



**shyps Société d'Hypnose Clinique Suisse**  
**ghyps Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz**

www.hypnos.ch

Présidente: Josy Höller lic.phil. Tulpenweg 26 4900 Langenthal e-mail josy.hoeller@lups.ch

Secrétariat: Daniela Bossard, Bellevuestrasse 9 3052 Zollikofen Tel. + Fax. 031/911 47 10 e-mail : info@hypnos.ch

**Commission d'équivalence**

**Franziska Bubb**, lic.phil., Fluhgutstr. 33 8645 Jona Tel. P. 055 210 84 70 Tel. G. 055 211 02 11

Fax: 055 210 84 73 E-Mail: bubb.psy@bluewin.ch

**Demande de Certification shyps ou d'inscription provisoire sur la liste shyps**

Nous vous prions de remplir complètement le formulaire. Toutes les données fournies doivent être validé par des copies des justificatifs. Numéroter svp ces documents-justificatifs, et donnez-leur dans le questionnaire la place correspondante.

Si vous désirez figurer sur la liste des thérapeutes shyps, remplissez également cette demande. Sauf avis contraire de votre part, votre nom apparaîtra aussi automatiquement sur la liste publié sur notre site [www.hypnos.ch](http://www.hypnos.ch). A partir de 2009, cette publication entrainera une contribution annuelle de 50 chf .

Les conditions requises pour figurer sur la liste des thérapeutes sont: l'expérience clinique suffisante (au moins. 3 ans de pratique dans son domaine de spécialisation et activité pratique continue), formation de base en psychothérapie menée à bien, Séminaires de base et Séminaires Thérapeutiques de la shyps achevés, supervision et expérience personnelle au minimum commencée, qualité de membre de la shyps, ainsi que le parrainage de deux membres shyps parmi les membres du comité ou des commissions, parmi les superviseurs ou les formateurs.

Au bout de trois ans, la certification shyps ou une attestation de formation complémentaire en hypnose médicale SMSH/shyps est requise afin de continuer à figurer sur la liste des thérapeutes shyps (voir les conditions de formations annexées).

Je demande:

la certification shyps

l'inscription provisoire sur la liste shyps

Pour la demande d'une attestation de formation complémentaire en hypnose médicale SMSH/shyps, prière de demander les formulaires correspondants auprès du

**Secrétariat shyps, Bellevuestr. 9, 3052 Zollikofen, [info@hypnos.ch](mailto:info@hypnos.ch).**

Renvoyer ce formulaire dûment rempli, complété par les justificatifs ainsi que la récépissé de paiement à:

**Commission d'équivalence (CE) Franziska Bubb, lic.phil., Fluhgutstr. 33 8645 Jona**

La Commission d'équivalence statue deux fois par an sur les demandes reçues. La certification se déroule le cas échéant lors de l'AG. Le dernier délai d'envoi avant l'AG est la mi-décembre.

Tarif de la certification : 200.CHF Payable d'avance sur le compte postal 30-11663-7 (Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (GHypS) 4900 Langenthal). Veuillez joindre une copie du récépissé à votre demande

**Données personnelles**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_

Titre (FMH, FSP, SPV etc.): \_\_\_\_\_évent. Nr Membre FMH \_\_\_\_\_

Travaillez-vous

en cabinet privé?  oui / **délégué?**  oui / dans le cadre d'une institution?  oui

Adresse professionnelle (Au cas que vous travaillez en même temps dans un cabinet privé que dans une institution où vous pouvez accueillir des patients, veuillez copier cette feuille et y mettre l'adresse de l'institution. Dans de tels cas deux enregistrements sont possibles)

Employeur/Fonction: \_\_\_\_\_

Adresse(Institution/délégué par): \_\_\_\_\_

rue: \_\_\_\_\_

CP/Ville: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Adresse privée**

rue \_\_\_\_\_

NPA/Ville: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**(Marquez d'une croix svp l'adresse de correspondance préférée)**

Je travaille avec des techniques d'hypnose      oui       non

Je peux recevoir des client-e-s/patients      oui       non

Droit de pratique      oui       non       No Doc.:

Certificat shyps (si obtenu), Date: \_\_\_\_\_      No Doc.:

**1. Formation scientifique principale en Psychologie respect. Médecine**

Université \_\_\_\_\_

Année du diplôme: \_\_\_\_\_ Titre Académique: \_\_\_\_\_

Branche principale: \_\_\_\_\_

Branches secondaires: \_\_\_\_\_

**2. Pratique clinique**

Institution	Fonction / Domaine de compétence	Quand	Durée	Degré d'occupation

**3. Formation psychothérapeutique / Formation FMH**

No Doc.:

Orientation principale	Diplôme obtenu/ Année

Autres orientations	Diplôme obtenu/ Année

#### 4. Théorie et Pratique

##### 4.1 Formation complémentaire en hypnose / hypnothérapie

(Préciser svp: Cours de base (C), Séminaires thérapeutiques (T), Séminaires spécialisés (S)) No Doc.:

Description du cours	Lieu/Formateurs-trices	Du	au	Tot. h

##### 4. Autres formations complémentaires de spécialisation et professionnelles

No Doc.

Description du cours	Lieu/Formateurs-trices	Du	à	Tot. h

#### 5. Expérience personnelle en hypnose et autres méthodes

##### 5.1 En individuel auprès des psychothérapeutes suivants

No Doc.:

Nom	Titre de spécialisation	Méthode	de	à	Tot. h	Membre SMSH /shyps?

## 5.2 En groupes auprès des psychothérapeutes suivants

No Doc.:

Nom	Titre de spécialisation	Méthode	de	à	Tot. h.	Membre SSMH /shyps?

## 6. Supervision en hypnose et autres méthodes

### 6.1 En individuel auprès des superviseurs suivants

No Doc.:

Nom	Titre de spécialisation	Méthode	de	à	Tot. h.	Membre SSMH /shyps ?

### 6.2 En groupes auprès des superviseurs suivants

No Doc.:

Nom	Titre de spécialisation	Méthode	de	à	Tot. h.	Membre SSMH /shyps ?

### 6.3 Intervisions en Hypnose

(Notez svp d'une \* les participants qui sont certifiés shyps, resp.SMSH, ou ont obtenu un certificat de formation complémentaire SMSH/shyps)

No Doc.:

Participants/Titre de spécialisation	tot. des part.	Date	tot. d'h.

Autres domaines de compétences, publications et domaine d'enseignement  
(Faire suivre d'une \* svp, ceux qui touchent directement le thème de l'hypnose)

---

---

---

---

---

---

---

---

Remarques supplémentaires sur votre formation complémentaire et votre demande de reconnaissance:

---

---

---

#### Pour la demande d'inscription sur la liste des thérapeutes shyps:

Références de deux parrains/marraines shyps (Membre du comité ou de commissions, Superviseurs, Formateurs):

#### Genre de patients, traités avec hypnose

- Enfants     Adultes     Couples  
 Groupes     Adolescents     Familles

#### Domaines d'intérêt particulier.:

---

J'atteste ce faisant que toutes les indications données correspondent à la vérité,

Lieu/Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_