté et un apprentissage de la part du patient. Le patient expérimente sa propre capacité à changer.
Le sujet peut perdre la raison lors de la transe	Ce risque n'est réel que pour des sujets souffrant de troubles psychotiques sévères et pour lesquels l'hypnose est contre-indiquée (sauf si le thérapeute, qui doit être un psychiatre, est expérimenté et familier de ce genre de pathologies).
L'hypnose remplace un problème par un autre	L'hypnose ne provoque aucun symptôme de substitution, si le praticien a une formation sérieuse et est suffisamment expérimenté.
L'hypnose permet de découvrir des souvenirs cachés	L'hypnose ne le permet pas. Dans l'exploration du passé avec la mémoire, il faut être vigilant quant à l'apparition de faux-souvenirs ou souvenirs-leurres.
L'hypnose permet d'avoir des capacités physiques extra-ordinaires	Ce préjugé provient de certains praticiens qui ont utilisé une sorte d'hypnose directive pour en faire de l'« hypnose de foire ». Le corps de certaines personnes semblait devenir extraordinairement rigide, à la manière d'une planche. L'hypnose ne permet pas d'obtenir des capacités physiques que les sujets n'auraient pas dans un état de conscience normal.

Tableau 2: Préjugés à l'égard de l'hypnose et leurs réponses.

Question 4 : Contre-indications

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Dans quelles situations l'HE ne devrait pas être utilisée ? ». Il s'agit d'approfondir ici les contre-indications de l'HE afin d'identifier pour quels types de patients l'HE ne devrait pas être utilisée.

Cas psychotiques aigus, borderline et paranoïaques

Salem et Bonvin (2004) recommande fortement de renoncer à utiliser l'HE pour certains types de patients. L'hypnose est contre-indiquée pour les patients psychotiques en phase aiguë, les paranoïaques, les patients borderline, les patients pathologiquement dissociés et les patients souffrant d'arriération mentale. Pour ce genre de pathologies, il faut renoncer à toute forme d'hypnose, sauf si le thérapeute, qui doit être un psychiatre, est expérimenté et suffisamment formé et familier de ce genre de pathologies.

Troubles psychotiques aigus naissants et paranoïa

Bioy et Michaux (2007) affirment qu'il est difficile d'apporter une réponse définitive à la question des contre-indications de l'hypnose. Néanmoins, ils soulignent qu'il ne faudrait pas utiliser l'hypnose pour des troubles psychotiques aigus naissants où les patients sont susceptibles d'exprimer une demande particulièrement pressante. L'hypnose n'est pas non plus indiquée pour des personnes souffrant de paranoïa.

Nous constatons que des précautions sont nécessaires pour celui qui veut utiliser l'HE, étant donné qu'elle est fortement déconseillée à certains types de patients.

Question 5 : Critères de succès

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Quels critères peut-on utiliser pour reconnaître que l'HE a été utilisée avec succès ? »

Nous devons considérer ici des critères de succès sur des niveaux différents :

1. critères de succès de l'hypnose au sens de la transe⁶ : le patient a-t-il pu entrer en transe ?
2. critères de succès de l'hypnose au sens de l'interaction hypnothérapeutique⁷ : l'interaction entre le praticien et le patient est-elle réussie et le traitement est-il efficace ?

Critères de succès liés à la transe

Citons d'abord les critères de succès liés à la transe. Une transe peut être reconnue aux observations suivantes (Salem et Bonvin, 2003 ; Salem, 1993) :

- musculature relaxée
- battement des paupières
- état de concentration accrue
- augmentation de la salivation
- diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs
- diminution de la fréquence respiratoire
- approfondissement des mouvements respiratoires
- relaxation de la tête avec affaissement du menton.

Ces différents éléments, que le praticien peut percevoir par une observation fine du patient, permettent de déterminer si le patient a pu entrer dans une transe.

Critères de succès de l'interaction hypnothérapeutique

Les critères suivants liés au succès de l'interaction hypnothérapeutique peuvent être cités.

Réussir à amener le patient dans son inconscient-ressource

D'après Gamba (2009), l'objectif du traitement hypnothérapeutique est d'amener le patient vers son inconscient-ressource. La transe permet d'accéder à cet inconscient qui contient à la fois des

⁶ Le terme d'hypnose peut désigner l'état hypnotique (ou transe) qui est, selon Salem (1993) « classiquement défini comme un *état modifié de conscience*. La transe se manifeste par un état de concentration accrue, avec diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs et réorientation de l'attention focale vers les phénomènes internes».

⁷ Le terme d'hypnose désigne aussi l'interaction hypnothérapeutique qui, selon Salem (1993), est « le style de relation qui s'établit entre le thérapeute et son patient. Si le thérapeute est directif, autoritaire, il se présente comme le détenteur des solutions recherchées par le patient et favorise une relation de dépendance ("hypnose classique"). S'il fonctionne avant tout comme un catalyseur, il devient un "compagnon de route", accompagnant le patient vers ses ressources intérieures et ses facultés inutilisées ("hypnose ericksonienne") ».

ressources constructives (qui permettent un « oui ») et des ressources protectrices de défense (qui permettent un « non »). Le fait que le patient puisse entrer en contact avec son inconscient-ressource est donc un critère pour mesurer le succès du traitement hypnothérapeutique.

Réussir à faire découvrir au patient des scénarios alternatifs

D'après Salem et Bonvin (2003), la mission du praticien en HE est de « faire découvrir au patient qu'il dispose, peut-être à son insu, des scénarios alternatifs pour sa santé, pour son identité corporelle, mentale et sociale, pour sa vie, pour son histoire passée et à venir. Ces alternatives [...] sont produites essentiellement par [le patient] ». Les patients peuvent trouver ces alternatives, durant l'état hypnotique, en cherchant des situations de succès dans leur passé ou en créant par l'imagination des situations où ils se s'imaginent avec de nouvelles ressources.

Réussir à amener le patient à vivre une existence autonome

Tenenbaum (2005), quant à elle, affirme que l'objectif du praticien consiste « à amener le sujet à vivre le plus rapidement possible une existence autonome en s'appuyant sur des ressources qui lui étaient propres ». Si le patient arrive à mener une existence autonome et par conséquent à arrêter le traitement, l'objectif du traitement est donc atteint.

Réussir à écourter la thérapie

Un autre objectif, selon Tenenbaum (2005), vise à « écourter le temps de la thérapie ». L'HE peut être en effet classé parmi les thérapies brèves : elle vise à obtenir le plus rapidement possible un changement ou une guérison chez le patient.

Question 6 : Erreurs possibles

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Quelles erreurs peuvent être commises en utilisant l'HE? Et comment les éviter ? ». Comme toute autre technique thérapeutique, l'HE est un savoir-faire et un savoir-être qu'il s'agit d'apprendre. Etant donné que les erreurs sont inhérentes à tout processus d'apprentissage, il est intéressant de se pencher sur ces celles-ci afin de mieux cerner le processus d'apprentissage de l'HE.

Non-respect des éléments de la communication hypnothérapeutique

La communication hypnothérapeutique est un art de la communication. Potentiellement, on peut considérer qu'un manquement à un ou plusieurs aspects de cet art peut constituer une erreur de la part du praticien, qui risque de diminuer l'efficacité du processus thérapeutique et/ou du changement désiré. Les éléments principaux de la communication hypnothérapeutique (selon Salem et Bonvin, 2004) ainsi que les erreurs possibles sont présentés synthétiquement dans le tableau ci-dessous.

Eléments de la communication hypnothérapeutique	Erreur possibles
Utiliser des suggestions simples et faciles à suivre	Utiliser des suggestions compliquées et difficiles à suivre
Utiliser le langage du patient	Utiliser des mots inconnus du patient ou avec lesquels le patient n'est pas familier
Utiliser le temps présent et des tournures affirmatives	Utiliser les temps du passé et des négations
Utiliser des tournures encourageantes et valorisantes	Utiliser des tournures décourageantes et dévalorisantes
Laisser au patient le temps de répondre	Ne pas laisser au patient le temps de répondre, parler trop vite
Ne pas donner trop d'explications ou de justifications sur ce qui se passe ou doit se passer	Donner trop d'explications ou de justifications sur ce qui se passe ou doit se passer
Adapter la voix à ce qui se passe	Avoir une voix inadaptée à ce qui se passe
Utiliser la rhétorique du corps-sujet	Ne pas utiliser la rhétorique du corps-sujet
Utiliser des formulations ouvertes	Utiliser des formulations fermées

Tableau 3: Eléments de la communication hypnothérapeutique et erreurs possibles.

A la lecture de manuels et de traités sur l'hypnose, force est de constater que rares sont les auteurs qui parlent des erreurs qu'ils ont commises. Néanmoins, quelques auteurs (Hammond, 2004, et Megglé, 2005, Haley, cité dans Rosen (1986)) ont thématiqué certaines erreurs commises par eux-mêmes ou par leurs pairs.

Ne pas être en phase avec son patient

Meggé (2005) déclare que la plupart de ses échecs viennent d'une « insuffisante attention à l'inédit », qui l'empêche d'être en phase avec son patient et qui empêche le travail de son propre inconscient. Cet aspect de « être en phase avec son patient » est important et rejoint les travaux de Lambert et Bergin (1994) qui affirment que le lien thérapeute-patient est primordial pour le succès d'une thérapie. En effet, selon ces auteurs, la qualité de la relation thérapeutique prédit le mieux le succès de l'intervention.

Avoir des attentes magiques

Certain patients peuvent avoir des attentes démesurées par rapport à l'hypnose (voir la question initiale 2 qui traite des faiblesses de l'HE) mais cela peut aussi être le cas pour des praticiens inexpérimentés. Selon Hammond (2004), les praticiens font souvent la même erreur que leurs patients en attendant que l'hypnose produise instantanément et magiquement des résultats. Comme toute autre technique thérapeutique, l'HE n'apporte aucune solution miracle ni aucun changement miracle mais elle permet néanmoins aux patients d'accéder à des ressources insoupçonnées et de prendre ainsi en main leur changement ou leur guérison.

Interpréter les communications de l'inconscient

Selon Jay Haley, cité dans Rosen (1986), Erickson évite de donner des interprétations sur les communications de l'inconscient car celles-ci seraient trop réductionnistes. Erickson estime que ces communications sont extrêmement riches et utilise la métaphore suivante : donner une interprétation sur les communications de l'inconscient revient à « résumer une pièce de Shakespeare en une seule phrase ».

Question 7 : « Bad trip » et forte abréaction émotionnelle

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Y a-t-il des cas où les patients ont fait un « bad trip » ou ont eu une forte abréaction émotionnelle ? ».

Faire une expérience désagréable (« bad trip ») mais bénéfique

Holmquist (2009) relève le fait qu'il est possible de faire des expériences désagréables en hypnose, qu'il appelle « bad trip ». Cet auteur affirme que, pour certains patients débutants en hypnose qui entrent en transe pour la première fois, quitter le monde confortable et familier de la conscience rationnelle peut déjà être déstabilisant ; pour ces personnes, il est d'autant plus déstabilisant d'expérimenter un « bad trip ». Mais cet auteur définit le « bad trip » comme une « expérience qui est mauvaise, non pas dans le sens de non-productive, mais dans le sens de désagréable. Dans le shamanisme, l'hypnose et les thérapies imaginatives, nous pouvons avoir des expériences inconfortables, voire même terrifiantes, avec des êtres, des sous-personnalités ou des énergies difficiles. [...] Il est important de réaliser que ces expériences ne sont pas mauvaises. C'est le contraire qui est vrai. Elles offrent la possibilité d'explorer des parties inconnues ou rejetées de nous-mêmes. Elles forment la partie centrale des nombreuses modalités de développement personnel ou spirituel. Elles sont la pierre angulaire de la transformation ».

Ainsi ces expériences, qui sont ressenties comme désagréables par le patient durant la transe, sont finalement bénéfiques car elles permettent un processus de transformation.

Abréactions émotionnelles violentes lors de fortes régressions

L'abréaction émotionnelle présente des similitudes par rapport au « bad trip » au niveau de son utilité. En effet, l'abréaction émotionnelle, selon Luminet (2002), est une « décharge émotionnelle par laquelle le sujet se libère de la composante affective attachée au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir pathologique ». Cette abréaction, qui peut se traduire par des crises de larmes, est bénéfique pour le patient qui peut ainsi se libérer et se décharger d'une composante affective. Toutefois, Salem et Bonvin (2003) mettent en garde contre l'utilisation de l'HE pour obtenir des régressions car le thérapeute peut être amené à faire face à des abréactions émotionnelles violentes, spécialement lors de fortes régressions. Ceci provient du fait que le contexte hypnotique peut permettre d'exprimer des sentiments et de pensées qui n'auraient probablement pas été exprimés dans un autre type de psychothérapie.

Question 8 : Apprentissages après la formation

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Quels enseignements peut-on tirer d'une pratique d'HE qui ne sont pas contenus dans une formation en HE ? ». Cette question permet d'identifier le chemin d'apprentissage des praticiens, depuis qu'ils ont terminé leur formation en HE.

Il n'a été possible de trouver dans la littérature qu'un aspect lié aux apprentissages après la formation. Cette question est celle qui a trouvé le plus faible nombre de réponses dans la littérature.

Se surprendre à inventer et à construire des outils et des suggestions

La littérature ne donne que peu d'informations sur les apprentissages faits après la formation. Tout au plus, peut-on trouver chez Megglé (2005) quelques indications : le praticien doit connaître les tactiques thérapeutiques répertoriées dans la littérature (un des buts des formations en HE est de connaître ces tactiques) ; et le praticien va peu à peu se surprendre à inventer et à construire des outils et des suggestions.

Question 9 : Recommandations

Ce chapitre traite de la question initiale suivante : « Quelles recommandations peut-on donner à des praticiens qui terminent leur formation en HE et qui commencent à pratiquer ? »

Les recommandations suivantes proviennent des différents livres consultés. Il s'agit ici de présenter celles qui nous ont semblé les plus importantes, sans pouvoir garantir une totale exhaustivité. Il est à noter que ces recommandations s'adressent aussi bien à des praticiens débutants qu'à des praticiens chevronnés.

S'entraîner intensivement

Megglé (2005) recommande de s'entraîner intensivement, car le talent seul ne suffit pas. Selon lui, Erickson n'a pas inventé la communication efficace, il a simplement repéré, dans la vie quotidienne, ce qui permet de communiquer efficacement. Megglé (2005) suggère aux praticiens de s'entraîner à découvrir par leurs propres observations ce qui constitue une communication efficace.

Travailler les tactiques thérapeutiques disponibles dans la littérature

Megglé (2005) conseille de se familiariser avec les tactiques thérapeutiques qui sont recensées dans la littérature. Selon lui, l'étude des tactiques thérapeutiques nécessite du travail.

Rester en phase avec le patient

Selon Megglé (2005), il faut rester en phase avec le patient tout au long de la thérapie, pour sentir comme lui, et ainsi choisir aisément la bonne tactique thérapeutique pour le guider vers le changement.

Être créatif

Selon Megglé (2005), la thérapie est une création artistique car le thérapeute utilise les nombreux instruments mis à disposition par Erickson. Le thérapeute se doit d'être créatif et inventer et construire de nouvelles tactiques thérapeutiques.

Beaucoup réfléchir et dormir

Pour être créatif, Megglé (2005) conseille au praticien en HE de « beaucoup réfléchir et surtout de beaucoup dormir ». Selon cet auteur, nombre de personnalités, notamment Churchill ou le maréchal Foch, ont remporté des victoires car elles savaient beaucoup dormir, confiant ainsi le travail à leur esprit inconscient et attendant l'intuition.

Combiner l'hypnose à d'autres interventions non-hypnotiques

Selon Hammond (2004), l'hypnose est encore plus efficace lorsqu'elle est combinée à d'autres interventions non-hypnotiques. Ainsi, il est capital que le praticien ne soit pas identifié en tant qu'« hypnothérapeute » mais plutôt en tant que psychologue, médecin, dentiste, travailleur social, coach, enseignant, qui utilisent l'hypnose parmi d'autres outils.

Donner de multiples suggestions

Milton Erickson déclare (cité dans Hammond (2006)) : « Vous donnez de multiples suggestions : plus vous donnez de suggestions, et plus vous les donnez simplement, plus vous avez de chances que certaines d'entre elles soient acceptées. [...] Votre tâche est de proposer un nombre suffisant de suggestions pour que [le patient] choisisse délibérément celle-ci ou celle-là »

4. Conclusion intermédiaire

L'analyse bibliographique a permis de trouver des éléments de réponses pour la quasi-totalité des questions. Seule la question 8 sur les apprentissages après la formation n'a reçu qu'une réponse partielle.

Partie II : Observations sur le terrain

1. Problématique et résultats attendus

Notre problématique est de d'analyser l'utilisation de l'HE afin de développer des recommandations pour des praticiens débutants. Les résultats que nous pouvons attendre sont les suivants : les réponses issues de l'analyse bibliographique devraient correspondre avec les observations sur le terrain basées sur les questionnaires et les interviews.

2. Hypothèses de travail

Nous pouvons formuler une hypothèse de travail pour chacune des neuf questions initiales. Ces hypothèses sont basées sur les réponses aux questions initiales fournies par l'analyse bibliographique (cf. le chapitre « 3. Analyse bibliographique des questions initiales » de la partie I).

3. Observations : questionnaires et interviews

Au total, douze praticiens en HE ont été contactés pour une interview. Neuf personnes ont accepté de participer à ce travail de certificat et ont pu être interviewées⁸. Un questionnaire composé de trois questions introductives et de neuf questions a été utilisé (le questionnaire-type est disponible en annexe de ce travail). Les entretiens ont été faits soit en présence du praticien, soit au cours d'une conférence téléphonique. Chaque entretien a fait l'objet d'un compte-rendu écrit. La confidentialité a été garantie aux praticiens interviewés. Cela signifie que leurs réponses sont disponibles dans les chapitres qui suivent mais sans indiquer l'auteur de chaque réponse.

Les professions des personnes interviewées sont les suivantes :

- 2 physiothérapeutes
- 2 infirmiers en psychiatrie
- 2 coachs
- 2 thérapeutes
- 1 thérapeute shiatsu

⁸ Trois praticiens contactés ont refusé de participer à l'interview en invoquant un manque de temps (il s'agit des Dr. Bertrand Piccard, Gérard Salem et Eric Bonvin). Ces trois psychiatres ont en effet des fonctions impliquant des agendas surchargés.

Parmi les neuf praticiens, cinq personnes, dont tous les physiothérapeutes et les infirmiers en psychiatrie, ont suivi la formation auprès de IRHyS (ou de son prédécesseur, la Fondation LING), tandis que les quatre autres (coachs et thérapeutes) se sont formés auprès d'autres instituts (comme l'Institut d'Hypnose Thérapeutique⁹ à Neuchâtel) ou de formateurs (comme Alain Cayrol¹⁰). Les années d'expérience des praticiens varient entre 2 ans et 21 ans, avec une moyenne légèrement en dessous de 10 ans.

4. Analyse des informations des interviews

Les réponses des praticiens sont traitées question par question et sont comparées avec les réponses issues de l'analyse bibliographique.

Le fait le plus marquant qui ressort de l'analyse des interviews des praticiens est la richesse des réponses. En effet, le fait que l'hypnose soit un art qui peut être pratiqué de nombreuses manières différentes et qui peut être adapté aux différentes pratiques professionnelles contribue à une grande variété dans les réponses faites par les praticiens.

Note : les chiffres entre parenthèses après les réponses des praticiens indiquent le nombre de praticiens ayant cité un même élément. Les réponses sont classées par ordre décroissant du nombre de citations. Quand un élément est cité par un seul praticien, il n'y a pas de parenthèse.

⁹ L'Institut d'Hypnose Thérapeutique (www.iht.ch), basé à Neuchâtel, a été fondé et est dirigé par Denis Jaccard, thérapeute.

¹⁰ Alain Cayrol est un formateur français en PNL et en hypnose ericksonienne. Il est le fondateur et directeur de l'Institut de Coaching International (ICI) (www.icicoach.ch) basé à Genève.

Question 1 : Quelles sont les techniques d'HE qui sont le plus souvent utilisés ? Et pour quels types de symptômes ?

Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
<p>Techniques et outils</p> <ul style="list-style-type: none"> - les différents types d'inductions (visuelles, olfactives, cénesthésiques, par comptage, etc.), - les suggestions (directes, indirectes, paradoxales, etc.), - le VAKOG - l'hypnose conversationnelle, - les métaphores - la progression et la régression en âge, - les boules de cristal. <p>Indications</p> <p>Psychiatrie (dépression, troubles névrotiques, syndromes post-traumatiques, obsessions, toxicomanies, alcoolisme, tabagisme, troubles du sommeil et du comportement alimentaire, troubles de la mémoire et de la concentration, douleurs rebelles diverses, migraines, gastrites et ulcères)</p> <p>Médecine interne (stress et de la douleur, psoriasis et asthme), Oncologie (contrôle de la douleur)</p> <p>Rhumatologie (contrôle de la douleur)</p> <p>Chirurgie (préparation à l'intervention chirurgicale, anesthésie locale)</p> <p>Médecine dentaire (contrôle de la douleur ou de la peur des soins)</p> <p>Sexologie (impuissance, frigidité)</p> <p>Obstétrique (préparation à l'accouchement)</p> <p>Professions socio-pédagogiques (confiance en soi, estime de soi, efficacité personnelle, peur des examens, besoin de sécurité, augmentation de la motivation, besoin de clarifier ses objectifs, faire des choix)</p>	<p>Techniques et outils :</p> <p>Métaphores (6)</p> <p>Hypnose conversationnelle (4)</p> <p>Inductions et trances cénesthésiques (4)</p> <p>Utiliser ce que le patient amène (c.-a-d. partir du discours du patient) (2)</p> <p>Utilisation du problème selon Erickson (utiliser le problème et permettre au client d'envisager le problème différemment) (2)</p> <p>Inductions visuelles</p> <p>Faire revivre des expériences positives vécues et associer ces expériences au futur</p> <p>Utiliser la double dissociation</p> <p>Imaginer la solution en VAKOG</p> <p>Visualisations de situations</p> <p>Suggestions post-hypnotiques, suggestion indirectes</p> <p>Se mettre soi-même en transe et amener des choses créatives de sa propre transe</p> <p>Donner des outils (auto-hypnose) pour la maintenance</p> <p>Recherche de safe-place</p> <p>Utiliser des échelles pour mesurer l'anxiété (par ex. échelle de 0 à 1000)</p> <p>Trouver une alternative sur la solution à construire</p> <p>Travail avec le corps (mouvement de mains, créer des boules d'énergie, lévitation d'une main)</p> <p>Visiter une partie du corps saine</p> <p>Pacing and leading</p> <p>Se mettre dans un état où l'on ressent « ce moment où tu ne sais pas, juste avant de savoir »</p> <p>Indications :</p> <p>Angoisses (3)</p> <p>Douleurs (2)</p> <p>Développer des ressources (2)</p> <p>Augmenter la sécurité intérieure (2)</p> <p>Stress</p> <p>Perceptions corporelles dysfonctionnelles</p> <p>Dépendances</p> <p>Phobies (agoraphobies, claustrophobies)</p> <p>Résistances lorsque la personne a de la peine à être en contact avec quelque chose qui la gêne</p> <p>Changer des croyances</p> <p>Faire un travail avec le corps (hypnose est intégrée dans le traitement physiothérapeutique)</p> <p>Développer la confiance et la stabilité</p>

Analyse de la Question 1 :

Techniques et outils

L'analyse bibliographique a permis d'identifier un certain nombre d'outils qui font partie de la « caisse à outils » du praticien en hypnose. Les outils qui ont été cités dans les interviews correspondent en partie à ceux cités dans la littérature. Il est à souligner que les auteurs de la littérature citent un plus grand nombre d'outils que les praticiens. Les interviewés ont cité des outils qui ne sont pas apparus dans la recherche bibliographique (comme par exemple l'utilisation d'échelles pour mesurer l'anxiété, ou le fait de visiter une partie saine du corps).

Alors qu'il n'a pas été possible de connaître quels outils étaient les plus fréquemment utilisés par l'analyse bibliographique, l'analyse par interviews permet d'identifier les outils les plus utilisés: les métaphores ont été citées par six praticiens sur neuf, tandis que l'hypnose conversationnelle et les inductions et transes cénesthésiques ont été citées par quatre praticiens. De plus, deux praticiens ont cité le fait « d'utiliser ce que le patient amène » et de lui « permettre d'envisager le problème différemment ».

Indications :

La littérature fait état d'applications nombreuses et variées dans le domaine médical. Les indications qui ont été mentionnées dans les interviews sont plus limitées : ceci peut s'expliquer par le fait que les professions des interviewés (physiothérapeute, infirmier, coach, thérapeute) sont à classer dans les domaines paramédical et socio-pédagogique.

Tableau 4: Analyse de la question 1.

Question 2 : Quelles sont les forces de l'HE ?	
Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
Activation des ressources du patient Stimulation de la créativité, de l'intuition et de l'imagination Vision positive de l'inconscient Orientation solution	<p>Permet de rechercher des ressources conscientes et inconscientes de la personne (4)</p> <p>Hypothèse que l'inconscient contient des ressources positives de libération et de guérison (3)</p> <p>Permet de stimuler l'intuition et la créativité (2)</p> <p>La vitesse d'apprentissage est supérieure durant l'état de conscience modifié (ECM) (2)</p> <p>Changer des automatismes impossibles à changer dans un état de conscience ordinaire</p> <p>Les changements se mettent en place inconsciemment</p> <p>On part des ressources du patient et non pas de ses problèmes</p> <p>Permet de stimuler la partie saine du corps du patient</p> <p>On sort du cerveau gauche pour aller dans le cerveau droit (créatif et imaginaire), cela permet de surprendre les clients</p> <p>Comprendre n'est pas nécessaire</p> <p>Ce n'est pas le thérapeute qui sait et qui conseille, mais il guide le patient dans le développement de ses propres ressources</p> <p>Notion de collaboration avec le client (le client est l'expert de la vie, le thérapeute est expert de l'outil)</p> <p>ECM permet au patient de baisser la garde au niveau des résistances et d'avoir accès à ses ressources avec beaucoup plus de facilité</p> <p>Puissance de la suggestion indirecte</p> <p>L'HE est pas figée dans un cadre, elle est d'une plasticité totale</p> <p>ECM est un état de connexion à soi-même</p>
Analyse de la Question 2 :	
<p>Les réponses des praticiens à cette question ont été très riches et variées. Ces réponses correspondent aux réponses issues de la recherche bibliographique. Le fait que l'hypnose permette de « rechercher les ressources conscientes et inconscientes de la personne » a été cité par près de la moitié des praticiens et l'hypothèse que « l'inconscient contient des ressources positives » a été citée par le tiers des interviewés. De plus, deux praticiens pensent que l'HE « permet de stimuler l'intuition et la créativité » et que « l'ECM permet une plus grande vitesse d'apprentissage ». Selon le point de vue des praticiens, il s'agit là des quatre plus grandes forces de l'HE. Les trois premières forces sont entièrement confirmées par la littérature. La recherche bibliographique a relevé également l'orientation solution de l'HE qui est en partie reprise, en des termes légèrement différents, par certains praticiens qui affirment que « comprendre n'est pas nécessaire » et qu'il faut « partir des ressources du patient et non de ses problèmes ».</p>	

Tableau 5: Analyse de la question 2.

Question 3 : Quelles sont les faiblesses de l'HE ?	
Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
Incompétence du thérapeute Manque d'éthique des praticiens Utilisation en dehors du cadre du praticien Ne convient pas pour tous les types de sujets Préjugés du public à l'égard de l'hypnose	<p>La faiblesse vient du patient (certains patients ont de la peine à se relier à eux-mêmes pour mobiliser leurs ressources ou disent ne pas avoir le temps de faire les exercices d'auto-hypnose) (3)</p> <p>L'HE n'offre pas de fonctionnement structuré et normalisé. Le processus n'est pas identique pour tous les patients. Cela amène une difficulté pour utiliser l'HE (mais cela peut aussi être une force !) (3)</p> <p>La faiblesse vient du praticien s'il n'est pas assez compétent (2)</p> <p>Croyances et préjugés que les gens ont sur l'HE (2)</p> <p>Faiblesse si le thérapeute ne sait pas écouter et comprendre le client</p> <p>Il faut utiliser l'HE quand on sait qu'on peut l'utiliser</p> <p>Si le thérapeute ne réussit pas à se mettre en phase de la personne</p> <p>Aucune méthode ne peut tout résoudre, mais ceci n'est pas une limite spécifique à l'HE</p> <p>L'apprentissage de l'HE n'est pas facile pour le thérapeute</p> <p>Certains clients ont peur de l'HE (la personne ne sait pas à quoi s'attendre (quels résultats va-t-elle obtenir), ni comment les changements vont se faire)</p> <p>Environ 10% des personnes n'entrent pas en transe</p> <p>Certaines formations en HE ne donnent pas assez d'outils pour que les praticiens puissent reconnaître les personnes borderline ou psychotiques</p> <p>L'HE évolue, elle a un côté insaisissable</p> <p>Pas de faiblesse (si l'indication est bien posée, si l'attente de la personne est bien définie)</p> <p>Pas de faiblesse car l'HE n'est pas une thérapie en soi mais un outil dans une boîte à outils</p>
Analyse de la Question 3 :	
<p>Les réponses des praticiens à la question des faiblesses ont été aussi riches et variées que pour la question des forces. Les réponses des praticiens diffèrent de celles de la littérature : les praticiens voient d'abord des « faiblesses » auprès des patients alors que cet aspect n'est pas abordé dans la littérature. De plus, le fait que l'HE n'offre pas de « fonctionnement structuré et normalisé » est perçu comme une faiblesse car il est difficile d'utiliser et d'apprendre l'HE. Néanmoins ce manque de structure est aussi vu comme une force car il permet une plus grande créativité. L'incompétence du thérapeute, qui est citée dans la littérature comme la première faiblesse de l'HE, est mentionnée à deux reprises par les praticiens. Selon le point de vue de deux autres praticiens, l'HE n'a pas de faiblesses pour autant que « l'indication [soit] bien posée et que l'attente de la personne [soit] bien définie » et parce que « l'HE n'est pas une thérapie en soi mais un outil dans une boîte à outils ».</p>	

Tableau 6: Analyse de la question 3.

Question 4 : Dans quelles situations l'HE ne devrait pas être utilisée ?	
Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
<p>Cas psychotiques aigus, borderline et paranoïaque</p> <p>Troubles psychotiques aigus naissants et paranoïa</p>	<p>Pour des patients souffrant de troubles psychotiques (5)</p> <p>Pour des patients sous l'emprise de l'alcool ou de drogues (3)</p> <p>Pour des patients borderline (2)</p> <p>Pour des dépressions graves (2)</p> <p>Pas pour des personnes avec un faible QI</p> <p>Pas pour des patients souffrant de schizophrénie</p> <p>Pas pour des patients névrotiques</p> <p>L'HE ne devrait pas être utilisée quand le thérapeute est incompetent</p> <p>Suivre son instinct, on sent quand il ne faut pas utiliser l'HE</p> <p>Ne pas utiliser l'HE pour visiter des vies antérieures</p> <p>Pas si le thérapeute n'a pas confiance au contexte dans lequel la personne est (i.e. collègues présents, unité du patient dans l'hôpital psychiatrique)</p> <p>Ne pas utiliser si on n'a pas assez de temps</p> <p>L'HE ne devrait pas être utilisée pour des objectifs non-éthiques (pour manipuler, pour vendre plus, pour changer l'autre)</p> <p>Pas si l'attente du patient est trop importante (attente magique)</p>
Analyse de la Question 4 :	
<p>Toutes les contre-indications citées dans la littérature se retrouvent dans les réponses des praticiens, à l'exception des cas paranoïaques. Les praticiens fournissent des réponses plus variées : ils mentionnent en premier lieu le fait que l'HE ne devrait pas être utilisée pour des patients sous l'emprise de l'alcool ou de drogues car ces substances ont pour effet d'altérer les sensations et les perceptions, altération qui se trouve amplifiée lors de la transe. De plus, certains praticiens ont formulé des contre-indications plus générales, comme le fait d'utiliser l'HE « pour des objectifs non-éthiques », « pour visiter des vies antérieures » ou « lorsque le patient a des attentes trop importantes ». Certains praticiens recommandent aussi de ne pas utiliser l'HE « si le temps manque » et, plus simplement, de « suivre son instinct » pour savoir si l'HE peut être utilisée.</p>	

Tableau 7: Analyse de la question 4.

Question 5 : Quels critères peut-on utiliser pour reconnaître que l'HE a été utilisée avec succès ?	
Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
Critères de succès liés à la transe Réussir à amener le patient dans son inconscient-ressource Réussir à faire découvrir au patient des scénarios alternatifs Réussir à amener le patient à vivre une existence autonome Réussir à écouter la thérapie	<p>Toujours formuler un objectif et évaluer à la fin de la séance si l'objectif a été atteint ou pas (4)</p> <p>Les patients progressent, vont mieux, se détendent, ont moins d'angoisses, s'épanouissent, arrêtent le traitement (3)</p> <p>Le praticien a permis à la personne de vivre un changement, a pu aider la personne (2)</p> <p>Indices de la transe (observation des mouvements des paupières, de la respiration qui est plus lente et plus profonde) (2)</p> <p>Lorsque l'on revoit la personne, on peut constater si des changements ont eu lieu et poser des questions : « quel changement avez-vous obtenu ? », « avez-vous pu réutiliser la safe-place ou d'autres outils ? » (2)</p> <p>Demander à la personne d'évaluer le problème avant la séance et après</p> <p>Pour l'anxiété, utiliser des échelles (les patients pensent à une échelle de 0 à 10 mais le praticien propose une échelle de 0 à 1000)</p> <p>R ressortir ses notes et les relire au patient (pour qu'ils se souviennent de leur objectif ou de ce qu'ils ont dit durant les premières séances)</p> <p>La personne a pu rencontrer ses ressources et en faire quelque chose</p>
Analyse de la Question 5 :	
<p>Les critères de succès utilisés par les praticiens sont de deux ordres : certains se réfèrent au succès de la mise en place de la transe et d'autres se réfèrent au succès de l'interaction thérapeutique (et donc du processus de changement). Les critères de succès liés à la mise en place de la transe sont les critères physiologiques (« mouvements des paupières, respiration plus lente et plus profonde ») (ces critères se retrouvent dans la littérature). Les critères de succès liés à l'interaction thérapeutique cités par les praticiens sont les suivants : « formuler un objectif et évaluer s'il est atteint à la fin de la séance », « observer si les patients progressent, vont mieux, se détendent, ont moins d'angoisses, s'épanouissent, arrêtent le traitement » ou alors « demander si les patients ont pu réutiliser la safe-place ou d'autres outils ». La littérature cite des critères qui vont dans le même sens : « amener le patient dans son inconscient-ressource », « lui faire découvrir des scénarios alternatifs », « l'amener à vivre une existence autonome » ainsi que « écouter la thérapie ».</p>	

Tableau 8: Analyse de la question 5.

Question 6 : Quelles erreurs peuvent être commises en utilisant l'HE? Et comment les éviter ?	
Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
<p>Ne pas être en phase avec son patient</p> <p>Avoir des attentes magiques en tant que praticien</p> <p>Interpréter les communications de l'inconscient</p> <p>Non-respect des éléments de la communication hypnothérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des suggestions compliquées et difficiles à suivre • Utiliser des mots inconnus du patient • Utiliser les temps du passé et des négations • Utiliser des tournures décourageantes et dévalorisantes • Ne pas laisser au patient le temps de répondre, parler trop vite • Donner trop d'explications ou de justifications sur ce qui se passe ou doit se passer • Avoir une voix inadaptée à ce qui se passe • Ne pas utiliser la rhétorique du corps-sujet • Utiliser des formulations fermées 	<p>Ne pas savoir utiliser ce que le patient apporte (3)</p> <p>Avoir une trop grande attente de résultats (2)</p> <p>Ne pas assez se protéger (et laisser au patient les problèmes qui lui appartiennent) (2)</p> <p>Ne pas réussir à observer finement tous les paramètres de tout ce qui se passe chez l'autre</p> <p>Manque de précision dans l'analyse de la situation du patient (contexte)</p> <p>Croire que c'est à cause de soi si une séance n'a pas donné ce que l'on voulait</p> <p>Se mettre une trop grosse pression</p> <p>Ne pas savoir dire non (c'est-à-dire refuser des patients)</p> <p>Se laisser déborder par ce que dit le patient (flot de paroles)</p> <p>Trop utiliser les outils, car cela enferme le thérapeute</p> <p>Utiliser l'HE avec une personne encore sous l'emprise de l'alcool consommé la veille</p> <p>Trop expliquer ce qu'est l'HE avec des gens qui sont dans le contrôle, car cela renforce les résistances</p> <p>Ne pas réussir à trouver la bonne porte d'entrée (le patient dit « ça me passe dessus comme sur les plumes d'un canard »)</p> <p>Ne pas réussir à entrer soi-même suffisamment en transe</p> <p>Laisser quelque chose en plan dans une transe</p> <p>Lâcher un patient qui panique durant une transe</p> <p>Penser que la profondeur de la transe est garante de l'efficacité du changement</p> <p>Forcer l'induction contre la volonté de l'autre</p>
Analyse de la Question 6 :	
<p>Cette question a donné des réponses intéressantes : trois praticiens ont cité en premier lieu l'erreur de « ne pas savoir utiliser ce que le patient apporte ». Un autre praticien a cité une erreur semblable : « ne pas réussir à observer tous les paramètres de tout ce qui se passe chez l'autre ». Il semble que ce soit là la principale erreur que peuvent faire les praticiens en HE. Dans la littérature, Megglé (2005) cite la même erreur potentielle en parlant d'être empêché « d'être en phase avec son patient ». Une autre erreur possible est que le praticien ait une trop grande attente de résultat (cette erreur est citée par deux praticiens); un autre praticien pense qu'il est faux de croire que « c'est à cause de soi si une séance n'a pas donné ce qu'on voulait ». A ce sujet la littérature met aussi en garde contre les « attentes magiques » des praticiens. Les erreurs liées aux éléments de la communication hypnothérapeutique ne sont pas citées par les praticiens, à l'exception du fait de donner trop d'explications sur l'HE. Les praticiens citent de nombreuses erreurs intéressantes: « se mettre une trop grande pression », « ne pas savoir dire non », « ne pas assez se protéger », « trop prendre sur soi ». Ces erreurs montrent les difficultés pour les praticiens de venir en aide à leurs patients et clients tout se ménageant. Eviter ces erreurs permet au praticien de garder ce que l'on pourrait appeler une bonne « hygiène de l'esprit ».</p>	

Tableau 9: Analyse de la question 6.

Question 7 : Y a-t-il des cas où les patients ont fait un « bad trip » ou ont eu une forte abréaction émotionnelle ?	
Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
<p>Faire une expérience désagréable (« bad trip ») mais bénéfique</p> <p>Abréactions affectives violentes lors de fortes régressions</p>	<p>Cas de « bad trip » qui a finalement apporté quelque chose de positif (3)</p> <p>Abréaction émotionnelle très intense qui s'est avérée très positive pour la personne.</p> <p>Un patient qui avait une phobie s'est mis à trembler violemment. Le thérapeute a eu peur, mais est resté calme et directif et a dit « je sais ce qui se passe et je sais que vous allez revenir ».</p> <p>Durant une transe, une patiente se voyait dans la « salle d'attente de la mort » et a mis plus de 30 minutes pour ressortir de la transe. La patiente ne s'en souvient pas comme quelque chose de mauvais. C'était ce qu'il lui fallait à ce moment là.</p> <p>Cas où la personne avait un sentiment de décalage par rapport à son corps (perte des repères temporels et spatiaux). Ce qu'il faut faire : la laisser se réorienter dans le concret, la faire entrer et sortir de transe plusieurs fois.</p> <p>Certains patients ont eu des crises de larmes, il faut accompagner, à la limite encourager, pour que les gens se permettent, pour que les émotions s'expriment car cela peut être une expérience positive.</p> <p>Cas d'une personne qui s'est concentrée sur la respiration et une crise d'asthme s'est déclenchée (il faut accompagner la personne, parler lentement et cela s'est bien passé).</p> <p>Fréquents cas de bad trip. Ce qu'il faut faire : accompagner la personne avec l'introjection du sujet (méthode développée par le Dr. Philip Zindel) ou amener de la différenciation (technique qui vise à dédramatiser, à mettre une distance : « sur quoi vos pieds reposent ? qu'est-ce qu'il y a à côté de la chose du vous fait peur ? y a-t-il une personne qui peut être une aide ? »).</p>
Analyse de la Question 7 :	
<p>Les « bad trips » et les fortes abréactions émotionnelles sont vues d'une manière positive à la fois par la littérature et par les praticiens. Les « bad trips » ou les fortes réactions émotionnelles ne sont pas rares. Les praticiens donnent en plus des informations précises sur les cas qu'ils ont rencontrés dans leur pratique et des conseils intéressants sur la manière d'accompagner: « rester calme et directif », « laisser la personne se réorienter dans le concret », « amener de la différenciation » et « accompagner la crise de larmes, à la limite l'encourager ».</p>	

Tableau 10: Analyse de la question 7.

Question 8 : Quels enseignements peut-on tirer d'une pratique d'HE qui ne sont pas contenus dans une formation en HE ?	
Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
Se surprendre à inventer et à construire des outils et des suggestions	<p>Au début, savoir théorique (apprendre des gammes) et ensuite avoir expérientiel (apprendre à faire de la musique) (3)</p> <p>Appris à avoir confiance en l'autre et en ses ressources (3)</p> <p>L'expérience permet de plus oser (2)</p> <p>Appris à maîtriser les outils hypnotiques avec aisance (2).</p> <p>C'est l'expérience qui fait toute la différence.</p> <p>Il faut sortir de ses bases</p> <p>Il faut utiliser des métaphores et laisser tomber les outils</p> <p>En formation continue, apprentissage d'autres techniques et perfectionnement dans un domaine précis</p> <p>Appris à faire appel à mes ressources</p> <p>Pris confiance en soi</p> <p>Appris que la souffrance est un domaine extrêmement vaste</p> <p>Chacun a son propre niveau de descente en hypnose</p> <p>Le vrai apprentissage a été l'échange avec des pairs</p> <p>Découvert qu'il faut accompagner le processus</p> <p>Appris le rythme (l'HE est une danse, plus on danse, plus c'est facile)</p> <p>Appris à être plus clair et à lâcher prise sur certaines résistances</p> <p>En pratiquant l'HE, on crée un champ énergétique qui permet d'amener un plus</p>
Analyse de la Question 8 :	
<p>Les réponses à cette question montrent que, pour devenir un praticien en HE, il ne suffit pas d'obtenir un savoir théorique mais qu'il est nécessaire de le compléter par un savoir expérientiel grâce à la pratique. A ce sujet, certaines formations en HE, à l'instar du Certificat de Formation en Techniques Hypnotiques (CFTH) délivré par l'Institut Romand d'Hypnose Suisse (IRHyS, 2009), exigent que les étudiants pratiquent l'HE dans le cadre de leur profession durant 20 heures en plus des ateliers où les étudiants ont l'occasion d'exercer l'HE entre eux.</p> <p>La littérature cite le fait « de se surprendre à inventer et à construire des outils » grâce à une certaine expérience. Ceci est corroboré par les praticiens qui affirment qu'il faut « sortir de ses bases » et « laisser tomber les outils ».</p> <p>Trois praticiens ont répondu qu'ils avaient appris, dans leur pratique, à faire confiance au patient et à ses ressources. Il semble que les praticiens aient eu le besoin d'expérimenter plusieurs situations où les patients ont pu avoir accès à leurs ressources pour vérifier que l'HE aide réellement les patients à se relier à leurs ressources. Enfin les praticiens affirment que l'expérience permet de « plus oser » utiliser l'HE et de « maîtriser les outils avec aisance ». La confiance en soi a été citée par un praticien, de même que le fait de faire appel à ses propres ressources.</p>	

Tableau 11: Analyse de la question 8.

Question 9 : Quelles recommandations peut-on donner à des praticiens qui terminent leur formation en HE et qui commencent à pratiquer ?

Analyse bibliographique	Réponses des praticiens
<p>S'entraîner intensivement</p> <p>Travailler les tactiques thérapeutiques disponibles dans la littérature</p> <p>Rester en phase avec le patient</p> <p>Être créatif</p> <p>Beaucoup réfléchir et dormir</p> <p>Combiner l'hypnose à d'autres interventions non-hypnotiques</p> <p>Donner de multiples suggestions</p>	<p>Faire des intervisions (7)</p> <p>Faire des supervisions (7)</p> <p>Suivre des cours de formation continue (4)</p> <p>Beaucoup pratiquer (4)</p> <p>S'exercer à l'HE dans des groupes de trois praticiens (3)</p> <p>Pratiquer l'auto-hypnose pour soi-même (2)</p> <p>Savoir transformer les erreurs en apprentissages (2)</p> <p>Accepter que l'on a besoin d'apprendre (2)</p> <p>Apprendre à pratiquer l'HE, c'est comme apprendre à conduire une voiture (au début on se sent maladroit et ensuite les automatismes viennent) (2)</p> <p>Utiliser l'HE comme un outil parmi d'autres dans le cadre de sa profession de base et non pas comme une thérapie de base (2)</p> <p>Toujours partir d'un objectif et de ce que le patient amène et suivre ce qu'il amène (2)</p> <p>Travailler sa créativité (en lisant des histoires métaphoriques pour se donner des idées)</p> <p>Travailler sur sa propre confiance en soi</p> <p>A la fin de chaque séance, se demander ce que l'on peut faire de mieux</p> <p>Etre tolérant avec soi-même, accepter ses faiblesses</p> <p>S'appliquer les principes de l'hypnose à soi-même</p> <p>Se mettre en transe durant la séance (comme le faisait Milton Erickson)</p> <p>Ne pas trop vouloir modéliser sur le comportement d'un enseignant</p> <p>Varié les techniques utilisées, choisir quelque chose de nouveau</p> <p>Souvent il ne sert à rien de se préparer à l'avance (car on fait autre chose que ce on a préparé)</p> <p>Il faut savoir que le niveau de difficulté augmente avec la pratique</p> <p>Etre à l'écoute avec le plus sensibilité possible du patient pour décoder ce que l'autre veut, son objectif</p> <p>Entrer dans le monde du patient, dans son rythme, son espace</p> <p>Faire passer rapidement la discussion dans un mode d'hypnose conversationnelle</p> <p>Ne pas utiliser systématiquement l'HE</p> <p>Eviter de prendre sur soi (les problèmes du patient sont ses problèmes)</p> <p>Prendre plaisir à utiliser l'HE</p> <p>Suivre son instinct (cad ne pas utiliser l'HE même si la personne insiste)</p> <p>Faire confiance à ses ressources et à celles du patient</p> <p>Développer sa sensibilité en observant les gens dans la vie courante, notamment leur positionnement dans l'espace</p> <p>Etre aussi attentif à ses propres besoins (le thérapeute doit être confortable pour que le patient puisse confortablement cheminer)</p> <p>Ne pas être celui qui sait mais celui qui fait découvrir</p> <p>Aider le patient à trouver ses propres réponses</p> <p>Avoir une position d'humilité</p> <p>Avoir de l'humour</p> <p>Commencer à pratiquer le plus tôt possible après la formation</p> <p>Utiliser des techniques simples au début et ensuite complexifier</p> <p>Se rappeler que c'est la relation avec le patient (lien, confiance) qui est le plus important (et non pas les outils)</p> <p>Comme pour toutes techniques, éviter de faire plus de la même chose quand ça ne va pas</p> <p>S'occuper de ses propres problèmes en tant que praticien (utiliser la méditation, le rêve)</p> <p>S'occuper de la demande explicite et implicite du patient</p>

Analyse de la Question 9 :

Cette question a donné lieu au plus grand nombre de réponses parmi toutes les questions posées. Les praticiens ont à cœur de partager leurs expériences afin de guider le chemin des praticiens débutants. En première position des citations des praticiens, nous trouvons le fait de pratiquer des supervisions et des interventions et de suivre des cours de formation continue, alors que ces aspects ne sont pas abordés dans la littérature. A ce sujet, les exigences de l'Institut Romand d'Hypnose Suisse (IRHyS) pour obtenir le renouvellement du Certificat de Formation en Techniques Hypnotiques (CFTH) sont intéressantes: en effet, après avoir terminé leur formation qui contient trois cycles sur une période de trois ans, les praticiens ont l'obligation de suivre « 24 heures de formation continue tous les 3 ans et 10 heures d'intervision chaque année » (IRHyS, 2009). La littérature mentionne le fait de « travailler les tactiques thérapeutiques disponibles dans la littérature », ce qui peut être considéré comme une forme de formation continue.

La littérature mentionne la nécessité de s'entraîner intensivement, ce qui est corroboré par les réponses de quatre praticiens.

Un nombre plus restreint de praticiens citent encore les recommandations suivantes : « s'exercer à l'HE dans des groupes de trois praticiens », « pratiquer l'auto-hypnose pour soi-même », « savoir transformer les erreurs en apprentissages », « accepter que l'on a besoin d'apprendre » ou « savoir qu'apprendre à pratiquer l'HE, c'est comme apprendre à conduire une voiture » (ces trois dernières recommandations étant très proches puisqu'elles concernent le processus d'apprentissage).

La recommandation de la littérature qui conseille de « combiner l'hypnose à d'autres interventions non-hypnotiques » est à mettre en regard de la déclaration de deux praticiens qui affirment qu'il faut « utiliser l'HE comme un outil parmi d'autres dans le cadre de sa profession de base et non pas comme une thérapie de base ». De même, « travailler sa créativité » est aussi mentionné par les praticiens et par la littérature.

Les trois recommandations de praticiens de « toujours partir d'un objectif et de ce que le patient amène et suivre ce qu'il amène », « d'être à l'écoute avec le plus sensibilité possible du patient » et « d'entrer dans le monde du patient » font écho à ce que la littérature nomme « rester en phase avec son patient ».

Des recommandations de praticiens décrivent ce que l'on pourrait qualifier de conseils d'« hygiène de l'esprit » en tant que praticien : par ex. « prendre plaisir à utiliser l'HE », « être aussi attentif à ses propres besoins », « éviter de prendre sur soi (les problèmes du patient sont ses problèmes) », « s'occuper de ses propres problèmes en tant que praticien (utiliser la méditation et le rêve) », « faire confiance à ses ressources » ainsi que « être tolérant avec soi-même, accepter ses faiblesses ».

Enfin il est intéressant de constater que l'on trouve, autant dans la littérature que dans les réponses de praticiens, des recommandations plus inattendues ou originales, dont nous pouvons citer les suivantes : « beaucoup réfléchir et dormir », ou aussi « avoir de l'humour ».

Tableau 12 : Analyse de la question 9.

5. Conclusions de l'analyse de réponses

5.1. Conclusions générales

Les neuf praticiens qui ont participé à cette étude ont apporté des réponses d'une grande richesse et diversité. Ceci peut s'expliquer par la diversité des professions des praticiens (infirmiers, coachs, physiothérapeutes, thérapeutes) ainsi que par le fait que la pratique de l'HE est loin d'être figée mais peut être adaptée à chaque pratique et à chaque style de praticien.

5.2. Confirmation ou infirmation des hypothèses de travail

Les hypothèses de travail de cette étude découlaient des réponses aux questions initiales de l'analyse bibliographique. L'objectif de l'enquête de terrain était de confirmer ou d'infirmier ces hypothèses.

Nous pouvons affirmer que la grande majorité des éléments de réponses de l'analyse bibliographique a été confirmée par les réponses des praticiens. Les réponses des praticiens ont même permis de fortement compléter et d'enrichir les apports bibliographiques, notamment par des exemples de séquences vécues en séance ou par des outils originaux développés par les praticiens.

Il faut toutefois souligner que la cohérence entre littérature et praticiens n'est pas totale : nous constatons que quelques aspects traités dans la littérature n'étaient pas abordés par les praticiens, il s'agit notamment des points suivants :

- la littérature cite un plus grand nombre d'outils que les praticiens ;
- les indications de l'HE sont décrites de manière plus exhaustive par la littérature (spécialement sur les applications dans le domaine médical). Les praticiens n'ont décrit que les applications qu'ils rencontrent dans leurs professions paramédicale et socio-pédagogique ;
- la littérature mentionne les personnes souffrant de paranoïa parmi les contre-indications.

De même, un certain nombre de réponses apportées par les praticiens ne trouvent pas de correspondance dans la littérature. Ce sont les éléments suivants :

- l'alcool et les drogues sont cités en tant que contre-indications par les praticiens ;
- les praticiens voient une faiblesse de l'HE auprès des patients quand ceux-ci ont de la peine à se relier à eux-mêmes et à leurs ressources ;
- les praticiens ont cité certains outils qui ne sont pas apparus dans la recherche bibliographique (comme par exemple l'utilisation d'échelles pour mesurer l'anxiété, ou le fait de visiter une partie saine du corps) ;

- les praticiens ont apporté des réponses plus complètes sur le processus d'apprentissage de l'HE (du savoir théorique au savoir expérientiel)
- les praticiens ont aussi cité un nombre élevé de recommandations relevant de « l'hygiène de l'esprit » du praticien.

A l'exception des divergences mentionnées ici, nous pouvons affirmer que les hypothèses de travail ont été dans leur majorité confirmées par les réponses des praticiens.

Partie III : Recommandations et conclusion finale

1. Recommandations

L'analyse bibliographique ainsi que l'analyse des réponses des praticiens aux neuf questions initiales a permis de faire ressortir un nombre élevé de recommandations à l'usage de praticiens débutants. Pour rendre ces recommandations utiles pour les praticiens débutants, il s'agit d'en réduire leur nombre: nous ne retiendrons que celles qui correspondent à un des deux critères de sélection suivants :

1. la recommandation est citée à la fois par un praticien et dans la littérature, ou
2. elle est citée par au moins deux praticiens (indépendamment du fait qu'elle soit aussi citée dans la littérature).

Dans une deuxième étape, nous allons classer ces recommandations dans des catégories en fonction des thèmes qu'elles touchent, ceci afin de créer un corpus cohérent et intelligible de recommandations.

Les recommandations ont été classées dans les huit catégories suivantes :

1. Recommandations concernant le processus d'apprentissage de l'HE
2. Recommandations concernant les outils d'HE les plus fréquemment utilisés
3. Recommandations concernant les modalités de la pratique de l'HE
4. Recommandations concernant les critères de succès lors de l'utilisation de l'HE :
5. Recommandations concernant les erreurs à éviter lorsque l'on utilise l'HE
6. Recommandations concernant les contre-indications à respecter
7. Recommandations concernant les forces de l'HE
8. Recommandations concernant les faiblesses de l'HE
9. Recommandations concernant l'« hygiène de l'esprit » du praticien

Dans les chapitres suivants, les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de citations de l'élément par les praticiens. Le code (3) signifie une citation par trois praticiens ; le code (1 + L) signifie que l'élément a été cité par un seul praticien et qu'il se trouve aussi dans la littérature.

1.1. Processus d'apprentissage de l'HE

Les recommandations suivantes concernent le processus d'apprentissage de l'HE :

- Faire des interventions (7)
- Faire des supervisions (7)
- Suivre des cours de formation continue (4)
- Beaucoup pratiquer (4)
- S'exercer à l'HE dans des groupes de trois praticiens (3)
- Savoir transformer les erreurs en apprentissages (2)
- Accepter que l'on a besoin d'apprendre (2)
- Savoir qu'apprendre à pratiquer l'HE, c'est comme apprendre à conduire une voiture (2)

1.2. Outils d'HE les plus fréquemment utilisés

Les recommandations suivantes concernent les outils les plus fréquemment utilisés par les praticiens :

- Utiliser des métaphores (6)
- Utiliser l'hypnose conversationnelle (4)
- Utiliser les inductions et transes cénesthésiques (4)

1.3. Modalités de la pratique de l'HE

Les recommandations suivantes concernent les modalités de la pratique de l'HE :

- Pratiquer l'auto-hypnose pour soi-même (2)
- Utiliser l'HE comme un outil parmi d'autres dans le cadre de sa profession de base et non pas comme une thérapie de base (2)
- Toujours partir d'un objectif et suivre ce que le patient amène (2)
- Travailler sa propre créativité (1 + L)

1.4. Critères de succès lors de l'utilisation de l'HE

Les recommandations suivantes concernent les critères de succès lors de l'utilisation de l'HE :

- L'objectif fixé par le patient est atteint (4)
- Les patients progressent, vont mieux, se détendent, ont moins d'angoisses, s'épanouissent, arrêtent le traitement (3)
- Le praticien a permis à la personne de vivre un changement, a pu aider la personne (2)
- Indices physiologiques de la transe (observation des mouvements des paupières, de la respiration qui est plus lente) (2)
- Le patient a pu réutiliser seul la safe-place ou d'autres outils (2)
- La personne a pu rencontrer ses ressources et en faire quelque chose (1 + L)

1.5. Erreurs à éviter lorsque l'on utilise l'HE

Les recommandations suivantes concernent les erreurs à éviter lorsque l'on utilise l'HE :

- Ne pas savoir utiliser ce que le patient apporte (3)
- Avoir une trop grande attente de résultats (2)
- Ne pas assez se protéger (et laisser au patient les problèmes qui lui appartiennent) (2)

1.6. Contre-indications à respecter

Les recommandations suivantes concernent les contre-indications à respecter :

- Ne pas utiliser l'HE pour des patients souffrant de troubles psychotiques (5)
- Ne pas utiliser l'HE pour des patients sous l'emprise de l'alcool ou de drogues (3)
- Ne pas utiliser l'HE pour des patients borderline (2)
- Ne pas utiliser l'HE pour des patients souffrant de dépressions graves (2)

1.7. Forces de l'HE

Les recommandations suivantes concernent les forces de l'HE:

- L'HE permet de rechercher des ressources conscientes et inconscientes de la personne (4)
- L'HE part de l'hypothèse que l'inconscient contient des ressources positives de libération et de guérison (3)
- L'HE permet de stimuler l'intuition et la créativité (2)
- L'HE a une orientation solution (comprendre n'est pas nécessaire) (1 + L)

1.8. Faiblesses de l'HE

Les recommandations suivantes concernent les faiblesses de l'HE:

- La faiblesse vient du patient (certains patients ont de la peine à se relier à eux-mêmes pour mobiliser leurs ressources ou disent ne pas avoir le temps de faire les exercices d'auto-hypnose) (3)
- L'HE n'offre pas de fonctionnement structuré et normalisé. Le processus n'est pas identique pour tous les patients. Cela amène une difficulté dans l'utilisation de l'HE (mais cela peut aussi être une force !) (3)
- La faiblesse vient du praticien s'il n'est pas assez compétent (2)
- Une faiblesse vient des croyances et préjugés que les gens ont sur l'HE (2)

1.9. « Hygiène de l'esprit » du praticien

Dans cette catégorie, aucune recommandation ne satisfait aux critères de sélection mentionnés ci-dessus (en effet, chaque recommandation n'a été citée qu'une fois et aucune n'est reprise par la littérature). Néanmoins, il nous a paru utile de thématiser cette « hygiène de l'esprit » du praticien car elle permet au praticien de remplir sa tâche sur le long terme en étant à l'écoute de ses propres besoins et ressources. Les recommandations suivantes concernent l'« hygiène de l'esprit » du praticien :

- Prendre plaisir à utiliser l'HE (1)
- Faire confiance à ses ressources (1)
- Etre aussi attentif à ses propres besoins (1)
- Eviter de prendre sur soi (les problèmes du patient sont ses problèmes) (1)
- S'occuper de ses propres problèmes en tant que praticien (utiliser la méditation et le rêve) (1)

2. Conclusion finale

Cette étude a permis, par une approche focalisée sur la littérature et une enquête sur le terrain, d'identifier un grand nombre de recommandations à l'usage des praticiens débutants. Elle a permis de faire ressortir un total de 41 recommandations réparties dans neuf catégories, allant du processus d'apprentissage à « l'hygiène de l'esprit » du praticien en passant par les modalités d'utilisation de l'HE et les critères de succès. Nous observons une forte cohérence entre les réponses de la littérature et celles des praticiens. Les neuf praticiens qui ont participé à cette étude ont fait des apports d'une grande richesse et diversité. Ceci peut s'expliquer par la variété des professions des praticiens (infirmiers en psychiatrie, coachs, physiothérapeutes, thérapeutes) ainsi que par le fait que la pratique de l'HE est loin d'être figée mais elle peut être adaptée à chaque pratique et à chaque style de praticien.

L'objectif de cette étude était de fournir des recommandations utiles aux praticiens débutants. Nous espérons que ces recommandations pourront servir de guide à tous ceux qui désirent se lancer dans la pratique de l'hypnose ericksonienne, tout en bénéficiant de conseils issus de l'expérience de praticiens plus expérimentés.

Il est aussi possible que cette étude puisse trouver une utilité pour des praticiens expérimentés qui souhaitent confronter leur manière d'utiliser l'HE avec les recommandations formulées dans le présent travail.

3. Futurs thèmes de recherche

Cette étude a porté essentiellement sur les applications de l'HE par les professions paramédicales et socio-pédagogiques. Un thème de recherche intéressant pourrait porter sur les recommandations que des psychologues et des membres du corps médical (médecins, psychiatres, dentistes) peuvent suggérer à des praticiens débutants dans ces professions. Il serait également intéressant de comparer les recommandations formulées par des praticiens provenant du domaine médical avec celles des professions paramédicales et socio-pédagogiques.

Bibliographie

Bioy, Antoine, Michaux, Didier (sous la direction de). 2007. *Traité d'hypnothérapie: Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod, 496 p.

Gamba, Lucien. 2009. *Communication personnelle lors du cours de formation continue sur la Sophro-bio-dynamique dans le cadre de la formation en technique hypnotique d'IRHyS*. Genève, 2 octobre 2009.

Gibson, Hamilton Bertie, Heap, Michael. 1991. *Hypnosis in therapy*. London : Psychology Press, 240 p.

Hammond, D. Corrydon. 2004. *Métaphores et suggestions thérapeutiques*. Bruxelles : Satas, 589 p.

Holmquist, Allen. 2009. *Alternative States of Consciousness in Shamanism, Imaginal Psychotherapies, Hypnotherapy, and Meditation Including a Shamanism and Meditation Inspired Personal and Professional Training Program for the 21st Century Psychotherapist*. Boca Raton: Universal-Publishers, 600 p.

International Society of Hypnosis. 2008. *Code d'Ethique*. Accédé le 12 juillet 2009 depuis : http://www.irhys.ch/images/stories/information_generale/CodeethiqueISH08.pdf.

IRHyS (Institut Romand d'Hypnose Suisse). 2009. *Programme de formation en techniques hypnotiques pour les professions paramédicales et socio-pédagogiques*; Document de référence pour les participants ; Cursus 2008 -2011. Lausanne. 13 p. Accédé le 16 octobre 2009 depuis : <http://www.irhys.ch/images/stories/formation/ProgrammeformationtechhypIRHyS0811.pdf>.

Lambert, M. J.; Bergin, A. E. 1994. *The effectiveness of psychotherapy*. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). New-York: Wiley.

Luminet, Olivier. 2003. *Psychologie des émotions, Confrontation et évitement*. 1^{ère} édition. Bruxelles : De Boeck & Larcier, 253 p.

Megglé, Dominique. 2005. *Erickson, hypnose et psychothérapie*. 3^e édition. Paris : Retz, 191 p.

Piccard, Bertrand. 1993. *L'hypnose comme un voyage intérieur*. Lettre de la Fondation Ling. Lausanne. Accédé le 16 juin 2009 depuis : <http://www.ling.ch/lettre/lettre06.htm#voyage>.

Rosen, Sidney. 1986. *Ma voix t'accompagnera, Milton H. Erickson raconte*. Paris : Hommes et Groupes, 257 p.

Salem, Gérard. 1993. *Quelques définitions de l'hypnose*. Lettre de la Fondation Ling. Lausanne. Accédé le 10 mai 2009 depuis : <http://www.ling.ch/lettre/lettre06.htm#definitions>.

Salem, Gérard. 2006. *Le combat thérapeutique*. Paris : Armand Colin, 239 p.

Salem, Gérard; Bonvin, Eric. 2004. *Soigner par l'hypnose*. 3^e édition. Lausanne : Masson, 292 p.

Sciboz, Janique. 2009. *Communication personnelle lors d'une supervision dans le cadre de la formation en technique hypnotique d'IRHyS*. Fribourg, 12 mai 2009.

Tenenbaum, Sylvie. 2005. *L'hypnose ericksonienne: un sommeil qui éveille*. 3^e édition. Paris : Dunod-InterEditions, 217 p.

Yapko, D.M. 1990. *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York: Brunner & Mazel, 190 p.

Annexe: questionnaire-type

Questions introductives :

Combien d'années d'expérience avez-vous en hypnose ericksonienne (HE) ?

Quel est votre titre et votre fonction ?

Quelle formation en HE avez-vous suivie ?

Questions analysées dans le cadre de cette étude

1. Quelles techniques (ou outils) d'HE utilisez-vous le plus souvent ? Et pour quels types de symptômes ?
2. Quelles sont, selon votre expérience, les forces de l'HE ?
3. Quelles sont, selon votre expérience, les faiblesses de l'HE ?
4. Sur la base de vos expériences, dans quelles situations l'HE ne devrait pas être utilisée ?
5. Quels critères utilisez-vous pour reconnaître que vous avez utilisé l'HE avec succès ?
6. Quelles erreurs avez-vous faites en utilisant l'HE? Comment les éviter ?
7. Avez-vous eu des cas où les patients ont fait un « bad trip » ou ont eu une forte abréaction émotionnelle ?

8. Qu'avez-vous appris par la pratique que vous n'aviez pas appris dans votre formation en HE ?

9. Quelles recommandations pouvez-vous donner à des praticiens qui terminent leur formation en HE et qui commencent à pratiquer ?