

Annie BRIAND

L'hypnose, une innovation thérapeutique au service de l'infirmière ?

Mémoire présenté pour l'obtention

du diplôme de Cadre de Santé

De la 1^{ère} année de Master Économie et gestion de la santé –

Parcours : Économie et gestion des établissements de santé.

Sous la direction de Mme FERMON Béatrice

Année scolaire 2016/2017

Institut de Formation

des Cadres de Santé

Centre Hospitalier Universitaire

De Nantes

Université Paris Dauphine

Département d'éducation permanente

BRIAND Annie

L'hypnose, une innovation thérapeutique au service de l'infirmière ?

Mémoire présenté pour l'obtention

du diplôme de Cadre de Santé

De la 1^{ère} année de Master Économie et gestion de la santé –

Parcours : Économie et gestion des établissements de santé.

Sous la direction de Mme FERMON Béatrice

Année scolaire 2016/2017

Institut de Formation

des Cadres de Santé

Centre Hospitalier Universitaire

De Nantes

Université Paris Dauphine

Département d'éducation permanente

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Nantes en partenariat avec l'Université Paris Dauphine, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs, de l'I.F.C.S. de Nantes et de l'Université Paris Dauphine.

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement Mme Fermon pour avoir été un guide bienveillant dans la construction de ce travail de recherche. Merci pour ses encouragements et ses conseils.

Je remercie également mes proches : mon mari, soutien de tous les jours même à distance, mon fils et ma fille pour son aide précieuse lors de la retranscription et de la relecture.

Bien évidemment, je remercie tous les professionnels de santé et patiente qui ont participé chaleureusement à ce projet.

Et je remercie les collègues de la promotion qui m'ont permis d'être plus sereine au cours de l'année.

« Imite, assimile, innove... »

Clark TERRY, musicien de Jazz américain

Sommaire

1	INTRODUCTION	3
2	À L'ORIGINE DE NOTRE RECHERCHE.....	4
3	L'HYPNOSE.....	7
3.1	Hypnose : de quoi parle-t-on ?.....	7
3.2	Quand l'histoire et la science se rejoignent	8
3.3	De la pratique médicale à la pratique paramédicale	11
3.3.1	L'hypnose conversationnelle.....	12
3.3.2	L'hypnose formelle.....	12
3.3.3	L'auto hypnose	13
3.4	La législation et l'hypnose	14
3.5	La formation à l'hypnose	16
3.6	Les représentations sociales de l'hypnose	16
4	CHERCHEUR, UNE NOUVELLE FONCTION	20
4.1	Un samedi matin sur un marché hebdomadaire	20
4.2	Des informations auprès des professionnels	21
4.2.1	Un CHU comme lieu de recherche.....	22
4.2.2	Une population de recherche diversifiée	23
4.2.3	Des guides d'entretien spécifiques	25
5	L'HYPNOSE PORTÉE SELON LES ACTEURS.....	27
5.1	Une pratique d'analgésie sous hypnose	27
5.2	Une organisation qui s'adapte.....	29
5.3	L'hypnose portée par l'infirmière qui pratique.....	31
5.3.1	La création de sens	31
5.3.2	La nécessité de croire	34
5.3.2.1	Vaincre les représentations sociales du patient	35

5.3.2.2	Convaincre les collègues.....	36
5.3.2.3	Se former : un défi.....	38
5.3.3	Efforts et rationalité.....	39
5.4	L'hypnose portée par les services de soins.....	40
5.4.1	Au commencement : la déviance.....	41
5.4.2	L'importance des échanges professionnels.....	43
5.4.3	Une pratique qui se répand.....	44
5.4.4	Entre pouvoir et tension.....	45
5.5	L'hypnose portée par l'institution.....	47
5.5.1	L'appropriation de l'hypnose par l'établissement.....	47
5.5.2	Une formation contrôlée.....	49
5.5.3	Des ressources humaines identifiées.....	51
6	CONCLUSION.....	55
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57
	ANNEXE I : CHARTE ETHIQUE DE L'INSTITUT FRANÇAIS D'HYPNOSE.....	I
	ANNEXE II : MICRO TROTTOIR.....	III
	ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN IDE FORMÉE HYPNOSE.....	IV
	ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN IDE NON FORMÉE HYPNOSE.....	IX
	ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT.....	XIII
	ANNEXE VI : GUIDE D'ENTRETIEN CADRE SUPERIEUR DE SANTE.....	XV

1 INTRODUCTION

L'évolution qu'elle soit technique, technologique, organisationnelle ou thérapeutique est constante dans le milieu de la santé, surtout depuis l'après-guerre. Toutes ces avancées, possibles grâce à la recherche scientifique, ont été importantes pour les patients comme pour les soignants. Et cela a transformé le travail à l'hôpital qui est devenu de plus en plus technique. Cependant depuis peu, apparaît la pratique de l'hypnose dans les soins. Cette hypnose, qui existe depuis de nombreuses années, était jusqu'alors connue grâce aux médias et au côté spectaculaire de sa pratique. Au niveau médical, nous connaissions l'hypnose comme technique thérapeutique utilisée depuis longtemps dans le champ de la psychiatrie. Aujourd'hui, elle s'étend aussi aux soins généraux et arrive dans les institutions hospitalières. Nous verrons, à travers une expérience professionnelle, comment l'hypnose peut être une pratique soignante et notamment infirmière. Ceci nous a alors intriguée et nous avons voulu comprendre comment une pratique millénaire a pu s'inscrire dans la pratique infirmière. Nous replacerons l'hypnose dans son contexte actuel et tenant compte de ses représentations sociologiques, de ses évolutions dans le secteur de la santé et du passage d'une pratique médicale à une pratique paramédicale. Nous avons pu alors, en y associant des références théoriques aboutir à notre question de recherche qui est : en quoi l'hypnose dans les soins infirmiers est une innovation thérapeutique ? Puis, nous tenterons d'apporter des réponses à notre questionnement grâce à une méthodologie de recherche compréhensive auprès de différents professionnels de terrain. Cette analyse sera faite en comparant la pratique de l'hypnose dans un établissement avec le processus d'innovation décrit par N. Alter, professeur et spécialiste de la sociologie des organisations qui a travaillé sur la sociologie de l'innovation.

2 À L'ORIGINE DE NOTRE RECHERCHE

Diplômée d'État infirmière (IDE) en 1988, nous avons commencé notre carrière aux urgences puis nous sommes arrivée au bloc opératoire où la technicité est omni présente et en évolution constante. Après une spécialisation d'Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État (IBODE) en 1994, nous avons travaillé pendant plus de vingt ans en bloc opératoire où nous avons mis au service des patients des compétences techniques, relationnelles mais aussi des compétences de communication et de coopération. Cependant la technique a pris au sein des blocs de plus en plus d'importance, la technologie chirurgicale ne cessant d'évoluer. Il y a désormais des ordinateurs, du matériel vidéo, voire même des robots et les chirurgiens et les infirmières deviennent de plus en plus techniciens. Au cours d'une intervention chirurgicale, la prise en charge anesthésique d'une patiente par l'Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État (IADE) nous a interpellée. L'intervention était de courte durée et prévue sous anesthésie locale. À l'accueil de la patiente que nous effectuons en commun, elle lui demande si elle accepte de faire une expérience d'hypnose afin de limiter les douleurs qu'elle va ressentir. Après son accord, nous l'installons dans la salle. Occupée de notre côté à préparer le matériel chirurgical, nous ne suivons la prise en charge par l'IADE que de loin. En cours d'intervention, le silence est observé afin d'offrir le calme et une certaine sérénité dans la pièce. L'acte chirurgical se réalise sans problème et la patiente est ravie de sa prise en charge car elle n'a rien ressentie et se sent même détendue. Nous avons déjà entendu parler de l'hypnose dans le monde médical sans avoir assisté à une prise en charge sous hypnose. Nous aurions aimé discuter avec la patiente de l'expérience qu'elle venait de vivre mais ce temps d'échange n'a pu se faire dû à nos obligations professionnelles. Lors d'un moment propice, nous sommes allée voir l'IADE qui a pratiqué l'hypnose sur la patiente afin de comprendre cette nouvelle technique amenée au sein du service. Nous avons échangé sur les raisons de sa formation en hypnose et sur l'intérêt pour le patient. Quelques jours plus tard, à l'occasion d'une réunion de pôle, le cadre supérieur annonce son intention d'inscrire, au plan de formation, la communication hypnotique pour tous les personnels du pôle, du brancardier au chirurgien. Elle est soutenue par le médecin anesthésiste réanimateur qui se trouve être formé à l'hypnose. Elle souhaite investir cette technique pour une meilleure prise en charge du patient.

Nous avons bien sûr entendu parler de l'hypnose depuis de nombreuses années mais principalement en tant que technique de psychothérapie au niveau médical même si elle n'est quasiment plus utilisée. Nous connaissions surtout les histoires de chamans qui mettent en transe une foule, les films où l'hypnose sert à prendre le contrôle de l'esprit d'une personne, et le côté « surnaturel » de l'hypnose. Depuis quelques années, nous voyons des spectacles d'hypnose et plus récemment est apparu l'hypnose de rue. Cela nous a questionné sur ce phénomène : comment l'hypnose s'est introduite dans les soins et principalement dans le métier infirmier ? En effet, le métier d'infirmier nous apparaît de plus en plus technique. Les avancées technologiques dues à l'avènement de nouveaux matériaux, au développement de la recherche scientifique, médicale influencent la pratique infirmière. Et depuis plusieurs années, sont apparues les technologies de l'information et de la communication, elles ont aussi un rôle dans la technicité du métier. De plus, certaines activités se développent par transfert de compétences médicales suite au rapport d'octobre 2003 d'Yvon Berland, médecin français. Ceci est dû à une diminution de la démographie médicale, et à une augmentation de pratiques avancées. Il nous semble, alors, que très souvent, l'aspect technique du soin est valorisé au détriment du soin relationnel.

Mais alors que le métier d'infirmier est tourné vers la technique, il a recours à l'hypnose dans le soin. Nos représentations de l'hypnose comme illustré précédemment nous amène à trouver cela étonnant. Nous nous demandons quel est l'apport de l'hypnose dans le soin ? Nous observons curieusement, une explosion des pratiques sous hypnose dans le domaine soignant (développement des formations, intégration de cette pratique dans les politiques de certains établissements, consultations spécifiques...). Est-ce alors une question de mode ? Quoiqu'il en soit, dans un contexte où les professionnels doivent de plus en plus rendre des comptes sur la qualité et la sécurité des soins, nous pouvons faire l'hypothèse que cette pratique apporte une valeur jusqu'ici non perçue par les professionnels et les patients. Comment le professionnel donne-t-il du sens et une utilité à la pratique de l'hypnose ? Seuls quelques innovateurs osent pratiquer cette technique avec les risques qu'elle comprend. Se pose alors pour nous, la question de savoir ce qui motive ces innovateurs, car comme mis en évidence par la littérature (N. Alter), l'innovation marginalise celui qui l'introduit et cherche à la développer. Quel est l'impact de leur pratique sur les autres professionnels ? Comment font ces innovateurs de l'hypnose pour rester malgré tout dans un exercice d'équipe comme l'est le soin par excellence ? Cherchent-ils à faire adhérer, à convaincre leurs collègues coûte que coûte ? (stratégie de type militant). Se tournent ils vers le patient pour légitimer leur pratique,

en s'appuyant sur le courant actuel qui tend à rendre le patient acteur de ses soins? (stratégie de type progressiste, je porte le progrès avec l'hypnose dans la mesure où cette pratique répond à une injonction sociétale actuelle). Développent-ils un argumentaire rationnel mettant en évidence la balance coût-avantages de cette pratique pour l'hôpital, le patient, les professionnels (stratégie de type rationnel) ? Alors que l'hypnose peut être considérée comme une pratique indigène, regardée comme exotique et marginale par rapport à la technicité du métier infirmier, comment l'infirmière hypnothérapeute fait-elle dans sa pratique du métier ?

C'est donc, ainsi que nous avons formulé notre question de départ :

« En quoi la pratique de l'hypnose impacte le métier d'infirmière ? »

Mais avant d'aller plus loin dans notre réflexion, il nous faut savoir ce qu'est vraiment l'hypnose.

3 L'HYPNOSE

3.1 Hypnose : de quoi parle-t-on ?

L'hypnose est un état naturel. Nous avons tous expérimenté cet état : être dans la lune, ne pas se rappeler la route sur laquelle nous conduisons. C'est une transe spontanée. Mais l'hypnose peut être un état provoqué par une personne formée à cette pratique. C'est la transe induite ou hypnose médicale ou thérapeutique.

Il existe plusieurs définitions de l'hypnose. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, « l'hypnose est un état de passivité pendant lequel une personne subit le pouvoir de fascination, d'envoûtement qu'exerce sur elle un être ou une chose. Mais elle est aussi, un état de passivité semblable à celui du sommeil, artificiellement provoqué par des manœuvres de suggestion ou par l'absorption de produits chimiques, chez un sujet qui reste en partie conscient ».

En 1884, Hippolyte Bernheim, professeur de médecine, neurologue hypnothérapeute français définit l'hypnose « comme un sommeil produit par la suggestion et susceptible d'applications thérapeutiques. La suggestion se définit pour lui comme l'influence provoquée par une idée suggérée et acceptée par le cerveau » (site hypnose ericksonienne).

Selon Milton Erickson, psychiatre américain, l'état d'hypnose « est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » et « est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » (ibid.).

« L'hypnose est définie comme un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements

physiologiques, des changements de comportements et de pensées», est la définition retenue par l' Association Française pour l'étude de l'hypnose médicale.

On voit bien que l'hypnose existe et est reconnue en tant que telle depuis de nombreuses années. Elle apparaît souvent d'origine médicale et toutes les définitions s'accordent à poser l'hypnose comme une pratique qui installe un rapport asymétrique entre la personne qui pratique l'hypnose et celle qui est hypnotisée. Ce rapport asymétrique est déjà existant entre le médecin qui est expert et son patient qui est profane. Mais là, il s'agit en plus de modifier chez la personne hypnotisée ses mécanismes habituels d'interaction avec elle-même et le monde. On parle d'« influence », de « pouvoir », d' « obtenir des changements de comportements, de pensées ». Mais alors, quelle est la finalité de cette pratique dans le domaine de la santé où le patient, aujourd'hui, devient acteur de ses soins ? L'histoire de l'hypnose peut-elle mettre en évidence ces finalités ? Nous allons voir que les origines en sont lointaines.

3.2 Quand l'histoire et la science se rejoignent

Dès l'antiquité, les sumériens ont décrit des méthodes hypnotiques. Dans la mythologie grecque, hypnos personnifie le sommeil. Au cours des siècles et dans de nombreuses cultures, l'hypnose a été pratiquée : chaman, égyptiens, grecs, chinois... La médecine a investie, à partir du 18^{ème} siècle, la pratique de l'hypnose par Franz Anton Mesmer, médecin allemand, qui l'a utilisé à des fins thérapeutiques à travers le magnétisme animal.

Le marquis Chastenet de Puy Ségur fut le premier à décrire la transe hypnotique en 1784. L'abbé Faria, prêtre, professeur de philosophie et magnétiseur, élève de Mesmer décrit des méthodes d'induction et de suggestions verbales pour provoquer « un sommeil lucide ». Mais une enquête royale en 1785 dirigée par Benjamin Franklin, homme politique américain, discrédite cette technique.

La finalité de cette pratique durant ces différentes époques avait surtout une dimension spirituelle : soigner les âmes. La médecine qui a ses origines dans ce terreau spirituel accompagne l'individu dans sa vie. Elle ne sait pas prendre en charge les maux du corps et

prend en charge ceux de l'esprit que les maux du corps génèrent. Et elle s'est développée progressivement grâce aux découvertes scientifiques s'attachant à la réparation du corps humain et sépare ce qui relève du spirituel, du physique.

C'est James Braid, chirurgien écossais qui découvre les effets antalgiques et anesthésiques de l'hypnose. James Esdaile, en 1845, pratiqua en Inde les premières interventions sous hypnose. Mais cette pratique restera en Inde alors que naît l'anesthésie pharmacologique dans les pays occidentaux (éther). Ainsi l'hypnose ne s'intéresse pas seulement au bien-être spirituel, elle s'occupe aussi du bien-être physique. Elle a ainsi une finalité dans la prise en charge globale de la santé d'un patient.

En France, Jean-Martin Charcot, neurologue français en 1878 puis son élève Sigmund Freud popularisent l'hypnose auprès des scientifiques mais uniquement dans le cadre de la psychanalyse : traitement de l'hystérie et des maladies du système nerveux. Auguste Liebeault, médecin français, découvre l'hypnose à travers les écrits de J. Braid et utilise l'hypnose en médecine générale. Ignoré par ses pairs et lâché par sa clientèle aisée, il consacrera sa vie à soigner gratuitement la population prolétarienne de Nancy. Il insiste alors sur la collaboration indispensable et la relation de sympathie entre médecin et malade.

Oubliée un certain temps par le monde médical, l'hypnose reparait en 1930 grâce à Clark Léonard Hull, psychologue behavioriste américain. Il lance un programme de recherche sur l'hypnose et considère que l'état hypnotique est une activité mentale normale. Pour lui, la suggestion hypnotique influence les performances humaines : résistance à la fatigue, anesthésie et analgésie hypnotiques, modifications des seuils sensoriels.

Son élève, Milton Erickson, développe des techniques thérapeutiques et réhabilite l'utilisation de l'hypnose en médecine et psychothérapie. Il fait évoluer l'hypnose vers une nouvelle forme qui utilise les ressources du patient : « à l'hypnotiseur directif et autoritaire, considéré traditionnellement comme le détenteur de la solution recherchée par le patient (« hypnose classique »), il préférerait l'hypnothérapeute qui se définit avant tout comme un catalyseur de l'inconscient, un « compagnon » du patient, conduisant celui-ci vers ses ressources intérieures,[...], sa mémoire consciente et inconsciente, ses facultés inexploitées d'apprentissage (« hypnose ericksonienne ») » (Salem, 2004, p 14). Elle devient alors une technique de communication, qui permet d'aider le patient à faire émerger ses ressources intérieures. Il existe aujourd'hui différentes approches thérapeutiques en hypnose.

L'hypnose traditionnelle qui est la pratique la plus ancienne. Elle est aussi utilisée dans le monde du spectacle. Elle est volontairement autoritaire et dirigiste et les suggestions hypnotiques sont directes.

L'Hypnose Ericksonienne, développée à partir de 1930. C'est la plus populaire actuellement. Elle donne une nouvelle dimension à l'utilisation des mots, pour s'adapter à n'importe quelle personne. Elle utilise des suggestions convenues avec le patient et lui permet de recourir à ses propres ressources.

La Nouvelle Hypnose est développée, dans les années 1975, par les successeurs d'Erickson. Abandonnant toute directivité, le thérapeute utilise des métaphores. La personne est installée dans un fauteuil confortable, souvent accompagné d'une musique douce. C'est plus un développement personnel, c'est l'« hypnose pour soi ».

L'Hypnose Humaniste est la plus récente. Elle est développée à partir des années 2000. Sa particularité tient au fait que le thérapeute ne s'adresse plus à l'Inconscient de la personne. Elle permet à la personne hypnotisée d'apporter elle-même des solutions, guidée par l'hypnothérapeute : elle reste consciente en permanence. Elle est plus philosophique et une sérénité durable s'installe ainsi qu'une impression de paix et de compréhension profonde de soi. Elle s'adresse plus au côté spirituel de la personne.

L'histoire nous démontre que la pratique de l'hypnose médicale fluctue au cours des siècles. Souvent non reconnue par la profession médicale comme pratique scientifique, voire même rejetée, elle a tout de même traversé l'histoire pour revenir suite à des recherches sur l'impact de l'hypnose sur les performances humaines. Depuis les années 1930, les scientifiques s'intéressent au phénomène hypnotique. L'électroencéphalogramme a permis d'objectiver, dès 1949, que l'état hypnotique était différent du sommeil et de l'état de veille. Il est caractérisé par un état de relaxation et d'hyperconcentration. C'est un état de conscience modifié. En 1990, la neuro-imagerie fonctionnelle, grâce à l'IRM (image par résonance magnétique) met en évidence les particularités cérébrales du processus hypnotique : l'activité corticale n'est pas localisée dans les mêmes régions du cerveau lorsqu'un sujet est en état de veille, en état de relaxation ou sous hypnose.

Ainsi, les connaissances issues des neurosciences viennent confirmer le statut scientifique de l'hypnose et vient légitimer la pratique de l'hypnose dans le champ médical.

Il existe, selon INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), aujourd'hui, une vingtaine d'études cliniques ayant pour but d'évaluer l'efficacité de

l'hypnose pour certaines indications : hypnosédation, hypnoalgésie, pathologies fonctionnelles, psychiatriques. Les résultats issus de ces études ont permis d'objectiver des modifications du fonctionnement cérébral, mais ils ne permettent pas encore d'expliquer complètement le phénomène.

Des études randomisées ont mis en évidence que la perception de la douleur sous hypnose est modulée. En 2003, l'équipe du docteur Faymonville, anesthésiste-réanimateur belge a démontré que la réduction de la perception de la douleur observée en état hypnotique est corrélée avec l'activité de la partie ventrale du cortex cingulaire antérieur. Le cortex cingulaire antérieur a un rôle dans les processus d'interaction entre les perceptions cognitives et émotionnelles liées à un état attentionnel et émotionnel. Ainsi, l'hypnose serait capable d'agir sur les deux composantes de la douleur : le ressenti émotionnel, mais également la sensation douloureuse elle-même. En 1977, le docteur Stern compare l'efficacité de l'hypnose, de l'acupuncture, de la morphine, du diazépam, de l'aspirine et du placebo dans la gestion de la douleur de type stimuli thermiques douloureux appliqués sur le bras gauche. Elle a mis en évidence une réduction plus efficace de la douleur sur les deux stimuli par l'hypnose que par les autres techniques (Stern, 1977, p182). Toutes ces découvertes viennent renforcer le développement du recours à l'hypnose dans l'exercice de la médecine.

3.3 De la pratique médicale à la pratique paramédicale

L'hypnose, utilisée dans le champ médical hospitalier se retrouve dans deux modalités : l'hypnose classique dans le cadre de la psychothérapie et l'anesthésie et l'hypnose Ericksonnienne. Elle se décline en plusieurs formes de pratiques. L'hypnosédation est utilisée au bloc opératoire, associée ou non à une anesthésie locale médicamenteuse au cours d'intervention chirurgicale. Et l'hypnoalgésie est utilisée comme méthode antalgique souvent en complément d'un traitement médicamenteux. Elle est majoritairement utilisée dans la gestion des douleurs aiguës et chroniques. C'est sur la pratique dans ce domaine que nous aborderons l'hypnose dans ce travail de recherche. Il existe différentes modalités de pratique de l'hypnose médicale : l'hypnose conversationnelle, l'hypnose formelle et l'autohypnose.

3.3.1 L'hypnose conversationnelle

Issue de l'hypnose ericksonienne, l'hypnose conversationnelle est aussi appelée communication hypnotique. Elle utilise un langage particulier lié au domaine de l'hypnose : suggestion indirecte, images métaphoriques, confusion de langage... Elle permet un dialogue soignant-soigné qui amène progressivement le patient dans une transe légère. Il va ainsi voir « son monde » différemment. La mise en pratique habituelle permet un changement dans la façon de s'exprimer et « devient un langage naturel, un savoir-être relationnel du professionnel de santé » (Barbier, 2016, p 85). Elle favorise la relation de confiance qui encourage l'adhésion et la coopération du patient. Elle utilise les trois types de langage. Le langage verbal représente les phrases et les mots utilisés. Le langage para verbal correspond à la façon dont nous modulons la voix (timbre, rythme, silence,..) et la respiration. Enfin, le langage non verbal se rapporte aux gestes, position, regard,... L'apprentissage de l'hypnose permet d'agir sur ces différents langages afin de rendre la communication thérapeutique : le bon mot, la bonne intonation et le bon geste. Dans ce contexte, la négation et les mots à connotation négative sont bannis (douleur, mal, piquûre, brûlure...). Cela permet au patient d'« accommoder son ressenti réel sans sous-entendre ni inspirer la pire des éventualités » (ibid.) et de proposer ainsi des suggestions positives qui entretiennent la détente du patient. À travers le langage, des métaphores sont avancées qui permettent à l'imaginaire du patient d'être libéré et de l'éloigner mentalement des soins prodigués. Son état de conscience est modifié et le praticien guide la conversation afin de maintenir le patient dans ce monde imaginaire. La confusion utilise les mêmes principes : afin de comprendre ce que le soignant a voulu dire, le patient est détourné de la réalité. La formation à l'hypnose conversationnelle est le premier palier dans la formation à l'hypnose formelle.

3.3.2 L'hypnose formelle

L'hypnose formelle correspond à une transe induite par le praticien. Cette transe est installée grâce aux souvenirs ou sujet agréable (thème) choisis au préalable par le patient au cours d'un entretien. Le déroulement d'une séance d'hypnose passe par plusieurs étapes. Après la prise de contact (choix du thème), l'induction est la phase d'entrée dans l'hypnose. Elle consiste à amener progressivement le patient à se dissocier de la réalité par une

focalisation de l'attention sur un son, une image, une sensation, lié au thème. Vient ensuite la dissociation, elle permet de désactiver la conscience critique du patient qui devient alors sensible à la suggestion et provoque confort et analgésie. Les suggestions sont vivantes, mais restent floues et permissives afin de préserver la liberté du patient sur son espace imaginaire. Le praticien est un guide. La phase suivante est le retour ou réassociation : elle permet de revenir à un état de conscience ordinaire. Le praticien refait le chemin inverse pour amener le patient dans un ici-maintenant. Le dernier temps est un moment d'échanges qui permet de connaître le ressenti du patient. Afin que le patient puisse retrouver ce moment de conscience hypnotique seul, il est possible au praticien d'éduquer le patient à l'autohypnose.

3.3.3 L'auto hypnose

L'autohypnose est la capacité du patient à retrouver la transe hypnotique par des moyens d'ancrage mis en place par le praticien au cours d'une séance d'hypnose. Le choix du signe d'ancrage est décidé en amont entre le praticien et le patient. Cela permet au patient d'être indépendant du praticien et d'être conscient de ses capacités à vivre un soin confortable.

Toutes ces techniques sont utilisées par les médecins formés à l'hypnose. Aujourd'hui, l'hypnose est également pratiquée par les infirmiers. Mais comment est-on passé de l'hypnose médicale à l'hypnose paramédicale ? La littérature n'explique pas cette relation mais l'histoire du métier d'infirmier est directement liée aux médecins. Nous supposons, alors que la pratique paramédicale de l'hypnose se déploie par rapport à la pratique médicale. Et ce serait bien parce que les médecins intègrent l'hypnose dans le champ de la pratique médicale que celle-ci se diffuse au niveau paramédical. Les origines de la pratique de l'hypnose dans les soins infirmiers, dateraient des années 2000. Force est de constater qu'aujourd'hui, un certain nombre d'infirmiers utilise l'hypnose comme technique de soin dans des domaines particuliers : douleurs, anesthésie, gestion de l'anxiété et du stress des patients,... Ils utilisent les différentes techniques d'hypnose exposées ci-dessus au même titre que les médecins. Cette pratique semble se développer de plus en plus dans les établissements hospitaliers. Se pose alors la question d'une utilisation légale de l'hypnose à l'hôpital.

3.4 La législation et l'hypnose

Actuellement, la réglementation ne propose aucun cadre réglementaire relatif à la pratique de l'hypnose. Seules des recommandations sont faites. En 2007, l'H.A.S (Haute Autorité de Santé) inclut l'hypnose dans les recommandations professionnelles pour la prise en charge médicamenteuse de la polyarthrite rhumatoïde. L'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des migraines de l'enfant est recommandée par l'A.F.S.S.A.P.S (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) en 2009. L'Académie Nationale de Médecine annonce dans un rapport de 2013 que « les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications ». Enfin, il existe des codes de déontologie notamment auprès du Syndicat National des Hypnothérapeutes ou de chartes éthiques auprès des instituts de formation en hypnose. Par contre, cette pratique médicale est reconnue : elle fait partie des pratiques thérapeutiques dites non conventionnelles et il existe une cotation au niveau de la caisse primaire d'assurance maladie pour « séance d'hypnose à visée antalgique ». Cependant si l'acte d'hypnose est codé, il n'est pas valorisé (zéro euro).

Pour autant, l'hypnose ericksonienne est une technique relationnelle dont le but pour le patient est de vivre un soin douloureux en étant le plus confortable possible et permettre ainsi d'apaiser sa douleur physique. Elle rentre donc dans plusieurs cadres réglementaires, soit en tant que technique de prévention et de traitement de la douleur soit en tant que méthode de relation et de communication au patient. On retrouve ce cadre dans la charte du patient hospitalisé, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L1110-5 du code de la santé publique) qui indique que : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. La dimension douloureuse, physique et psychologique [...] ainsi que le soulagement de leur souffrance constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille ». Au sein du dernier plan national contre la douleur 2006-2010, Xavier Bertrand, ancien ministre de la santé, préconise une meilleure utilisation des traitements médicaux et des méthodes non

pharmacologiques dont l'hypnose. Nous voyons là les règlements concernant la pratique médicale de l'hypnose. Et pour la pratique infirmière, faut-il une prescription médicale ?

Au niveau du métier infirmier, la réglementation est basée sur le code de déontologie¹. Ainsi, « en toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances tant physiques que psychologiques du patient, avec des moyens appropriés à son état. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur (Art. R. 4312-19). Dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés (Art. R. 4312-33) ». Ainsi, si l'infirmier utilise la pratique de l'hypnose dans la prise en charge d'un patient, il engage sa propre responsabilité. Il nous semble qu'il n'y a pas besoin de prescription médicale puisqu'il n'y a rien de fixé par la loi.

Cependant l'infirmier a aussi des devoirs auprès du patient : le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, ainsi qu'un devoir de prudence : ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié (Art. R. 4312-47).

Ainsi, la réglementation nationale commence à reconnaître petit à petit cette pratique de l'hypnose et commence à vouloir la réguler. Elle semble se situer en phase d'appropriation de cette pratique dans le processus d'innovation.

Mais, en l'absence de législation formelle, comment garantir la qualité des soins infirmiers ? Ces règles professionnelles suffisent-elles ? Une charte éthique, signée par tout soignant en début de formation à l'hypnose, renforce la sécurité de la pratique. Pour utiliser cet outil, il faut des compétences spécifiques qui ne se construisent qu'à l'issue d'une formation spécifique.

¹ 1 Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

3.5 La formation à l'hypnose

Alors qu'en Norvège, la formation en hypnose fait partie intégrante de la formation en médecine générale, la France ne propose aux médecins dans leur cursus que des formations complémentaires limitées aux facultés de médecine qui proposent un module hypnose. Pour les autres professionnels, d'autres types de formations sont proposées. Elles sont hétérogènes et leurs nombres augmentent progressivement devant le nombre important de demandes de formation. Treize formations universitaires existent, mais elles ne sont pas reconnues par l'Ordre des médecins. Actuellement, il y a un diplôme d'études supérieures universitaires (DESU), un diplôme inter universitaire (DIU) et onze diplômes universitaires (DU). En parallèle, il y a de nombreuses formations privées.

Certains organismes privés se positionnent de manière très claire pour que la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique soit réservée à des professionnels de santé. Ainsi, la Société Européenne d'Hypnose, la Société Internationale d'Hypnose et la Société Française d'Hypnose (ISH) proposent des formations pour des professionnels de santé avec une charte éthique commune (annexe I). En 2014, les infirmiers représentent 22% des professionnels formés par l'ISH et les médecins toutes spécialités confondus 69%.

Cependant il existe des formations ouvertes à tout public sans qualification particulière qui ne suivent pas de code éthique. Ainsi, les qualifications peuvent être très diverses et le statut d'hypnothérapeute est accessible à tous. Ce statut d'hypnothérapeute n'est actuellement pas réglementé.

Devant la forte progression des demandes de formation des professionnels de santé et des pratiques de plus en plus nombreuses, nous nous questionnons sur la vision de l'hypnose par certains professionnels et par les patients. En effet, notre représentation de l'hypnose ne joue-t-elle pas un rôle dans le développement de cette pratique par les professionnels de santé ?

3.6 Les représentations sociales de l'hypnose

Notre représentation personnelle est influencée par la représentation commune de l'hypnose, elle-même, fortement influencée par ce qu'en présente les médias.

Le concept de représentation a été inventé par Émile Durkheim, sociologue, en 1898. Il explique que les représentations collectives sont propres à chaque société et qu'elles sont renforcées par les représentations individuelles des individus qui composent cette société. Ainsi, de manière simultanée, les représentations sociales imposent aux individus des manières de penser et d'agir. Denise Jodelet, psychosociologue, définit les représentations sociales comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée » (Jodelet, 2003, p 128). Après avoir vu comment une représentation se construit, intéressons-nous à celle de l'hypnose dans la société ; représentation qui concerne aussi bien le soignant que le soigné.

L'hypnose dans notre société est surtout considérée comme quelque chose de magique qui fait planer mystère, manipulation et doute. Didier Michaux, hypnothérapeute français décrit la représentation sociale de l'hypnose comme ceci : « la représentation sociale de l'hypnose a des contours précis. Très «vivace », elle apparaît dès Mesmer et se perpétue depuis, tant au niveau de la littérature, qu'au niveau du cinéma (depuis le XXe siècle). Elle n'est pas seulement réservée aux adultes, mais fait sens chez les enfants, même très jeunes. Selon cette représentation, l'hypnose est un état de sommeil pendant lequel le sujet hypnotisé, être fondamentalement faible et vulnérable, perd toute conscience et toute volonté. L'hypnotiseur est une espèce de magicien disposant de pouvoirs exceptionnels qui lui permettent d'hypnotiser (par son regard, sa voix, ou encore par le fluide émanant de ses mains) » (Michaux, p341).

Ainsi, selon la thèse du Docteur Adeline Bosc en 2013 sur les représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose, les représentations les plus importantes sont : l'hypnose est une sorte de sommeil, il y a une amnésie sous hypnose, tout le monde ne peut pas être hypnotisé, l'hypnose ne traite que les problèmes psychologiques. Il existe d'autres représentations : la peur de ne pas se « réveiller » ou de faire remonter des souvenirs désagréables et la dangerosité de l'hypnose. Sur ce dernier point, il apparaît que les personnes ont peur d'être manipulées par des personnes ayant de mauvaises intentions. Et l'on retrouve les pertes de contrôle de son corps avec « une fois hypnotisé, on peut faire n'importe quoi de moi ». Ils ont peur de perdre leur libre arbitre ou conscience critique. La conscience critique est la conscience ordinaire. « Elle se caractérise

par la mobilité de l'attention et de la capacité de se porter d'une information à l'autre afin de pouvoir s'adapter à l'environnement » (Musselec, 2013, p 28). À chaque instant, la confrontation entre notre perception de l'environnement et nos connaissances nous permettent de réagir de façon adaptée à la situation. Ce sont nos facultés de jugement, d'analyse, d'attention, qui nous permettent cette adaptation ; c'est l'esprit critique. La peur de perdre cet esprit critique reste ainsi la plus grande représentation de l'hypnose.

Et pourtant, actuellement, l'hypnose de spectacle utilisant ce type de représentations se développe et les hypnotiseurs font salle comble. Il semble que l'hypnose provoque une certaine crainte, mais aussi une attirance forte.

Toutes ces représentations correspondent à ce que l'on retrouve dans la littérature. La représentation que chacun a de l'hypnose est donc construite par la société selon un processus qui s'étire dans le temps. Ainsi, la représentation sociale de l'hypnose s'appuie sur les références construites par les civilisations antiques, reprises au cours des siècles, véhiculées par les arts. Mais, aujourd'hui, elle se confronte avec les valeurs scientifiques prônées également par la société actuelle et peut-être jusqu'à « s'opposer aux changements qui pourraient résulter des connaissances acquises par l'expérience clinique et par la recherche scientifique » (Michaux, 2005, p341).

Afin de vérifier la représentation de l'hypnose et de l'hypnose médicale par la population actuelle, nous avons mené notre propre enquête. Nous avons donc fait un micro trottoir (mis en annexe II) auprès de la population. Nous avons interviewé des personnes sur le marché hebdomadaire d'une ville de province un samedi matin. Le but était de confronter les opinions recueillies et la littérature vue dans le cadre de la compréhension du sujet exploré. Cette enquête nous a permis d'appréhender les craintes ou attentes de la population interrogée sur cette pratique. Les personnes interviewées sont disparates : deux hommes pour huit femmes, âgés de 28 à 86 ans, de catégories socio-professionnelles diverses. En majorité, les personnes connaissent l'hypnose surtout en anesthésie ou pour un travail sur soi. Peu de personne aborde l'hypnose de spectacle mais la représentation commune de l'hypnose évoquée par la littérature ressort dans les propos comme une « peur de la perte de contrôle ». Il ressort que l'hypnose à l'hôpital n'est pas si méconnue et qu'elle est même attendue en anesthésie comme technique alternative et naturelle. Cela semble une remise en cause de la médecine traditionnelle et invasive. Ainsi, la moitié des personnes serait prête à essayer mais prendrait la décision finale seulement au moment voulu.

Ces différents éléments de contexte permettent d'énoncer notre problématique. Les formations existent et le nombre de personnels de santé formés augmente régulièrement ainsi que le nombre de soins sous hypnose. La réglementation est minimale et la vision scientifique de l'hypnose reste peu connue par rapport à la vision « spectacle », même si la science s'en empare comme d'un objet d'étude du fonctionnement du cerveau. Malgré tout, l'hypnose rentre dans le secteur de la santé et la société civile semble avoir une demande à ce sujet. Devant tous ces éléments, notre questionnement de départ évolue : nous faisons maintenant l'hypothèse que l'hypnose est une pratique innovante à l'hôpital et nous cherchons à comprendre les motivations qui, aujourd'hui, peuvent pousser les infirmiers à pratiquer l'hypnose dans une institution hospitalière. Certes, l'hypnose dans le soin existe depuis longtemps au travers son histoire, mais elle n'avait pas réussi à s'introduire à l'hôpital, lieu de haute technicité. Des éléments font état du passage de la pratique du champ médical au champ paramédical. L'infirmier peut-il alors, proposer l'hypnose comme une innovation thérapeutique dans les établissements de santé ? Comment comprendre ses motivations, sa « foi » qui lui permet d'avancer la pratique de l'hypnose dans un service de soins. Quels freins, quels leviers va-t-il utiliser pour amener cette technique dans le système hospitalier ? Quel est l'état de développement actuel de l'hypnose médicale dans les établissements hospitaliers ? Ainsi notre problématique devient :

En quoi l'hypnose dans les soins infirmiers est une innovation thérapeutique ?

Cette pratique est indigène et peut mettre en danger le professionnel infirmier qui l'utilise car, on a vu que ce n'est pas une pratique de la formation et du cœur du métier. Elle ne fait pas partie du paradigme du métier infirmier, c'est-à-dire des comportements qui le définissent. Elle n'est pas non plus un élément de l'identité du soignant. Ainsi, notre hypothèse est que pratiquer l'hypnose à l'hôpital et pour les infirmiers, c'est innover au sens de Norbert Alter à savoir : intégrer dans le quotidien une nouvelle pratique, la faire sienne au risque de se marginaliser selon un processus qui passe par plusieurs étapes. Ces étapes dépendent à la fois du porteur de l'innovation et à la fois de la manière dont l'environnement accueille et réagit à cette nouvelle pratique. Les innovations peuvent ainsi s'institutionnaliser et rentrer dans la routine de l'organisation ou comme d'autres peuvent rester à l'état d'invention.

Nous verrons comment, à travers une recherche sociologique, la pratique de l'hypnose au sein d'un établissement de santé s'est développée et si elle peut être caractérisée d'innovation

thérapeutique. En effet, sociologiquement, le processus d'innovation comporte différentes phases. Les pratiques innovantes, à l'origine, ne passent pas par des principes rationnels de gestion, mais par une conception de bien ou mieux faire ou par la reconnaissance sociale. On s'investit parce qu'on « y croit ». Alors, quelles sont les croyances qui amènent le professionnel de santé à utiliser cette technique ? Cette pratique peut en effet le mettre en conflit avec les organisations mises en place, et le renvoyer au rang de possible « déviant ». L'innovation casse les règles sociales car elle bouscule les coutumes et règles professionnelles. Alors, comment comprendre les motivations et les arguments du professionnel pour adopter cette pratique et pour la continuer ? Comment négocie-t-il ? Avec qui ? Quelle est sa stratégie pour amener ses collègues à sa cause, à reproduire cette nouvelle technique et ainsi la diffuser ? Crée-t-il des réseaux ? Comment amène-t-il l'organisation à se l'approprier ? Et l'institution s'empare-t-elle de cette pratique pour en faire une innovation ? Est-elle une construction collective amorcée par l'institution ou par les professionnels qui pratiquent ?

4 CHERCHEUR, UNE NOUVELLE FONCTION

La posture de chercheur n'est pas, pour nous, naturelle et nous avons construit notre démarche au fur à mesure de notre avancée sur les recherches théoriques. La démarche adoptée, alors, pour répondre à notre problématique a été construite autour de trois éléments : un micro trottoir sur les représentations sociales de l'hypnose médicale auxquels nous avons déjà fait référence ci-dessus, des entretiens semi-directifs comme recueil d'informations sur le terrain et un appui sur le livre de Norbert Alter « L'innovation ordinaire ».

4.1 Un samedi matin sur un marché hebdomadaire

Une fois notre thème de recherche circonscrit, il nous a semblé intéressant de savoir comment est perçue l'hypnose médicale auprès de la population et donc d'un éventuel patient ou soignant. Nous avons donc fait un micro trottoir en parallèle des recherches conceptuelles sur la pratique de l'hypnose. Le but des questions était d'appréhender la connaissance de l'hypnose par les individus, leur représentation et de savoir s'ils seraient prêts à accepter un

soin sous hypnose. Nous sommes allée sur un marché hebdomadaire un samedi matin. Il nous a été difficile de stopper les personnes pour qu'ils répondent à nos questions. Cela était dû au temps maussade qui n'incitait pas les gens à s'arrêter. De plus, nous étions en période électorale et nous nous trouvions en concurrence avec un parti politique. Cependant nous avons réussi à obtenir des informations importantes. Nous avons exploité les résultats dans le chapitre précédent. Ce micro-trottoir a permis de confirmer notre intérêt pour l'hypnose dans le milieu hospitalier et les professionnels qui la pratiquent.

Il a été le point de départ de notre exploration qui se poursuit avec une méthode de recherche compréhensive.

4.2 Des informations auprès des professionnels

Afin de répondre à notre questionnement, la recherche en Sciences sociales nous semble la plus pertinente. Elle sert selon R. Quivy, docteur en sciences politiques et sociales, à : «mieux comprendre les significations d'un événement ou d'une conduite, à faire intelligemment le point d'une situation, à saisir plus finement les logiques de fonctionnement d'une organisation, à réfléchir avec justesse aux implications d'une décision politique, ou encore à comprendre plus nettement comment telles personnes perçoivent un problème et à mettre en lumière quelques-uns des fondements de leurs représentations. » (Quivy, 2006, p 10). Nous désirons comprendre comment font les infirmières pour amener l'hypnose dans leurs pratiques de soins et les interactions avec le collectif hospitalier.

Ainsi, nous avons choisi de faire des entretiens semi-directifs au sein d'un centre hospitalier. C'est un outil qui s'inscrit dans une méthode inductive avec une approche compréhensive. Il permet une visée qualitative de l'information recueillie. Nous avons choisi de faire des entretiens individuels et de recueillir les dires des professionnels de terrain. Les informations sont alors factuelles et expriment le vécu et le ressenti des personnes interrogées. « L'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire» (Imbert,

2010, p 25). Ainsi, nous pourrions avoir des éléments de compréhension sur les interactions qui se jouent entre les acteurs autour de la pratique de l'hypnose, sur les processus d'innovation à travers les récits et explications fournis par les interviewés. Une fois la méthode définie, il nous a fallu trouver le lieu où nous pourrions faire nos entretiens.

4.2.1 Un CHU comme lieu de recherche

Nous avons donc, à définir les services dans lesquels nous trouverions les personnels désirés. La pratique de l'hypnose est encore peu développée dans les soins et il y a peu de services qui proposent ou affichent cette pratique. Il nous a semblé, alors, difficile au regard de notre sujet de trouver des lieux permettant de faire nos entretiens. Par chance, la méthodologie permettant ce travail de recherche nous a permis de trouver les ressources nécessaires : une infirmière d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), actuellement étudiante cadre dans notre promotion, ainsi qu'une formatrice de l'institut nous ont permis de trouver les services pratiquant l'hypnose dans les soins infirmiers et d'accéder facilement aux personnels des services. Ces services sont : le service des grands brûlés, la réanimation des brûlés et le service d'hémodialyse chronique de l'établissement. Le CHU est l'établissement le plus important et le centre de référence de la région.

Le service des brûlés est composé de quinze lits recevant tous les patients grands brûlés de la région ; c'est le service référent du Grand Ouest. Le service de réanimation pour les patients brûlés se situe au sein du service de réanimation chirurgicale. Le service d'hémodialyse est composé de vingt places ouvertes 24h sur 24h. Quelques infirmières sont formées à l'hypnose sur ces trois secteurs : une sur le secteur des brûlés, une sur la réanimation chirurgicale et deux sur la dialyse. Le fait d'avoir le point de vue de ces différents services permet d'appréhender des pratiques et des organisations qui peuvent varier concernant l'hypnose. L'activité du service de dialyse est très technique avec des machines toujours plus sophistiquées. Les patients sont atteints d'une maladie chronique et reviennent tous les deux à trois jours dans le service. Au contraire, le service des brûlés a une activité basée surtout sur le pansement souvent important et douloureux. Le patient est là temporairement, jusqu'à la guérison complète des brûlures. Au vu des profils des services, nous pouvons penser que l'hypnose est pratiquée de façon différente. Le croisement des

réponses enrichira notre analyse. Une fois le lieu établi, il nous a fallu choisir la population qui serait la plus pertinente pour répondre à notre recherche.

4.2.2 Une population de recherche diversifiée

Notre choix s'est porté naturellement vers les infirmières. Mais afin d'appréhender notre objet de recherche sous deux principaux aspects nous avons décidé d'interroger des infirmières formées à l'hypnose et des infirmières non formées qui travaillent à leur contact. Cela nous a permis d'avoir une vision différente de la pratique de l'hypnose dans le service, de voir l'effet produit sur le métier de l'infirmière et le retentissement sur leurs relations de travail. Nous avons alors rencontré quatre infirmières formées et trois infirmières non formées. Au cours des entretiens et des recherches, il nous a semblé pertinent d'interviewer un cadre supérieur de santé, responsable en transversal sur l'établissement de la gestion de la douleur et des thérapies complémentaires. Cela a permis d'avoir des renseignements sur les politiques concernant la pratique de l'hypnose et son degré d'évolution dans l'institution. Puis, l'idée nous est venue d'avoir la vision d'un patient sur cette nouvelle pratique à l'hôpital. Cependant, il a été difficile de trouver un patient correspondant aux critères recherchés c'est-à-dire ayant bénéficié de soins sous hypnose dans le cadre d'une hospitalisation. L'état d'émergence de cette pratique étant encore peu répandue sur le CHU, il a fallu utiliser de nombreux réseaux pour pouvoir interviewer un patient.

Les entretiens, pour les infirmières, se sont déroulés en face à face dans le service, dans un bureau où nous avons pu faire nos interviews sans être dérangées. Pour le cadre supérieur de santé, nous avons eu la surprise, au moment de l'entretien, de la présence du médecin référent en hypnose sur l'établissement, invitée par le cadre. L'entretien s'est donc déroulé en trio. Il nous a fallu nous adapter à la situation mais au final, il a été très enrichissant d'avoir le point de vue d'un médecin. Quant à celui de la patiente, il se déroule dans un petit salon d'une grande salle d'attente. Le lieu est un peu bruyant mais la patiente ne pouvait m'accorder qu'un temps limité entre deux consultations. Il m'a permis de recueillir tout de même, des informations sur son approche de l'hypnose dans le soin. Malheureusement, notre inexpérience en matière d'entretien de recherches nous a fait commettre quelques erreurs : l'enregistrement sur un des entretiens n'est pas parti et nous nous en sommes rendue-compte en cours d'entretien. Nous n'avons donc pas pu exploiter

toutes les informations recueillies. Nous avons aussi eu des difficultés à rebondir sur les propos des infirmières et ne pas oublier de questions, prise par l'enjeu et avons certainement perdu de précieux matériaux. Le fait de répéter l'exercice plusieurs fois et cela dans un temps assez court (trois semaines pour les infirmières) nous a permis de nous aguerrir à la méthode et d'être ainsi plus performante au fil des entretiens. Nous avons mis en place une écoute active et essayé d'encourager l'expression sans influencer, mais il a été parfois difficile de ne pas entrer dans une discussion. Les entretiens ont duré entre vingt minutes et deux heures trente. Les plus courts correspondent aux infirmières n'ayant pas eu de formation à l'hypnose : les réponses aux questions relatives à la pratique étant relativement restreintes.

Le tableau suivant synthétise les caractéristiques de l'échantillon ayant participé aux entretiens :

Pseudonyme	Age	Année d'obtention du diplôme	Profession et service	Années d'activités dans le service	Pratique de l'hypnose
Mr DURAND	Entre 20 et 30 ans	2010	Infirmier en dialyse chronique	4 ans	Non
Mme MARTIN	Entre 30 et 40 ans	2001	Infirmière en dialyse chronique	10 ans	Oui
Mme PASQUIER	Entre 40 et 50 ans	1991	Infirmière en dialyse chronique	26 ans	Non
Mme DUPONT	Entre 50 et 60 ans	2006	Infirmière en service des brûlés	11 ans	Oui
Mme DUBOIS	Entre 30 et 40 ans	2002	Infirmière en dialyse chronique	6,5 ans	Oui
Mme REGNER	Entre 50 et 60 ans	1991	Infirmière en service des brûlés	9 ans	Non

Mme MONET	Entre 30 et 40 ans	2003	Infirmière en service de réanimation chirurgicale/brulés	7 ans	Oui
Mme BRUNET	Entre 50 et 60 ans		Cadre Supérieur de Santé du centre fédératif douleur, soins de support, soins palliatifs, thérapies complémentaires	4 ans	Non
Mme PARADIS	Entre 50 et 60 ans		Praticien hospitalier en immunologie Médecin réfèrent hypnose sur le CHU		Oui
Mme CHARPEN TIER	Entre 50 et 60 ans		Patiente		

Afin de bien préparer nos entretiens, nous avons formalisé des guides d'entretien, outils indispensables pour le recueil de données exploitables.

4.2.3 Des guides d'entretien spécifiques

Nous étions dans la dynamique d'une démarche explicative en rapport avec notre questionnement. Nous avons donc construit ces guides en fonction des personnes interviewées : un pour les infirmières formées à la pratique de l'hypnose et un pour les infirmières non formées. Ils sont construits avec les mêmes thèmes mais les questions sont adaptées à chaque population afin de croiser les visions de chacun sur le même sujet.

Avant chaque entretien, une phrase introductive est faite, précisant notre qualité, le thème de notre recherche et des précisions concernant l'anonymat et l'enregistrement de

l'interview pour faciliter la retranscription. Les thèmes ont été construits en essayant de respecter une logique de continuité et de cohérence entre les thèmes. Nous avons construit le guide autour de sept thèmes. Ils correspondent chacun à un objectif spécifique. Le premier thème sur la présentation de la personne interviewée permet d'entrer dans l'entretien et d'initier un début de confiance. La personne présente ainsi son parcours professionnel, sa conception personnelle du métier ainsi que les changements éventuels de la profession. Le second thème est centré sur la pratique de l'hypnose par l'infirmière: les circonstances de sa découverte, sa formation, sa pratique, les avantages, les inconvénients et l'apport de l'hypnose selon elle. Il permet la description de la pratique, son bienfondé ou non du point de vue de l'infirmière. Le troisième thème est basé sur la pratique de l'hypnose dans le service. Le but recherché est d'avoir un état des lieux de la pratique de l'hypnose dans le service. Le thème quatre est, lui, construit autour du retentissement de la pratique de l'hypnose sur le collectif du service. Il vise à comprendre les stratégies mises en place par chacun des acteurs du service et les interactions entre professionnels. Le cinquième thème sur l'aspect réglementaire de la pratique de l'hypnose, est basé sur la connaissance et le besoin de réglementation. Le sixième thème sur la relation soignant-soigné a pour objectif de savoir si la pratique de l'hypnose modifie cette relation particulière entre soignant et soigné. Enfin, le dernier thème sur la formation hypnose cherche à savoir si cette formation doit être généralisée à toutes les infirmières. Pour conclure cet entretien, une dernière question est posée sur d'éventuelles remarques complémentaires ayant pour but de recueillir des informations que les questions n'auraient pas abordées.

L'entretien du cadre supérieure de santé n'est pas construit de la même façon, le but étant, ici, de recueillir une vision institutionnelle de la pratique de l'hypnose au sein de l'établissement. Quand à celui du patient, il nous a semblé important de connaître son vécu du soin sous hypnose, la façon dont lui a été présenté cette technique et ses avantages ou inconvénients.

Il a fallu ensuite analyser tous ces entretiens afin d'en ressortir des éléments de réponses à notre questionnement à travers le processus d'innovation de N. Alter.

5 L'HYPNOSE PORTÉE SELON LES ACTEURS

Pour bien comprendre l'analyse des entretiens, dans un premier temps, nous vous décrirons une pratique de l'hypnose analgésique qui est la pratique référente des infirmières interrogées. Elle est tirée du livre « Hypnose en soins infirmier » d'Élisabeth Barbier de 2016 (p 161-163). Cette situation est décontextualisée.

5.1 Une pratique d'analgésie sous hypnose

« Quel que soit le type de pansement réalisé, les différentes étapes du soin sont présentées au patient. [...] A partir des représentations du patient par rapport à l'hypnose, nous apportons les recadrages nécessaires. La première chose est de démystifier notre pratique de celle de l'hypnose de spectacle. Nous indiquons au patient que pendant le processus hypnotique, il reste éveillé, conscient et garde du contrôle. [...] Nous sommes là pour l'aider et le guider dans cette séance et nous sommes à l'écoute de ce qu'il ressent. Nous répondons ensuite aux éventuelles questions du patient et recueillons son accord pour réaliser le soin sous hypnose. Après qu'il ait accepté, nous mettons en place un code non verbal qui lui permettra de nous indiquer à n'importe quel moment s'il ressent un inconfort et nous prenons en compte ce message. Pour finir, nous lui demandons de nous décrire un lieu, une situation ou un souvenir particulièrement agréable ou apaisant pour lui. Cela correspond pour le patient à un endroit de sécurité, c'est un lieu sûr. Après une courte induction par focalisation sur le lieu choisi, l'accompagnement hypnotique se déroule en deux étapes. La première consiste à installer une protection sur la zone de soin. Cela repose sur la création d'une analgésie sur l'une des mains du patient, à l'aide d'un gant créé mentalement. Nous suggérons au patient de focaliser son attention sur la main de son choix et d'installer un gant avec des propriétés particulières : sa couleur, sa texture, son apparence, la position de la main, le nombre de couches...

Lorsque le gant est bien installé, le patient le signale en bougeant un doigt. Nous vérifions l'analgésie en pinçant le dos des deux mains, cela permet au patient de confirmer la

réalité du phénomène. Puis nous lui indiquons de transférer ce gant sur la zone du soin. Alors, le soin peut commencer. En parallèle, nous proposons au patient la seconde étape hypnotique en l'invitant à permettre à son esprit de retrouver son lieu, sa situation ou son souvenir agréable ou apaisant. L'accompagnement se fait en utilisant les sensorialités du patient à travers diverses suggestions en lien avec le lieu choisi par le patient. Ces suggestions désignent assez clairement le comportement qu'elles visent à susciter, tout en laissant au patient la liberté de les suivre ou pas. Le saupoudrage de termes comme « confortablement », « tranquillement », « à votre rythme » participe au processus de relaxation et de confort. Par ailleurs, sans interrompre le geste du soignant, mais en le ralentissant, des techniques de respiration peuvent être introduits si le patient ressent un inconfort et qu'il le signale par le code convenu. Il faut que nous soyons vigilant et observateur des gestes et manifestations physiques du patient afin d'adapter notre langage au patient. Le retour à l'état de conscience ordinaire est proposé au moment où le soin est terminé en lui proposant de revenir doucement dans la chambre, avec ses bruits, ses odeurs ». Un temps de débriefing post séance est proposé après quelques heures. Le patient exprime son ressenti sur le soin permettant par la suite au soignant de réajuster sa technique.

Ceci n'est qu'une pratique de l'hypnose possible et le soignant adapte toujours sa technique au patient. Mais comment font les infirmières qui pratiquent au quotidien dans un service de soin ? Car comme nous l'avons vu précédemment, la pratique de l'hypnose reste marginale et nous nous posons la question de savoir si cette pratique est une innovation dans les soins infirmiers. Quelle est la trajectoire de cette innovation ? N. Alter dans son schéma théorique nous dit que c'est un processus qui permet de comprendre le caractère innovant de la pratique avec les difficultés que les personnes pratiquantes peuvent rencontrer ainsi que parfois leurs incohérences. Car « leur production ne s'inscrit pas dans le registre des réalisations standardisées, pouvant être directement intégrées dans les dispositifs classiques » (Alter, 2000, p 27). Alors comment les infirmières pratiquent-elles l'hypnose dans les services de soins ?

5.2 Une organisation qui s'adapte

« La plupart des observateurs du monde du travail, qu'ils soient sociologues, psychologues, ergonome ou économistes, acceptent l'idée de l'existence d'un décalage entre ce qu'il est maintenant convenu de nommer le travail « prescrit » et le travail « réel » (Id. p.75). Le travail « réel » correspond aux savoir-faire, comportements, relations, initiatives faites par les professionnels. N. Alter précise qu'il existe ainsi une part d'organisation informelle, de régulations qui permettent d'être plus efficace tout en respectant les règles. Cette situation serait expliquée, selon les psychologues cliniciens, par une façon pour le professionnel de réaliser son idéal au travail. L'équilibre trouvé par l'organisation de l'équipe pour fonctionner se trouve, par l'apport de cette nouvelle technique, bousculé. La prise en charge d'un patient lors d'un soin sous hypnose (surtout l'hypnose formelle) s'effectue le plus souvent avec deux infirmières : l'une pratiquant l'hypnose, l'autre faisant le soin. La possibilité de faire les deux en même temps dépend de l'expertise de l'infirmière. Parmi les interviewées, il n'y a que Mme Dupont qui semble capable de réaliser seule un soin sous hypnose certainement dû à ses années d'expérience de la pratique ainsi qu'à sa formation. Malgré cela, les soins se font généralement à deux. Ces propos sont confirmés par Mme Martin qui précise qu' *« on ne peut pas faire les deux en même temps. Donc, on n'a pas de solution pour l'instant. Et c'est ça qui est compliqué »*. Sa collègue tient des propos similaires : *« j'ai essayé de faire le soin technique et je pratique l'hypnose en même temps, c'est trop difficile pour moi pour l'instant »*. L'organisation de l'activité soignante n'est pas prévue pour cette pratique et les soignantes doivent trouver des solutions pour utiliser cette technique. Mr Durand explique que *« faire de l'hypnose perturbe l'organisation du service, il faut que la personne puisse se détacher de ses propres soins pour pouvoir faire de l'hypnose »* et Mme Dubois précise que *« l'intérêt, c'est d'aller dans le soin technique mais il faut se détacher et c'est quelque chose de compliqué pour nous »*. Alors, il leur faut élaborer le travail différemment.

Ainsi, les infirmières des deux services s'organisent avec leurs collègues. Pour Mme Dubois comme pour toutes les autres, cela passe par *« je préviens mes collègues, pendant que je fais le soin, de prendre mes patients en charge »*. Et lorsque que les soignants formés et non formés se retrouvent pour le soin sous hypnose, Mme Dupond raconte qu' *« il y a une ambiance bien particulière de zénitude. Tout le monde est très... je dirais concentré mais c'est comme un rouage : tout se place sans se dire si on tourne le patient, pour, par exemple,*

faire une partie du dos, ma collègue va, en même temps faire la toilette du dos. Et il y a une synchronisation des gestes qui fait que, déjà, il y a beaucoup plus de douceur et puis on fait moins mal, du coup. Mais vraiment, c'est un travail d'équipe ». La division des tâches est très importante dans le monde du travail et notamment dans les milieux hospitaliers. Ainsi, nous pouvons voir que dans cette situation, cette division n'empêche pas la pratique de l'hypnose mais grâce à des arrangements, à une coopération informelle, elle permet une « création collective » de la technique. N. Alter explique que « faute de pouvoir appliquer des règles et des procédures stabilisées, faute de disposer d'objectifs univoques, fautes également de s'appuyer sur une division du travail définissant de manière cohérente les responsabilités, les opérateurs mettent localement en œuvre une capacité d'élaboration de leurs tâches : ainsi, les procédures de gestion, la nature des matériaux à traiter, le degré d'urgence et de complexité des tâches, les formes d'évaluation du travail, les modalités de coopération avec les collègues, tout ce qui, en situation stable, représente le cadre de travail, tout cela devient ici un simple ensemble de données de base. Ces données sont le matériau du travail d'élaboration. Il consiste à faire appel à l'imagination, au raisonnement et à la mémoire pour décider de la nature du travail à réaliser concrètement, en situation. Il représente l'investissement, spontanément réalisé par les opérateurs, pour définir les pratiques qui ne sont aucunement prévues par l'organisation » (Id. p. 278).

Mais cette technique d'hypnose formelle dans le soin reste malgré tout difficile à mettre en place car elle demande une personne supplémentaire. Ce qui n'est pas le cas pour l'hypnose conversationnelle qui peut être fait au moment du soin. Mme Brunet fait bien la différence entre les deux types d'hypnose pratiqués par les infirmières en nous exposant : *« ben, y a pas de poste dédié parce que ça aussi... C'est soit, c'est la pratique de l'hypnose conversationnelle et on l'intègre dans le processus de soin, dans la pratique, enfin dans le soin, une toilette ou voilà, soit c'est autre chose et là effectivement... »*. Elle sous-entend le problème d'organisation, mais ne le nomme pas véritablement. Pourtant, l'hypnose se pratique régulièrement, fait sa place et devient une technique à part entière dans les services. Mais il y a des différences notables entre les deux services notamment dues à la temporalité de la pratique. Les infirmières du service de dialyse, utilisant cette technique depuis seulement trois mois, essaient de trouver du temps pour pratiquer, ce temps est pris sur l'ensemble des soins à réaliser. Elles sont conscientes des difficultés et attendent le retour de leurs collègues parties en formation. Ainsi Mme Dubois nous affirme : *« on a plusieurs collègues à être formées, on va être plus nombreuses donc on aura plus d'impact »*. A l'inverse, les

infirmières du service des brûlés, ayant commencé à utiliser l'hypnose dans les soins depuis plusieurs années, ont développé la pratique sur le service. Elles ont obtenu des temps dédiés certes différents : un 50% pour Mme Monet et quelques jours par mois (en fonction des possibilités de planning) en balnéothérapie pour Mme Dupont. On suppose alors que la diffusion de la connaissance de cette pratique ainsi que les bienfaits observés sont sources d'une organisation plus structurée. Mais pour en arriver là, les infirmières ont dû mettre en commun leurs savoirs et créer des alliances pour amener les équipes et la hiérarchie à accepter cette nouveauté professionnelle.

5.3 L'hypnose portée par l'infirmière qui pratique

Nous essayerons dans un premier temps de comprendre les raisons qui poussent une infirmière à pratiquer l'hypnose dans le soin à partir des témoignages recueillis car « l'une des questions de fond de la théorie de l'innovation concerne les raisons fondant la décision d'investir » (id. p.34). Puis, dans un second temps, leurs croyances et les stratégies mises en place pour amener aussi bien l'équipe que le patient à cette nouvelle pratique.

5.3.1 La création de sens

Qu'elle soit isolée ou en binôme, si les infirmières pratiquent aujourd'hui, c'est parce qu'elles ont été initiées. Et elles investissent leur métier en fonction de ce qu'elles sont et de leurs pratiques individuelles. La pratique de l'hypnose dans le soin est utilisée pour différentes motivations selon les infirmières rencontrées. Mme Dupont, infirmière dans le service des brûlés, nous raconte l'apport de la psychologue qui pratiquait l'hypnose dans le service comme une de ces raisons : « *j'ai eu de la chance de l'avoir eu avant. C'est elle qui m'a ouvert la voie* » et « *j'ai commencé à faire les pansements avec elle parce que c'est vrai que ça me plaisait* ». Nous retrouvons dans son discours, ce qui pourrait correspondre au plaisir que cela lui procure quand elle énonce « *voilà donc, quand on voit le patient qui d'abord laisse faire : y'a pas de geste de retrait quand on gratte la zone brûlée. Le patient, il*

laisse sa main. On est super efficace du coup, sachant que le patient, il vit un soin confortable en étant ailleurs, nous on avance. On va presque plus vite, je dirais puisque on n'est pas freiné par des négociations et enfin le pansement, le patient, il revient à lui, il reprend conscience de la réalité, parfois sans se rendre compte qu'il a eu son pansement, que c'est terminé. Donc moi, je trouvais ses apports de l'hypnose tellement intéressants, que j'ai souhaité faire la formation quand S. est partie à la retraite ». Cela semble correspondre à son éthique professionnelle. Nous retrouvons ce même discours chez Mme Monet, la seconde infirmière des brûlés. C'est une transmission d'individu à individu et de pratiques individuelles mais aussi de confort de travail pour le soignant.. Nous ne retrouvons pas cela chez les infirmières du service de dialyse qui ont été initiées à la suite d'une demande de formation sans avoir de vécu de soins sous hypnose auparavant. Mais pour toutes les infirmières formées, elles ont choisi de pratiquer l'hypnose afin d'apporter une solution alternative à la prise en charge de la douleur physique ou psychologique du patient, souvent en tant que référente douleur (pour trois des quatre infirmières). Ainsi, Mme Martin dit que cela lui permet *« de leur apporter du confort, soit par rapport à la douleur quand on pique, ou même sur l'anxiété »* car *« c'est difficile de voir un patient en souffrance »* ajoute Mme Dubois, toutes deux infirmières en service de dialyse.

À travers ces mots, on pourrait entendre le besoin de revenir aux valeurs soignantes de l'infirmière qui permet de donner du sens à leurs actions. Ces valeurs pour les principales, le respect, la dignité et la relation d'aide représentent la dimension transpersonnelle du métier infirmier. Jean Luc Roger, professeur travaillant sur la psychologie du travail, explique cette dimension comme le genre professionnel. Elle est *« traversée et produite par une histoire collective qui a franchi nombre de situations et disposé des sujets de générations différentes [...] Ce sont là les attendus génériques [...] aussi bien symboliques que techniques du métier »* (Roger, 2010, p 20). Mme Dubois l'exprime en ces termes : *« on a une autre considération du patient, on a un autre relationnel. C'est quand même la base de notre métier, qu'on a du mal à retrouver, forcément beaucoup en ce moment »*. Mme Dupont nous dit que, pour elle, l'essentiel du métier est *« la relation humaine »* et qu'avec l'hypnose *« on est bien traitant, on met en concordance ses valeurs professionnelles et ses valeurs personnelles, d'humanité, de,..., on est en accord avec le prendre soin, accompagner quelqu'un à aller mieux, voilà. »*. Ainsi, toutes s'accordent à dire que la dimension relationnelle du métier est primordiale et que l'apport de l'hypnose dans le soin leur permet de retrouver cette capacité relationnelle. Nous retrouvons cet avis auprès de Mme Brunet, cadre supérieure qui reprend que *« les professionnels se rendent compte aujourd'hui, dans un*

contexte, je dirais, contraint de prise en charge un peu stakhanoviste, où il y a des prises en charge qui leur échappent, et qui échappent à leur rôle propre. Alors, on le voit bien et elles le disent. Donc, oui, on redonne du sens au soin, on donne du sens à notre prise en charge. Ça les fait quand même moins culpabiliser, où on était dans des prises en charge de plus en plus techniques » appuyée par le médecin référent hypnose lorsqu'il parle de « remettre de la relation dans l'aspect technique ». Ainsi, l'approche relationnelle de la pratique de l'hypnose fait le lien entre toutes les personnes interrogées et serait, avec la prise en charge de la douleur, un facteur important de motivations des infirmières car cela semble avoir un impact sur leur identité professionnelle de soignant.

Ainsi, l'intérêt est principalement tourné vers le patient : prise en charge de la douleur, aspect relationnel du soin. Mais il existe aussi un intérêt pratique pour le métier d'infirmière, même si elles ont du mal à le dire spontanément. Il y a presque un empêchement à reconnaître que cela peut faciliter leur travail. Car il semble que, pour pouvoir pratiquer, elles mettent surtout en avant les bénéfices pour le patient. Et à la question de leurs motivations pour utiliser cette technique, seule Mme Dupont, sur les quatre, reconnaît que cela lui permet de mieux vivre son métier : *« nous, pour les soignants, et bien, on vit un soin totalement différent. On travaille efficacement parce que lui, il est bien donc on y va »* et *« il n'y a pas de lutte, pas de négociation, voilà. On fait le travail dans de bonnes conditions »* et qu'alors cela lui permet de *« ne pas être fatiguée du métier »*. Il est vrai qu'au fil de l'entretien, elles abordent toutes sauf une cet intérêt professionnel.

Mais au-delà de ces motivations, elles nous parlent aussi d'une technique alternative aux médicaments surtout dans le service de dialyse. Mme Martin estime ainsi *« pouvoir leur proposer une solution qui soit déjà non médicamenteuse »* appuyée par Mme Dubois qui affirme qu' *« on arrive à leur apporter un bien-être qu'on arrive pas à leur apporter avec nos super molécules »*. Cela peut paraître surprenant puisque l'infirmière est pourtant formée à la pratique d'un métier utilisant les médicaments. Elle s'explique par ces mots : *« je trouve que les médicaments, effectivement, parfois on n'a pas le choix mais est-ce que c'est toujours la bonne solution, je ne sais pas. Je ne suis pas sûre en fait. Je pense que... Je pense qu'on les inscrit... Enfin, ou même le patient finit par s'inscrire dans un schéma où ça marche moins bien, il en faut un autre, et un plus fort, et encore un plus fort... Finalement, il a toujours mal enfin... On ne résout pas vraiment le problème et puis du coup, nous, je trouve que quand on fait infirmière du coup, et bien on est un peu impuissant, à chaque il faut aller demander au médecin et se battre un peu aussi pour que la douleur soit prise en charge »*. Il semblerait que

la prise en charge médicale de la douleur pose problème aux infirmières. Elles semblent trouver en l'hypnose un outil où elles regagnent leur autonomie par rapport aux médecins (elles ne sont plus obligées d'aller demander une prise en charge de la douleur au médecin) et leur « toute-puissance » de soignante vis à vis de la douleur : ce sont elles qui la gèrent et de manière efficace, elles en ont les preuves immédiates. De plus, y aurait-il un effet de mode : la société demandant un usage avec plus de parcimonie des traitements médicaux. Cela semble confirmé par leurs collègues non formés. Mr Durand constate qu' : *« au niveau médical, on tend maintenant, dans la société, on évite maintenant de prendre des traitements médicamenteux. On essaye d'aller vers d'autres techniques un peu plus douces, un peu plus naturelles. Et donc, l'hypnose en fait partie. Et Mme Pasquier « pense que les médicaments ne rentrent pas en jeu, là. Donc, c'est tout l'intérêt de cette technique ».* Nous retrouvons une convergence avec la patiente interrogée qui nous déclare avoir accepté l'hypnose : *« eh bien, parce que je n'aime pas souffrir et je n'aime pas être angoissée, donc, pourquoi pas tenter. Et je n'aime pas non plus prendre de médicaments, je n'aime pas les médicaments. »*

Il y a plusieurs intérêts pour l'infirmière à pratiquer cette technique d'hypnose. Les bienfaits au patient, au soignant, ainsi qu'au métier et l'hypnose comme technique non médicamenteuse représentent des supports pour leur « foi » en cette technique innovante qui permet à l'infirmière de s'adonner à cette pratique marginale.

5.3.2 La nécessité de croire

Pour N. Alter, les croyances permettent l'investissement et le choix des acteurs de l'innovation. « Ce sont les croyances concernant l'efficacité et l'efficience de dispositifs économiques et gestionnaires qui amènent à investir dans des perspectives d'innovation et non le calcul rationnel » (Alter, op.cit., p.46). Cela permet de s'approprier totalement l'innovation, de la faire sienne et par conséquent de légitimer la pratique innovante. Nous avons vu les divers fondements des croyances infirmières. Mais il faut qu'elles soient fortes pour pratiquer l'hypnose au sein d'un service de soins. Faire face aux représentations sociales de l'hypnose, réussir à se former au sein de l'institution, affronter le scepticisme de ses collègues, autant de motifs de mise à l'épreuve de ses croyances. Quand est-il exactement dans le panel d'infirmières interrogées ?

5.3.2.1 Vaincre les représentations sociales du patient

Nous avons vu dans le cadre conceptuel que les représentations sociales concernant l'hypnose sont très prégnantes encore aujourd'hui même si l'hypnose peut être attendue dans le secteur de la sante. C'est Mme Brunet, cadre supérieur de santé, qui précise : *« et moi j'entends, quand je parle avec des gens à l'extérieur, des amis hein, ils me disent « ah, vous faites de l'hypnose, ah bah c'est super et tout ça ». Et pour eux, ils me disent : « j'ai peur »- « et vous avez peur de quoi ? ». Ils pensent toujours à Messmer, ils ont peur que leur conscience leur échappe, parce que Messmer, il fait ça (claque dans ses doigts) et vous partez ». Ainsi, Mme Dubois nous apprend qu' « il faut vraiment que l'infirmière se fasse violence pour commencer, parce qu'il y a le regard des autres. Il y a le regard du patient : comment il va l'accepter, comment il va l'interpréter. Il y a beaucoup de jugement » alors elle réagit à sa façon : *« je ne leur parle jamais d'hypnose, au premier abord, parce que ce mot fait peur. Ils ont peur qu'on les force à faire des choses qu'ils ne veulent pas »* et utilise des moyens détournés pour le proposer au patient : *« je vous propose, dans la journée, si vous voulez, un petit exercice pour vous aider à vous détendre, pour vous apporter un bien-être. »* Nous retrouvons la même défiance avec Mme Martin du même service de dialyse : *Ils ont l'impression qu'on va être Messmer et qu'on va faire « clac », les faire tomber, je ne sais pas. Donc, je n'ai pas osé leur dire ça. »* Elle va même jusqu'à dire : *« Mais je ne lui ai pas dit que j'allais l'hypnotiser quand même »*. Elles ont du mal à accepter cette marginalisation de cette pratique et ne parlent pas d'hypnose au patient en début de pratique.*

Leur foi n'est peut-être pas aussi forte que les infirmières du service des brûlés, qui, d'emblée parlent d'hypnose au patient. Ainsi Mme Dupont leur dit franchement : *« Toutefois si vous le souhaitez, je peux vous proposer un soin un peu différent en incluant l'hypnose »*. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en dialyse, la pratique des infirmières est récente, seulement quelques mois alors que dans le service des brûlés, elle est de plusieurs années. Nous pourrions faire l'hypothèse que la douleur chez les brûlés est plus vive ce qui motiveraient ces patients à tenter toutes formes alternatives de prise en charge pour essayer d'avoir moins mal. De plus, la formation a été plus succincte d'où une pratique moins ancrée. Pour N. alter, les croyances peuvent être augmentées par *« les conséquences de l'action qui ne peuvent être connues initialement »* (id.p.46). Elles se révèlent progressivement, à l'usage.

On voit toute l'importance de la formation et du temps de pratique. Mais il semble qu'il y ait des obstacles pour l'infirmière qui pratique l'hypnose : le regard et les réticences des collègues. Cela peut démotiver et les infirmières doivent trouver des ressources pour mettre en place cette technique dans les soins.

5.3.2.2 Convaincre les collègues

Une innovation ne se décrète pas car elle est « souvent, initialement, dépourvue de sens, incompréhensible, surdimensionnée ou tout simplement inadaptée » (Id. p.90). Il faut que les innovateurs incitent à innover pour qu'elle puisse se développer. Ainsi dans les deux services de soins, la pratique de l'hypnose est ressentie comme un objet étrange par les soignants. Mr Durand, infirmier du service de dialyse, nous confirme que pour lui, c'est « *une curiosité, déjà parce que c'est curieux : « tu te rends compte, il fait de l'hypnose. Comment ça marche ? C'est efficace ? Est-ce qu'on va lui faire faire la poule ? »* ». Car pour lui, c'est une « *pratique exotique [...], on a l'image des tribus indiennes qui faisaient de l'hypnose ou les grands films de science-fiction fantastiques avec hypnose ou le livre de la jungle avec le cobra. [...] mon esprit est assez terre à terre et scientifique et du coup, ... Au début, je n'y croyais pas du tout, enfin, je ne croyais du tout à l'hypnose.* » Nous retrouvons le même constat, dans le service des brûlés. Les deux infirmières nous rapportent les propos de collègues parlant de la pratique de l'hypnose : « *ah, c'est ça l'hypnose* » ou « *on ne croit que ce que l'on voit* ». Ces commentaires dénotent un état d'esprit que les infirmières qui pratiquent l'hypnose peuvent ressentir comme hostile. De ce fait, ils leur indiquent qu'elles osent proposer une pratique étrange, qui fait l'objet d'une attention curieuse. Mais dans les propos des infirmières qui ne pratiquent pas l'hypnose, il n'y a pas de refus catégorique de cette pratique.

Mais elles doivent trouver des moyens de convaincre. « La personne doit trouver des arguments cohérents pour se trouver « avoir raison » d'un point de vue cognitif. Il devient un marginal sécant. Il lui faut des réseaux pour être plus fort pour continuer » (Alter, 2008, p 280) nous rappelle N. Alter. Les façons de convaincre leurs collègues ont été différentes dans les deux services. Dans le service de dialyse, elles sont passées par des démonstrations d'hypnose sur leurs propres pairs. Ainsi Mme Dubois raconte que « *des fois, j'ai fait plus parce que je fais sur les collègues aussi. Parce que déjà un, au début c'est plus facile pour*

soi-même pour s'entraîner et pour que, eux aient un regard sur ce que ça peut apporter aux patients, pour pouvoir me solliciter. » Et Mme Martin raconte qu' « il y en a beaucoup qui ont demandé en fait, qu'on leur fasse de l'hypnose. Pour voir, pour, je pense tester en fait. Voir ce que ça pouvait apporter. » Pour les infirmières du service des brûlés, l'incitation passe par la communication dans une stratégie de type militante. « La première année quand j'ai fait la présentation, il y a eu quatre personnes. Ce n'est pas beaucoup. Mais, je me suis dit : allez, c'est toujours quatre qui vont en reparler, peut-être de façon différente. », nous rapporte Mme Dupont, ou « tous les jours, je passe et dis : « n'oubliez pas, je suis là, si jamais il y a de l'hypnose qui est possible », il faut toujours être présente et les solliciter » pour Mme Monet. Mais, c'est unanime pour elles, c'est vraiment le retour des patients et des collègues qui permet de convaincre du bienfondé de la pratique de l'hypnose dans le soin. « Et c'est d'abord les patients qui faisaient le travail. C'est eux dans les retours... C'est plutôt le retour des patients qui fait que ça a évolué favorablement » explique Mme Dupont qui rajoute que les collègues, « c'est elles qui ont fait l'avancée, en fait parce que moi, je ne pouvais pas en parler objectivement parce qu'on m'aurait dit : « oui mais toi, de toute façon, tu es convaincue ». Alors ça ne sert à rien. C'est plutôt les participantes (les soignantes lors du soin), qui en parlaient en bien, qui fait que ça a pu avancer. » Ce qui est confirmé par Mme Dubois qui explique que « l'hypnose a un sens, elle a vraiment une utilité. Et donc, c'est assez abstrait mais concrètement il y a des résultats. Donc, le travail est un peu fait sur les équipes ». Ainsi, pour démontrer que leur action est nécessaire, leurs stratégies sont différentes.

Leurs croyances et leurs actions permettent de persuader l'équipe du bienfondé de leur démarche. Et « le groupe minoritaire » développé par N. Alter, mais emprunté au psychologue expérimentaliste Serge Moscovici (Gaglio², 2011, p 58), défend son action et petit à petit convertit son entourage. Il est donc nécessaire de croire pour avancer une pratique pouvant devenir une innovation. Cependant tout cela n'est possible que par les efforts que les infirmières produisent pour leur permettre d'agir et donc de pratiquer : informations, expériences d'hypnose sur les collègues, répétitions des bienfaits de l'hypnose. Il faut persuader ! D'où les stratégies qu'elles développent pour d'une part sensibiliser leurs pairs, sans vouloir forcément les convaincre et d'autre part faire des patients leurs alliés pour promouvoir la pratique de l'hypnose et ainsi convaincre en retour leurs collègues. Car, comme

² Maître de conférences à l'université technologique de Troyes

le dit N. Alter, « c'est bien plus le sort que les hommes lui réservent. Et ce sort passe par leur action. Cet effort représente le travail des forces sur les formes » (Alter, Op.cit. p 322). Pour avoir une action sur les représentations sociales comme pour convaincre ses collègues, l'infirmière doit se former. Cette formation ne sera pas seulement par rapport à un besoin personnel, pour asseoir sa propre légitimité vis à vis d'une pratique nouvelle, mais aussi pour l'asseoir vis à vis de ses collègues.

5.3.2.3 Se former : un défi

En effet, pour se former à la pratique de l'hypnose, les infirmières qui souhaitent inscrire l'hypnose comme « outil » de soin doivent parfois suivre un parcours du combattant. Si pour certaines (les infirmières du service de brûlés), la formation hypnose a été financée totalement par l'institution, il n'en a pas été de même pour les infirmières du service de dialyse qui ont dû prendre sur leur temps personnel pour suivre leur formation. Pour Mme Dubois, *« il a fallu que je mette la formation pendant mes vacances. Mais quand, je dis que c'est un investissement personnel, oui, mais voilà... »* Ce que confirme Mme Monet à propos de collègues infirmières souhaitant se former : *« elles ont été obligées de s'autofinancer et de prendre sur leurs jours de congés pour pouvoir aller en formation. Il faut avoir des convictions »*. La formation qu'elles ont reçue est différente entre elles. Les deux infirmières du service des brûlés ont eu une formation complète de douze jours par an pendant trois ans. Les infirmières du service de dialyse n'ont eu que quatre jours de formation malgré leur demande initiale de diplôme universitaire qui leur a été refusée. À chaque formation, la pratique de l'hypnose conversationnelle, de l'hypnose formelle et de l'autohypnose sont enseignées. La formation sur quatre jours reste donc, plus superficielle. Ainsi on le comprend, pour le professionnel le parcours de pratique de l'hypnose peut être compliqué et il doit croire et avoir « foi » en la pratique de l'hypnose. Cependant, les investissements répétés peuvent mettre à l'épreuve les convictions et finir par émousser cette foi des infirmières qui pratiquent.

5.3.3 Efforts et rationalité

Nous avons donc vu que les infirmières exercent une influence sur leur environnement pour mettre en place leur pratique. Et pour convaincre, les infirmières font des efforts constants mais sont, aussi, soumises à des pressions qu'elles s'infligent elles-mêmes pour démontrer l'utilité de la pratique de l'hypnose : *« toute cette technique et cet outil-là, il repose sur la réussite du soin. Parce que si on ne réussit pas, ça peut mettre en doute la technique. Donc, on se met une pression au début de dingue »* reconnaît Mme Dupont. C'est donc un investissement régulier qui subit des contraintes que les infirmières doivent intégrer. L'incertitude créée par les situations de travail est une de ces contraintes. En sociologie des organisations, la zone d'incertitude est créée par « les turbulences qui viennent de l'environnement » et « joue sur l'autonomie de l'acteur et la possibilité pour lui de faire des choix » (Bernoux, 1985, p 169). Ici, les infirmières ne savent pas quand elles vont pouvoir exercer cette technique sur les patients et les conditions de travail dans un service peuvent varier (sous-effectif, panne diverses,...). Cela est surtout vrai pour les infirmières du service de dialyse, car il n'y a rien d'organisé concernant la pratique de l'hypnose. En d'autres termes, l'organisation du travail dans le service ne prévoit pas de temps pour l'hypnose. Par contre, les infirmières du service des brûlés ont des temps dédiés : 50% de temps dédié pour Mme Monet et parfois des matins dédiés au niveau de la balnéothérapie (bain permettant les pansements de brûlure). Mais pour toutes, un remplacement de dernière minute peut changer les actions prévues. Cette incertitude peut représenter une source d'inquiétude pour le soignant qui manque de repères et de moyens pour pratiquer. *« Voilà, on a la contrainte de possibilités »* nous indique Mme Dubois appuyée par les dires de Mme Pasquier : *« Mais ça c'est compliqué en fait. C'est que ce serait bien adapté pour le piquage mais l'organisation fait que ce n'est pas possible »*.

Tous ces efforts pour convaincre, pour pratiquer peuvent mettre en danger les ressources des infirmières. Et le risque pourrait être de créer selon N. Alter une démotivation ou une lassitude : *« on peut se lasser d'exercer de l'influence sur les êtres ou les situations, parce que l'exercice de cette influence représente un effort, un risque ou une source d'anxiété »* (Alter, op.cit., p.334). Sur notre panel d'infirmières, nous n'avons pas rencontré de lassitude ou de démotivation de leur part. Mais au début de la pratique, Mme Dupond nous apprend que : *« c'était, la plus grande des difficultés, c'était de trouver sa place »*. Et, c'est le médecin référent hypnose qui constate qu' *« il y a un nombre important de personnes qui*

sont formées et qui ne pratiquent pas, parce que, effectivement, s'il n'y a pas de cohésion d'équipe, c'est...l'hypnose, c'est difficile d'être tout seul dans son coin ». Mais les infirmières interrogées mettent en place des stratégies rationnelles qui permettent de garder un pouvoir ou du moins le moyen de réaliser sa pratique. Mme Dupont négocie ainsi : « *donc ces personnes-là, hors de question de faire un soin sous hypnose avec elles. J'allais les mettre dans un état épouvantable. Donc, je leur ai dit : « y'a pas de problème, si vous voulez faire le soin, on fait le soin et on ne fait pas l'hypnose. Il y a une autre solution : vous demandez à votre collègue de venir faire le soin sous hypnose et vous prenez sa place pendant ce temps-là, voilà. Et en fait, à chaque fois, elles choisissent la deuxième solution ».* Mais, on peut aussi « s'abandonner à la loi des autres si l'action s'avère trop complexe, douloureuse ou risquée » (Id. p.335). Ce que fait Mme Monet quand elle nous raconte que « *si les collègues n'y adhèrent pas, mon but, ce n'est pas de me mettre à dos toutes mes collègues* ». On retrouve ces notions dans le service de dialyse avec Mme Dubois qui indique qu'elle « *ne fait jamais une séance qui peut impacter ses collègues sans leur accord parce que sinon, ce ne serait pas les respecter* ». Nous pouvons constater que dans les deux services, les infirmières croient dans la pratique de l'hypnose dans les soins infirmiers, à divers degrés, mais elles y croient. Et grâce à cette croyance, elles incitent leurs collègues à inclure cette technique dans le service. Mais pour autant, l'infirmière doit se confronter à une absence de règle établie : elle pratique sans aucune référence institutionnelle et intègre l'hypnose à sa pratique quotidienne au sein d'un service de soin. Alors comment l'organisation d'un service compose-t-elle avec cette nouvelle pratique de soins ?

5.4 L'hypnose portée par les services de soins

Un service, composé des plusieurs catégories socioprofessionnelles dont les pairs de l'infirmière, est un système social complexe. L'activité y est collective et normée par les procédures mises en place. Or pour N. Alter, l'innovation transgresse les règles avant de les transformer. Elle « s'oppose à l'organisation, à la rationalisation du travail. Le traitement de ce paradoxe passe par la réalisation d'une activité collective, quotidienne et banale, qui consiste à intégrer au jour le jour, des capacités d'innovation » (Id. p.49-50). Pour lui, le processus d'innovation ne peut être compris sans analyser les acteurs au quotidien au sein de l'entreprise. Il nous était donc important de comprendre comment cette pratique de l'hypnose,

qui s'insère parmi d'autres pratiques, est vécue par l'environnement de l'infirmière et si elle suit le processus d'innovation selon le schéma de N. Alter. Nous avons dans notre recherche deux services où des infirmières pratiquent l'hypnose. Dans le service des brûlés, la date de début de la pratique n'est pas connue. Elle commence par la pratique d'une psychologue du service. Elle utilisait l'hypnose dans le service pour une prise en charge de la douleur psychologique mais aussi physique (au cours de pansements) du patient. Une infirmière, Mme Dupont a pris sa suite en 2009 après son départ. Est arrivée, ensuite, Mme Monet qui a pratiqué pendant deux ans dans le service qu'elle a quitté pour celui de la réanimation chirurgicale. Pour le service de dialyse, la pratique est très récente puisque Mme Dubois et Mme Martin ne sont formées que depuis trois mois au moment des entretiens. C'est à travers leur regard ainsi que celui de leurs collègues que nous essayerons de savoir en quoi l'hypnose peut être une innovation dans ces services.

5.4.1 Au commencement : la déviance

L'organisation hospitalière en tant que système complexe est faite de lois et réglementations puis au niveau d'un service de procédures et protocoles s'inscrivant dans une perspective de qualité et d'efficacité des soins. La formation professionnelle des infirmières s'inscrit dans le même schéma. De ces règles sont issus des comportements attendus par chacun des acteurs de l'hôpital. Au sein d'une équipe d'un service de soins, ces règles sont aussi sociales, morales et « consistent à établir de manière durable, prévisible et connues par tous des pratiques de travail, des relations de travail ou des modalités de jugement sur l'activité » (Id. p. 215). Pour N. Alter, l'innovateur prend donc des risques car il sort de la normalité des règles. Pour les infirmières de l'échantillon qui pratiquent l'hypnose, elles n'ont pas conscience de prendre des risques ; les bénéfices pour elles-mêmes et pour le patient semblent être plus qu'avantageux. Mme Monet constate même que : « *comme là moi, qui suis toute seule formée. Si je reste toute seule, je peux faire en fait ce que je veux : personne n'a de regard sur ma pratique* ». Elle nous fait part de bénéfices en termes d'autonomie voir d'indépendance car personne n'a de contrôle sur sa pratique. Cependant elles s'opposent à la routine quotidienne de l'équipe même si elles ont reçu l'accord tacite de leur hiérarchie pour pratiquer.

La vie collective, dans les deux services, est agréable, les professionnels se connaissent bien et se soutiennent comme le précise Mme Dubois : *« il n'y en a jamais une qui est laissée de côté, quand il y a une difficulté, on a un relationnel très particulier et on a des considérations et on sait que chacune a une casquette différente et elle est respectée dans ce domaine-là »*. Et pour trois des quatre infirmières, leur pratique a été acceptée par l'équipe souvent par curiosité. Que ce soit pour Mme Martin qui nous dit : *« mais je pense que les collègues sont ouvertes et elles étaient curieuses. Je pense que c'est bien apprécié »* ou Mme Monet qui déclare que *« ceux qui n'avaient pas du tout vu se posaient des questions : est-ce que ça marche vraiment ? Comment est-ce que tu fais ? Est-ce qu'on peut venir voir ? »*. Par contre, Mme Dupont a eu plus de difficultés. Elle nous raconte qu' *« au début, il y avait des réticences par rapport à la technique et donc, ce n'était pas forcément apprécié »*. Mme Dupont a commencé l'hypnose en 2009 alors que les autres infirmières pratiquantes ont une utilisation plus récente. Nous supposons que cette technique a diffusé dans les services (pratiques en anesthésie, augmentation de l'information sur l'hypnose médicale) et que cela étonne moins les équipes qu'auparavant.

Cependant la pratique de l'hypnose, comme nous avons pu le voir, est assimilée à une possible manipulation du patient et Mme Dupont est mal à l'aise avec cette idée d'être perçue comme une manipulatrice par ses collègues. Elle précise, au cours d'un soin sous hypnose avec une collègue, qu' *« à un moment donné, je ne me suis pas sentie très bien. Je me suis dit : holà, qu'est-ce-que je suis en train de faire, c'était de la manipulation quand même, ce que je suis en train de faire »* Cet aspect-là illustre bien la déviance, la marginalité de la personne qui pratique. Selon H. Becker, sociologue, *« la déviance est, entre autres choses, une conséquence des réactions des autres à l'acte d'une personne »* qui transgresse une norme établie (Becker, 2006, p33). Même si, ici, les règles de pratique de l'hypnose ne sont pas formelles, Mme Dupont s'est sentie en danger. La déviance est aussi perçue par une des infirmières non formées. Mme Régner évoque la pratique de l'hypnose comme : *« un confort, c'est une autre façon de voir le soin »*. Cette technique sort du cadre général de la pratique infirmière et peut donc être considérée comme une sorte de déviance. Malgré cela, les collègues interrogées acceptent cette pratique car elle représente des bénéfices pour le soignant et le métier infirmier. *« Plus de sérénité et un soin plus facile à réaliser »* sont exprimés Mme Pasquier et *« c'est valorisant pour notre métier. Je pense que c'est toujours valorisant de dire, de voir qu'on peut faire des choses en plus pour le patient »* pour Mr Durand. Cependant, avant de concevoir cette technique comme un outil complémentaire pour

l'infirmière, il faut que les infirmières formées fassent sa promotion auprès de leurs collègues.

5.4.2 L'importance des échanges professionnels

« Le don contre don, explique Marcel Mauss, anthropologue français repose sur trois actions indissociables : donner, recevoir et rendre. Ces trois termes représentent les règles de l'échange social. On donne pour créer le lien spirituel. [...] Le fait d'avoir donné engage le donataire et le donateur dans une relation de réciprocité » (Id. p. 294) Ce concept de don contre don existe aussi dans le monde du travail et surtout dans le secteur du soin où le travail collectif est basé sur la coopération. Ici, les praticiennes de l'hypnose ont d'abord donné beaucoup d'informations sur leur technique et sur les enjeux pour les patients comme pour l'équipe. *« J'ai fait des présentations au sein du service : j'ai fait un petit cours sur ce qu'était l'hypnose, les origines de l'hypnose, vite fait la pratique sans rentrer dans les détails ... et dire un peu les mécanismes dans les grandes lignes »* expose Mme Monet. Nous avons vu que les infirmières du service de dialyse ont pratiqué sur leurs propres collègues pour les convaincre. Elles ont ainsi permis à leurs collègues de mieux vivre leur métier. Ce qui est reconnu par les infirmières non formées qui ont, elles, reçu ce don. Ainsi Mme Pasquier nous apprend que : *« c'est plus facile de piquer quelqu'un qui est plus détendu et qui ne stresse pas »*. Il y a donc une réflexivité de l'infirmière non formée sur la pratique de l'hypnose. Elle comprend l'utilité pour le patient mais aussi pour elle car cela facilite son travail. Elle ajoute alors : *« Le soin se passe très, très bien. C'est aussi confortable, oui, bien sûr »*.

En donnant leurs savoirs et montrant les bienfaits de l'hypnose, on peut faire l'hypothèse que les infirmières attendent inconsciemment un retour sur leur investissement Car « chacun, dans cet univers, sait parfaitement qu'« entretenir de bonnes relations » suppose de savoir donner de manière à obliger l'autre à donner à son tour » (Id. p. 296). Ainsi, cet échange n'est pas totalement désintéressé. Les infirmières formées ont un intérêt à donner. Leur altruisme est certain : cela leur permet d'amener « leur » technique, différente de celle de l'équipe. Mme Dupont nous dit: *« on ne fait pas ça tout seul. On ne peut pas pratiquer l'hypnose si l'équipe n'est pas partante [...] Il faut que ce soit une volonté de service, pour avoir les moyens de la faire »*. Nous retrouvons cela pour toutes les infirmières formées. Il a fallu un apprentissage culturel de cette pratique au sein du service et de la hiérarchie pour

permettre l'appropriation de la nouvelle technique. Il a fallu ensuite intégrer la pratique au sein du fonctionnement du service et il a fallu donner les moyens nécessaires à cette pratique.

5.4.3 Une pratique qui se répand

Comme nous venons de le voir, les infirmières formées ont communiqué autour de l'hypnose et de ses bienfaits. Mme Régner du service des brûlés reconnaît qu'avant l'arrivée de l'hypnose dans le service, il y avait parfois des désagréments. Elle l'exprime ainsi : « *nous, on était en difficulté parfois pour faire des pansements quand il n'y avait pas d'hypnose. À un moment donné, on le sentait quand même assez fort* ». Ses dires sont confortés par Mme Dupont « *il y a une reconnaissance de la compétence, une reconnaissance du bienfait de cette compétence là sur le patient, sur le travail sur l'ambiance qui règne lors d'un soin* ». Ainsi, les différentes équipes ont compris l'intérêt de la pratique et elles se l'approprient même. Dans le service des brûlés, l'équipe semble avoir intégré l'hypnose comme une pratique courante du service. Ainsi, Mme Dupond annonce : « *j'ai mes collègues aides-soignantes et qui savent très bien, que pour moi, c'est plus facile quand il n'y a pas de bruit autour* » [...] *Même si j'oublie, mes collègues, mon collègue ASH³, s'il sait que je suis en soin, que je n'ai pas mis ma pancarte, il me la mise* ». Pour elle, même les médecins adhèrent à cette technique ou du moins la respectent par leur changement de comportement : « *les anesthésistes, [...] sans le dire verbalement, c'est quand même des gens qui, quand on est en séance d'hypnose, parlent tout doucement, arrivent tout doucement* ». On retrouve chez Mme Monet, ce même constat sur l'appropriation de la technique dans le service par les médecins : « *le professeur du service est très accablé sur le fait de faire de la recherche sur l'hypnose au sein du service, qu'on écrive, qu'on fasse des papiers sur l'activité dans le service* ».

Mais cette appropriation peut prendre des positions différentes. Ainsi, une infirmière peut ne pas vouloir que l'on pratique l'hypnose mais l'accepte pour un patient. C'est ce que nous dit Mme Dubois lors qu'elle explique que « *les collègues qui sont assez réfractaires à cette utilisation, elles le sont pour elles-mêmes mais pas pour leurs patients.* » Nous pouvons alors comprendre que, dans les deux services, la pratique se diffuse et les équipes se l'approprient créant ainsi une compétence collective du service. Selon N. Alter, « la

³ ASH : agent de service hospitalier

compétence des opérateurs apparaît finalement collective, décisionnelle (elle ne consiste pas seulement à exécuter des tâches), et mal connue. Elle est celle d'un milieu qui s'arrange avec les règles de gestion, de production, un peu comme le milieu des artistes » (Id. p. 288). Il semblerait donc, que tous ces échanges au sein du collectif du service permettent d'investir les relations professionnelles. Ils permettent de transmettre, de réfléchir sur les valeurs, d'installer de la confiance ou parfois de la défiance. Ils permettent aussi de parler du métier, voire de le faire vivre sinon de le faire évoluer.

5.4.4 Entre pouvoir et tension

Même si la coopération en vue d'une compétence collective existe, il peut y avoir une concurrence entre les infirmières. Les relations qui existent entre les infirmières sont aussi des relations de pouvoir. Michel Crozier, sociologue français, nous dit que le pouvoir est un fondement de l'organisation : « en effet, agir sur autrui, c'est entrer en relation avec lui ; et c'est dans cette relation que se développe le pouvoir » (Crozier, 1977, p 65). Sur les différents types de pouvoir, celui qui nous intéresse, ici, est le pouvoir de celui qui détient l'information. En effet, seules les infirmières formées sont compétentes dans la pratique de l'hypnose, ce qui augmente la zone d'incertitude dans l'organisation du travail et les rend indispensables. Ainsi, Mme Monet nous dit : « *je suis la référence sur le service* » et cela est confirmé par Mme Dubois : « *après avec les patients, vous êtes étiquetées « infirmière hypnose »*. Nous nous trouvons devant ce que N. Alter appelle un « être atypique » (Alter, 2008, p 278). « Les échanges représentent bien une activité collective, entre services, entre départements ou projets. Mais cette activité est également individuelle. Même s'il existe des normes de comportement tendant à assurer la cohésion de l'ensemble, il existe également des calculs individuels et des stratégies égoïstes qui créent de nombreux tiraillements à l'intérieur même des réseaux. La compétence, la reconnaissance sociale, l'influence sur l'organisation et sur l'entreprise, ou plus simplement la carrière ne sont donc pas des enjeux qui mobilisent uniquement le groupe. Ils représentent également des enjeux à l'intérieur du groupe » (Id. p. 303). Mais sur tous les entretiens, aucune n'a fait ressentir une supériorité face à leurs collègues et toutes les infirmières non formées nous disent que cette technique n'a pas modifié leurs relations avec elles.

Mais, sans être véritablement relevées, des tensions semblent exister. Elles sont avancées par Mme Monet « *J'allais dire que certains me voient un peu à part du fait que j'ai cette double étiquette : je suis à la fois infirmière dans le soin technique et à la fois ce côté hypnose* ». Et même si les relations ne changent pas, le fait d'être l'unique personne pratiquante perturbe les collègues car les infirmières qui ne pratiquent pas se sentent démunies face aux patients. Nous pourrions même penser qu'elles se mettent en concurrence avec elles auprès des patients. Mme Régner nous dit : « *comme en plus, elle n'est pas là tout le temps. Parce que nous on arrive derrière et on rame quand on n'a pas d'hypnose derrière, on rame énormément* » confirmé par « *dans le cas où il n'y a pas d'hypnose tout le temps, là, c'est un inconvénient parce que le patient va réclamer et qu'on ne peut pas lui faire, donc, il y a une frustration* ». Il y a bien concurrence entre elles mais la patiente Mme Charpentier, en répondant à la question de savoir si elle a pu bénéficier de cette technique à chaque fois qu'elle le demandait, ne fait que constater l'absence de ressources pour cette technique et ne parle pas de différence entre soignants : « *Ben, non, c'était bien le problème. Je ne l'avais que quand elle était là et elle ne travaille pas tout le temps* ».

Les soins sous hypnose rendent alors les patients dépendant de l'opérateur. Alors les infirmières praticiennes proposent aux patients de les former à l'autohypnose ce qui permet à l'équipe et au patient de profiter des bienfaits de l'hypnose quand elles ne sont pas présentes dans le service et ainsi d'atténuer les tensions entre collègues. Cela se vérifie chez trois des infirmières, la quatrième, du service de dialyse, n'ayant pas eu l'occasion encore de former un patient. Mme Dupont explique que « *quand je ne suis pas là, j'ai l'ancrage qui évite la dépendance à l'opérateur. [...] Je mets sur les transmissions : ancrage parce que maintenant, elles savent, mes collègues.* »

Toutes ces réflexions nous font penser, qu'après un temps d'adaptation, qu'elles soient formées ou non, les infirmières ont négocié afin de trouver une stabilité dans l'organisation du travail. Elles ont privilégié avant tout le patient. La pratique semble suivre le processus décrit par N. Alter : une phase d'incitation et d'appropriation. Mais, l'avancée de la pratique de l'hypnose dans les services semble dépendre de la durée de pratique et de la formation reçue. Ainsi, elle est plus développée et organisée dans le service des brûlés que dans celui de dialyse. Mais un service n'est qu'une partie de l'institution. Alors comment réagit l'hôpital devant cette nouvelle technique ?

5.5 L'hypnose portée par l'institution

L'histoire de l'hypnose dans l'institution semble un peu lointaine, mais a pris de l'ampleur sur les deux dernières années. Les personnes rencontrées, qu'elles soient infirmières, médecin référent hypnose ou cadre supérieur de santé ne savent pas dater le début de la pratique de l'hypnose sur le CHU. Il semble qu'elle remonte à plus de vingt ans. Alors comment et où se situe la pratique de l'hypnose dans l'institution ? Suit-elle le processus décrit par N. Alter ?

5.5.1 L'appropriation de l'hypnose par l'établissement

Ce sont les psychiatres et les médecins anesthésistes qui ont commencé à pratiquer. Mme Paradis « *pense que le point de départ était plus médical au début* » et « *ça fait vingt ans que petit à petit, les choses commencent à s'installer, au niveau des internes de psychiatrie notamment* ». Et elle précise que « *c'était rattaché plus à une activité médicale, donc pour le coup ça...enfin, c'était validé de, pas de manière formelle, mais tacitement, je veux dire par l'institution, [...] mais sans lisibilité au niveau de l'établissement* ». En 2015, suite à une enquête, le nombre de personnes formées sur l'établissement serait de 75 personnes mais il ne représenterait pas une exhaustivité car « *l'enquête qu'on a menée en 2015, effectivement était une enquête assez réductrice, parce que comme c'était tout nouveau, voilà, ça émergeait, les professionnels ont fait ça. C'était une enquête à partir d'intranet, donc il a fallu solliciter, [...] il faut répondre et donc, forcément, c'étaient ceux qui avaient « pignon sur rue »* rappelle le médecin. Cela a permis de voir que ce n'est pas une pratique isolée mais disséminée dans l'organisation, qui est portée soit par des médecins ou sages-femmes, soit par des paramédicaux dont des infirmières. Nous la retrouvons dans presque tous les secteurs : en santé mentale, en gériatrie, en imagerie médicale, aux urgences, en réanimation. Mais dans les faits, la direction ne sait pas trop comment est pratiquée l'hypnose dans les services. Il semble que cela ne soit que par les rapports de professionnels. : « *Ce que je perçois, c'est qu'il y a une pratique [...] mais c'est ce qu'on voit au niveau du groupe hypnose, je ne vois pas des gens en perdition, je ne vois pas des gens...après, ils disent : « bah, on fait en fonction de nos disponibilités »* » nous déclare Mme Brunet, cadre supérieur de santé. Pour elle, il semble que les infirmières s'organisent pour pratiquer et qu'elles ne

souffrent pas du fait qu'il n'y ait pas de règles formelles. Et c'est bien parce que l'institution ne maîtrise pas la pratique qu'elle cherche à la reprendre en main pour la contrôler. Mme Brunet ajoute même : *« c'est parce que j'étais en interface avec des professionnels qui pratiquaient, je me suis dit : « faut qu'on aille voir quelque chose par-là quoi ». J'entendais que cela pouvait être une pratique déviante, donc voilà. C'est après que le professeur a demandé à Mme Paradis de faire un groupe hypnose, mais pour mieux justement bien canaliser les choses »*.

L'institutionnalisation représente selon N. Alter une activité collective. Elle « doit tenir compte des niveaux respectifs d'intensité des forces de l'innovation et de celles de la règle pour faire son chemin » (Id. p. 107). Nous pourrions comprendre, grâce à ce propos, pourquoi l'institution cherche à connaître et comprendre la pratique de l'hypnose dans l'établissement. La direction de l'établissement a activé, à travers une évaluation des pratiques professionnelles, une commission issue du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) nommée « promouvoir les thérapies et les prises en charge non pharmacologiques ». Mais si le CLUD s'est emparé de ce phénomène qu'est la pratique de l'hypnose au sein de l'établissement, c'est que l'établissement semble avoir compris que la pratique existe et se développe rapidement. Il semble vouloir aussi comprendre comment et pourquoi les infirmières utilisent cette technique : il y a une réflexivité sur les pratiques grâce à l'évaluation des pratiques professionnelles demandée par le cadre supérieur de santé : *« je ne sais pas si on l'a dit mais du coup, dès le départ de cette enquête, on l'a inscrit dans une démarche d'EPP »*. Cela permet à l'institution de prendre de la distance par rapport à cette pratique, ce que N. Alter appelle la « force relative de la réflexivité, ce retour réflexif sur les pratiques permettant la remise en cause des représentations établies. Cette activité est collective. Elle repose sur la capacité à définir ensemble un sens à l'expérience » (Id. p.251).

Mme Brunet nous annonce que : *« nous, au niveau de CLUD, on s'est emparé de cette thématique parce qu'il y avait des craintes à ce que chacun puisse exercer des pratiques qui auraient pu nous échapper »* et *« il ne faut pas que chacun fasse les choses dans son coin »* ajoute Mme Paradis. Mais, cela permet, en créant cette commission, aussi de donner un sens à l'investissement des infirmières formées à l'hypnose. Elle nous renseigne donc, sur sa constitution et sa fonction : *« le choix s'est fait pour qu'il y ait à peu près un représentant, une personne qui pratique l'hypnose par pôle, puisqu'on est organisé en pôles hospitalo-universitaires. Donc, volontairement j'ai cherché une personne de chaque pôle et si possible dans les différents métiers : médecins, infirmières, IADE, sages-femmes, kiné, dentistes [...]*

l'objectif est de, dans un premier temps,..., ce dont on parlait, sur la lisibilité dans l'établissement, savoir qui fait quoi et où dans l'établissement. Donc, ça c'est déjà...voilà, se transmettre les informations, confronter nos pratiques et puis après évaluation ». Elle s'inscrit dans une démarche qualité car *« il y a l'idée qu'on doit être garant aussi des pratiques qui pourraient être déviantes [...] l'institution fait confiance au CLUD étant une instance institutionnelle [...] si on parle de notre thématique, l'institution aujourd'hui est plutôt garante de bonnes pratiques si ce sont les instances qui s'en emparent, voilà »* nous rappelle Mme Brunet. Mais après avoir circonscrites les personnes formées, comment l'organisation de cette pratique au niveau institutionnel est-elle gérée et comment l'institution communique-t-elle ? A priori, elle semble avoir mené de front plusieurs actions : un contrôle de la formation qu'elle soit initiale ou continue et une gestion de ressources humaines prenant en compte cette pratique de l'hypnose dans les soins infirmiers.

5.5.2 Une formation contrôlée

À travers les entretiens, nous avons l'impression que la demande de formation à l'hypnose a augmenté sur l'établissement. C'est ce que nous affirme Mme Monet qui fait partie de la commission technique issue du CLUD de l'établissement : *« on travaille avec la formation continue parce qu'il croule sous les demandes de formation de DU d'hypnose ».* Actuellement la réglementation en matière de formation des professionnels passe par le plan de formation établi par l'établissement pour l'année. Mais concernant la formation à l'hypnose, il n'y avait rien de défini. Ce que confirme Mme Brunet : *les professionnels, du coup, voulaient émerger un peu individuellement et allaient se former à l'extérieur, souvent sur leurs propres deniers, donc effectivement, on n'avait pas le regard. Là, aujourd'hui on inverse la tendance. »* L'hôpital semble vouloir codifier les modalités de formation des professionnels concernant la pratique de l'hypnose. Ainsi, Mme Brunet nous informe que : *« En CT3 (commission technique n°3), la fameuse commission du CLUD, on s'est positionné pour qu'au plan 2018, le futur plan 2018, le plan de formation 2018, le groupe hypnose en tout cas et sous l'égide de la CT3 soit vraiment partie prenante dans le choix des formations ».* Le choix semble être de contrôler le type et les organismes de formation. Ainsi les infirmières formées en service de dialyse ont effectué une formation institutionnelle, ce que confirme Mme Martin : *« c'est M. (le cadre de santé du service) qui nous a inscrit, mais*

parce qu'il y avait aussi des créneaux pour le service et que tout ça c'est institutionnel. Mme Dubois ajoute que *« maintenant, nous sommes autorisées, nous sur le CHU, à pratiquer nos exercices parce que nous avons eu nos quatre jours de formation qui ont été validés par le CHU, qui ont été faits par un professeur connu ».* Nous retrouvons ainsi des formations qui sont appuyées par le cadre de santé pour des services qui ont des projets d'inclure l'hypnose dans leurs pratiques de soins même si le projet n'est pas finalisé. Pour des formations plus complètes type DU, le projet doit venir du professionnel intéressé avec un projet professionnel argumenté et intégré dans un projet de service ou de pôle. Ceci limite considérablement la formation de DU.

Mme Dupont, formée par un organisme privé ne comprend pas ce cloisonnement dans la formation et trouve les formations de quatre jours insuffisantes pour une pratique de qualité : *ce qui m'affole là maintenant, c'est de voir les formations qui sont proposées à l'hypnose, des formations d'initiation....c'est de la vulgarisation de l'outil...autant on peut faire du bien alors qu'on peut involontairement faire du mal en fabriquant de faux souvenirs, en manipulant mentalement les gens,...on peut vite tomber dans la vulgarisation de spectacle comme on peut voir à la télévision* ». N. Alter nous dit à propos des innovateurs que *« cette institutionnalisation de leurs pratiques réduit considérablement leurs marge de manœuvre : les choses doivent être faites selon les règles »* (Id. p. 326). Nous retrouvons cet état de fait dans les propos de Mme Dupont. C'est toute l'ambiguïté de l'innovateur qui est fier de cette marginalité et qui croit fermement à ce qu'il propose. Il a ainsi, la volonté de protéger l'esprit de l'innovation. Et l'institutionnalisation, c'est une dépossession du caractère original de l'innovation. Car pourquoi les formations auraient-elles été meilleures hier qu'aujourd'hui ? Est-ce une crainte inconsciente de détournement de la « beauté » de l'innovation ? En tout état de cause, c'est l'institution qui réglemente les formations à la pratique de l'hypnose pour les infirmières. Et elle a aussi un regard sur la formation initiale.

Pour toutes les infirmières interviewées, la formation en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) est une évidence, mais sur des niveaux différents. Ainsi certaines pensent que cela est une façon de démocratiser la pratique et ainsi elle serait proposée plus facilement car reconnue. Pour d'autres, cela doit rester une formation sur la pratique d'hypnose conversationnelle et une information sur l'hypnose formelle. Elles considèrent qu'il faut laisser la pratique de l'hypnose formelle à des infirmières spécialisées. Mme Dupont expose ainsi cette pensée : *« la communication hypnotique oui, le langage hypnotique, oui mais la technique d'induction, je pense qu'il vaut mieux former moins de monde mais très*

bien pour que ce soit du solide, du sérieux, voilà, sécuritaire » appuyée par les dires de sa collègue Mme Monet : « l'hypnose, je ne pense pas que tout le monde en ai besoin, c'est comme les spécialités ». La direction de l'établissement, à travers le regard de Mme Brunet va dans le même sens car elle préconise de : il faut qu'on y réponde vraiment de manière, à la demande, ciblée dans les services, voilà quoi. Pour des longs pansements, comme le fait Mme Monet, ça a complètement son sens, après...et puis certainement avec un type d'hypnose [...]. Voilà, après, sur des prises en charges courtes, et bien, c'est une autre pratique de l'hypnose, ça va être de l'hypnose conversationnelle ». Alors, concrètement, comment cela se passe-t-il à l'IFSI qui dépend de l'établissement ? Nous avons la réponse avec Mme Dupond qui fait une information auprès des étudiants de troisième année : « c'est par petits groupes d'une heure trente. J'y retourne le 28 mai ». Cette approche se fait dans le cadre des thérapies complémentaires. Ainsi on constate que la formation ou information sur la pratique de l'hypnose est en phase d'être contrôlée par l'institution à tous les niveaux de formation : initiale comme continue. Former, oui, mais pour quels types d'exercices professionnels ?

5.5.3 Des ressources humaines identifiées

Nous avons vu les difficultés d'organisation de la pratique de l'hypnose dans les services de soins. Cependant il y a des organisations pérennes qui ont été validées par le service des ressources humaines au sein du CHU. Ainsi Mme Monet a pu bénéficier d'un temps dédié à la pratique de l'hypnose au sein du service de la réanimation chirurgicale et des brûlés. Elle nous raconte comment cela s'est passé : *« Mon 50% fait partie d'un projet de service. C'est-à-dire, qu'ayant un DU, moi pour la partie qui est au sein du service, ce n'était pas facile, du fait de ne pas être détachée. Quand il y a certains patients qui ont besoin, si moi, j'ai des patients en charge, je ne peux pas laisser mes patients pour aller faire tel ou tel soin. Donc, c'est compliqué. Donc, tout est parti de là. Pour avoir un temps aménagé, pour pouvoir en faire, il faut monter un projet de service »*. Un projet qui a vu le jour, il y a six mois et qui a été porté par Mme Monet et le cadre du service qui a fait remonter au pôle puis à la direction des soins. L'institution a compris que la pratique est limitée dans les services, faute d'organisation. En acceptant de créer ce poste dédié, il semble que la direction veuille contrôler la pratique tout en reconnaissant l'infirmière dans sa pratique d'hypnose. Cela rentre tout à fait dans le processus décrit par N. Alter qui nous explique que : « l'institutionnalisation

représente un choix consistant à arrêter le déroulement d'un processus. Elle définit donc, des règles de travail à partir des pratiques sociales, en les élevant au niveau formel » (Id. p. 108). Autre lieu, autre organisation et même explication: le poste de Mme Dupond, qui quitte l'établissement pour faire valoir ses droits à la retraite, est orienté vers une infirmière pouvant pratiquer l'hypnose. Mme Dupond nous le confirme par ces mots : « *ça a quand même évolué et que le poste qui est vacant, que je laisse vacant, dans les demandes, c'est un poste à 100% pour un DU plaies et cicatrisation ou hypnose* ». Certes, ce n'est pas réservé uniquement à un DU hypnose mais il nous semble que l'institution commence, par le poste dédié en réanimation chirurgicale et brûlés, à intégrer la pratique de l'hypnose comme une spécificité de l'infirmière et qu'elle peut y voir un intérêt pour l'établissement.

Cet intérêt pourrait être dû à la demande des patients qui savent que cette technique existe et que des soignants du CHU la pratiquent. C'est ce que pense aussi Mme Brunet : « *les professionnels que je côtoie en tout cas, moi, dans ces groupes-là, me disent effectivement que des patients ont repéré qu'au CHU, il y avait la pratique et qu'ils sont demandeurs* ». Ceci rentre tout à fait dans le cadre du patient acteur de ses soins prôné par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Un autre intérêt, celui-ci d'ordre rationnel, pourrait être avancé : il s'agit d'une baisse d'utilisation de produits médicamenteux suite au recours à l'hypnose. Mais il n'y a pas d'étude réalisée confirmant cette hypothèse. C'est un des intérêts donné par les infirmières : « *On a vu des fois, diviser par deux les doses de remifentanyl® utilisées quand il y a présence de l'hypnose pendant le soin* » nous informe Mme Monet.

Mais l'institutionnalisation n'est pas toujours au goût des infirmières praticiennes. « La gestion par objectif correspond à une institutionnalisation de l'autonomie : celle-ci est dorénavant obligée mais cadrée et évaluée dans le cadre de « contrats » très stricts, tant sur le plan de leur nombre que sur celui de la valeur de l'activité des opérateurs » (Id. p. 328). Mais Mme Dupond, alors qu'on lui propose enfin, un poste dédié vraiment à l'hypnose, refuse cette avancée qui la légitimise et légitimise la pratique de l'hypnose. Elle s'explique : « *là, on me proposait un poste que finalement j'ai pas accepté parce que je pense que ce n'était pas du tout adapté. Donc, j'ai refusé. On me proposait de faire un poste à mi-temps sur les consultations et à mi-temps, ici, où je reviendrai ponctuellement, comme ça, faire de l'hypnose. J'avais l'impression d'être Zorro. Et, je me dis non, parce qu'en consultation, je ne sais pas si vous connaissez les consultations, mais, je suis allée voir comment ça se passe. De toute façon, on entend les patients quand ils arrivent en pleurs. On est en 2017 et des*

pansements qui sont faits encore sans anesthésie, sans prise d'antalgique, on dépiaute. Bon voilà, les gens, ils arrivent en pleurant. Ils sont à neuf ou dix de douleurs. Et moi, j'arriverai avec mon hypnose, là comme par miracle. Non, je ne fais pas ça ». Il semblerait que la façon dont l'établissement ait prévu l'organisation ne lui convienne pas : cela ne correspond ni à ses valeurs, ni au sens qu'elle donne à la pratique de l'hypnose. N. Alter l'expliquerait ainsi : « ils ne disposent plus des moyens pour parvenir au type de réussite qu'ils valorisent. Ils se trouvent « en souffrance » dans le déroulement de leur trajectoire professionnelle. Ils doivent rompre avec le projet pour lequel ils militaient parce que sa réalisation est trop coûteuse. Mais ils n'ont pas abandonné l'idée que ce projet est « le bon », celui qui leur donne sens. » (Id. p.338). Ce qui pour Mme Dupond semble vrai car elle refuse le poste proposé mais elle n'abandonne pas. Elle nous confie un nouveau projet : *« je n'ai pas dit mon dernier mot parce que j'ai fait une proposition »*.

Toutes ces actions de cadrage, qu'elles soient au niveau de la formation comme de la gestion des ressources humaines permettent de réduire les zones d'incertitudes au travail car elles enlèvent une certaine part d'autonomie de l'infirmière qui pratique l'hypnose ainsi qu'une part d'influence sur leurs collègues. Ainsi, « l'institutionnalisation correspond à un apprentissage collectif mais aussi à une « remise en ordre » plus proche de la conception d'une nouvelle règle que de la transposition fidèle des jeux en un accord : elle redéfinit le cadre de la sociabilité professionnelle » (Id. p. 108). Mais, nous n'avons que le regard de la pratique de l'hypnose sur deux services de l'hôpital qui reste un CHU avec de nombreux services. La création de ces postes dédiés n'est pour l'instant qu'une « invention » (au sens de N. Alter) récente de l'établissement. Cette organisation est prise en compte par les équipes notamment celle de réanimation chirurgicale et brûlés. Mme Monet nous transmet ainsi que : *« mes collègues, dès qu'elles voient un patient anxieux ou plutôt algique, maintenant qu'elles sont sensibilisées à ça, elles vont facilement, je pense, proposer mes services au patient »*. Il semble que cet agencement organisationnel s'intègre dans le fonctionnement du service et pour ce service seulement, nous sommes proches de l'innovation. « L'innovation représente bien, dans ce cas, une socialisation de l'invention, c'est-à-dire l'intégration d'une nouvelle donne dans le tissu social de l'entreprise, dans ses dimensions culturelles et politiques » (Id. p. 110). Mais cela n'est valable que dans ce service et aujourd'hui. Cependant ce poste spécialisé en hypnose s'inscrit dans une pratique spécifique due à une caractéristique propre à la pratique : il faut une personne supplémentaire pour faire un soin sous hypnose. Il sera important de voir comment évoluera ce poste à l'avenir après une évaluation probable de

l'institution. Il sera intéressant aussi de suivre les évolutions de la pratique de l'hypnose sur tout l'établissement.

6 CONCLUSION

Alors que la médecine et les soins médicaux sont de plus en plus techniques, l'hypnose médicale est une technique relationnelle qui s'inscrit, depuis peu, dans la pratique du médecin hospitalier mais aussi des infirmières. Nous avons alors voulu savoir si cette technique de soin pouvait être une innovation thérapeutique pour l'infirmière ou simplement un effet de mode passager. Et surtout savoir si d'une pratique « extra ordinaire », l'infirmière a réussi à l'imposer dans l'institution comme pratique ordinaire. Nous avons commencé alors par définir ce qu'est l'hypnose et ses différentes pratiques. Puis, au moyen d'entretiens semi directifs auprès de soignants et de patient, nous avons analysé les différentes visions de chacun des interviewés à travers le processus d'innovation établi par N. Alter. Cela nous a permis de répondre à notre questionnement. En ce qui concerne les infirmières praticiennes, il semble qu'elles soient toutes engagées dans cette pratique mais à des niveaux différents. La création du sens de leur pratique passe par un retour à l'un des fondamentaux du métier infirmier qu'est la relation soignant/soigné, par un nouvel outil dans la lutte contre la douleur qui permet un bien-être au travail. Apparaissent aussi pour elles, la nécessité de croire et les efforts qu'elles doivent consentir afin d'imposer cette technique. Mais nous retrouvons un écart de temporalité dans l'appropriation et l'organisation des différents services. Les étapes, déviance, échanges, diffusion et réorganisation sont toutes présentes mais à des degrés divers. Quant à l'institutionnalisation, nous voyons bien, qu'au sein du CHU, on ne parle pas de pratique généralisée qui s'inscrit dans la routine de l'organisation comme N. Alter en parle. Mais c'est une pratique qui est en train d'être reconnue au niveau du sommet stratégique, ceci parce que plusieurs services de l'organisation témoignent de la volonté d'utiliser cette pratique. Et « le processus créateur s'appuie aussi sur la capacité de régulation de ces comportements de la part des directions. Dans un premier temps (phase d'appropriation), elles soutiennent la logique des innovateurs, dans un second temps (phase d'institutionnalisation, elles s'appuient sur la réaction légaliste pour reprendre les choses en main » (Alter, 2008, p 278). Nous voyons que pour l'établissement, la phase d'appropriation semble faite en partie sur les services mais avec une temporalité qui fait que les avancées sont différentes selon l'ancienneté de la pratique. Quant à la phase d'institutionnalisation, elle s'inscrit principalement dans la formation à l'hypnose et peu dans une organisation quotidienne. Le

CHU n'en est qu'aux prémices. Ainsi, nous ne sommes pas dans le fonctionnement routinier de la pratique. Et même s'il peut falloir du temps pour arriver à un processus complet d'innovation, tout cela nous amène à penser que cette pratique ne sera jamais une « innovation ordinaire » mais sera plus considérée comme une technique spécifique pratiquée par des infirmières formées à l'hypnose et non comme une pratique banale d'un service. Elle est portée par des professionnels qui ne retrouvent pas d'autre solution satisfaisante à leurs yeux, pour soigner les patients. Et elles ne peuvent laisser le patient souffrir. Ainsi comme nous l'avons vu, l'hypnose est une pratique d'attention au patient car centrée sur lui et ses ressources personnels. Nous pourrions penser que, d'une certaine manière, c'est un indice d'évolution de la relation soignant/patient comme « expérience patient », concept dans la prise en charge du patient qui se développe.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- Alter N. L'innovation ordinaire, Paris, Edition PUF, 2000, 388 pages
- Alter N. Sociologie du monde du travail, Paris, PUF, 2008, 356 pages
- Barbier É. et Etienne R. Hypnose en soins infirmier, Malakoff, Dunod, 2016, 359 pages
- Becker H. Outsiders, études de sociologie de la déviance, Paris, Métailié, 2006, 250 pages
- Bellet P. L'hypnose pour ré humaniser le soin : protéger, cicatriser, inventer, Paris, Odile Jacob, 2015, 249 pages
- Bernard F. Musselec H. La communication dans le soin, Rueil Malmaison, Arnette, 2013, 159 pages
- Bernard F. Virot C. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie, Rueil Malmaison, Arnette, 2010, 285 pages
- Bernoux P. La sociologie des organisations, Paris, Seuil, 1985, 382 pages
- Bioy A, Bourgeois F, Negre I. Communication soignant soigné : repères et pratiques, Levallois-Perret, Bréal, 2013, 158 pages
- Crozier M. Friedberg E. L'acteur et le système, Paris, Seuil, 1977, 500 pages
- Dictionnaire Le Petit Robert de la langue française, Edition 2015, 2837 pages
- Fischer G-N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Malakoff, Dunod, 1996, 250 pages
- Gaglio G. Que sais-je ? Sociologie de l'innovation, Paris, PUF, 2011, 126 pages
- Jodelet D. Les représentations sociales, Paris, PUF, 2003, 452 pages
- Quivy R., Campenhoudt L.V. Manuel de recherche en sciences sociales, Malakoff, Dunod, 3^{ème} édition 2006, 256 pages.

Roger J. L. Refaire son métier, Toulouse, Eres 2007, 255 pages

Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2004, 292 pages

REVUES

Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose, Perspectives Psy, 5/2005 (Vol. 44), p. 341-345.

Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, Recherche en soins infirmiers, 2010, n°102, p 23-34

Stern J.A, Brown M., Ulett A., Sletter I. A comparaison of hypnosis, acupuncture, morphine, valium, aspirin et placebo in management of experimentally induced pain, Annals of the New York academy of sciences; 1977, p175-193

RAPPORTS

Berland Y. Rapport sur la coopération des professions de santé : le transfert de taches et de compétences, Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2003

Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Thérapies complémentaires : acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi, leur place parmi les ressources de soin, Paris : Académie Nationale de Médecine ; 2013

Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, Paris : Institut National de la santé et de la recherche médicale ; 2015

THESE

Bosc A. Les représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose, Paris, Université Paris XI, 2013, 92 pages,

WEBOGRAPHIE

Définitions de l'hypnose, disponible sur <http://hypnose.com.fr/definitions-hypnose.htm> (consulté le 25/11/2016)

Dictionnaire, disponible sur <http://www.cnrtl.fr> (consulté à de nombreuses reprises)

Hypnose Ericksonienne, disponible sur <http://www.hypnose-ericksonienne.com> (consulté le 23/11/2017)

Thésaurus médical, disponible sur <http://www.ameli> (consulté le 15/12/2017)

ANNEXE I : CHARTE ETHIQUE DE L'INSTITUT FRANÇAIS D'HYPNOSE

Article 1.-L'intérêt et le bien-être du patient ou du sujet expérimental doivent toujours constituer un objectif prioritaire.

1.1.-L'hypnopraticien respectera les standards de relation patient-thérapeute qui correspondent au champ dans lequel la pratique de l'hypnose est impliquée.

1.2.-Des conditions de sécurité adéquates et l'accord informé du patient ou du sujet seront requis pour toute situation exposant le patient à un stress inhabituel ou à tout autre risque.

Article 2.-L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou pour l'activité de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.

Article 3.-L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.

Article 4.-L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques, sera proscrite.

Article 5.-L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées (cf. ci-dessus point 2):

5.1.-L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels où doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose: Médecins, Dentistes, Psychologues, Infirmiers. Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste conditionné à l'obtention de la qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les professions paramédicales, la mise en place d'une structure de travail supervisée, selon le champ d'application, par un hypnopraticien médecin, psychiatre, psychologue ou chirurgien-dentiste, est recommandée.

5.2.- La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est encouragée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement, il est demandé aux hypnopraticiens formés par l'I.F.H. d'éviter toute action (communications, publications, etc.) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant de celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec la magie et les para-sciences) et simpliste et incitant par là-même, à une pratique non qualifiée.

ANNEXE II : MICRO TROTTOIR

Bonjour, je m'appelle Annie BRIAND, je suis étudiante à l'Université Paris Dauphine en Master I « Gestion et économie de la Santé ». Dans le cadre de mon mémoire, je fais une étude la pratique de l'hypnose conversationnelle à l'hôpital.

Acceptez- vous de participer à cet entretien qui restera anonyme?

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien pour faciliter la transcription de mes notes ?

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ? (âge, situation familiale)

Question 2 : Puis-je connaître votre profession ?

Question 3 : Qu'est-ce que suggère l'hypnose pour vous ?

Question 4 : Connaissez-vous la pratique de l'hypnose à l'hôpital ?

Relance 1: si oui, dans quelles circonstances avez-vous eu connaissance de cette technique ?

Relance 2 : Pouvez-vous me dire dans quelles circonstances, elle a été utilisée (vous en avez entendu parler)?

Question 5 : Quels intérêts voyez-vous à cette pratique de l'hypnose à l'hôpital?

Question 6 : Avez vous eu l'expérience d'un pansement douloureux ? Si oui, racontez.

Question 6bis : L'hypnose conversationnelle est une technique relationnelle entre le soignant et le patient (qui passe par le verbe, le regard, le mimétisme...). Elle permet de vous détacher de la réalité du moment pendant un pansement douloureux, seriez-vous prêt à accepter cette technique pour le pansement dont vous venez de me parler?

Relance 1: Si non, pourquoi?

Relance 2 : Quels seraient les arguments pour vous convaincre d'accepter cette pratique ?

Question 7 : avez-vous des remarques supplémentaires sur l'hypnose à me communiquer ?

Je vous remercie de votre disponibilité.

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN IDE FORMÉE HYPNOSE

DATE

LIEU

Bonjour, je m'appelle Annie BRIAND, je suis étudiante à l'Université Paris Dauphine en Master I « Gestion et économie de la Santé ». Dans le cadre de mon mémoire, je fais une recherche sur l'impact de la pratique de l'hypnose sur le métier d'infirmière.

Acceptez-vous de participer à cet entretien ?

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien pour faciliter la transcription de mes notes ?

THEME 1 : PRESENTATION DE LA PERSONNE

Q1 : Pouvez-vous vous présenter ? Caractéristiques personnelles (âge, situation familiale)

Q2 : Quel est votre parcours professionnel ? Situé la pratique de l'hypnose dans son parcours professionnel

Q3 : Pouvez-vous me dire ce qui vous a amené à choisir le métier d'infirmière ? Conception personnelle du métier

Q4 : Qu'est-ce qui vous paraît essentiel dans le métier d'infirmière ? Conception personnelle du métier

Q5 : De votre point de vue, exercez-vous votre métier aujourd'hui comme vous l'exerciez quand vous avez commencé ? Différentiel début/aujourd'hui

QR : Qu'est-ce qui a changé ? Évolution ressentie du métier

Q6 : Comment expliquez-vous ces changements ? Raisons de l'évolution

QR : Qu'en pensez-vous ? Convictions personnelles

THEME 2 : PRATIQUE DE L'HYPNOSE

Q7 : Comment avez-vous découvert la pratique de l'hypnose conversationnelle dans le soin ? Racontez. Circonstances de la découverte de l'hypnose

QR Quel a été votre processus d'intégration de l'hypnose ?

QR : À quel moment dans votre carrière ? Rapport métier/hypnose

Q8 : Qu'est-ce qui vous motive dans cette pratique ? Ce qui la pousse à pratiquer

QR : Qu'est-ce qui vous intéresse ? Avantage personnel, professionnel, autre

Q9 : Pourquoi avoir choisi de vous former à l'hypnose conversationnelle ? Motif de la formation

Q10 : À quel moment de votre carrière avez-vous fait cette formation ? Besoins de la formation/expérience

Q11 : Est-ce une formation personnelle ou institutionnelle ? Opportunité ou choix délibéré

Q12 : Pour quels types de soin, utilisez-vous cette technique ? Limites de la pratique

Q13 : Qu'est-ce qui vous fait choisir l'hypnose plutôt qu'une autre technique (médicamenteuse ou autres) Prescription médicale ? Pertinence de l'hypnose/médicament

Prévenez-vous le patient qu'il y aura moins d'antalgique ? Qui pourrait freiner son désir d'hypnose.

Q14 : L'utilisez-vous dès que vous pensez que c'est possible ? Fréquence d'utilisation dans la pratique du métier

- Systématiquement ?
- À quelles fréquences (jour, semaine)?

Q15 : Racontez-moi comment vous proposez l'hypnose au patient. Consentement du patient-représentation sociale

QR : Parlez-moi du moment du choix du patient. À quel moment de la présentation l'exprime-t-il ? Savoir le moment où il comprend ce qu'est l'hypnose conversationnelle

Qu'est-ce que vous donnez comme information au patient ?

QR : a-t-il toutes les données pour faire un choix ?

Q16 : Y a-t-il des patients pour qui vous savez rapidement s'ils vont accepter ou refuser ?

QR : À votre avis, y a-t-il des profils type ? Lesquels ?

Q17 : Pouvez-vous m'expliquer comment se passe la prise en soin d'un patient avec cette technique ? Déroulement d'un soin avec hypnose

Qui choisit les personnes qui vont avoir recours à l'hypnose ? Vous ?

Quels sont vos critères de choix ?

Q18 : Vous venez de me citer un certain nombre d'avantages. De votre point de vue, qui profite de ces avantages ? Bénéfices de la pratique

Q19 : Et pour les inconvénients, de votre point de vue, qui les subit ? Pouvez-vous illustrer avec une situation ? Désavantages

Q20 : Qu'est-ce que cela vous apporte personnellement ? Dans la prise en charge du patient ? Dans le service ? Dans votre métier ? Dans votre vie ? Bienfondés de la pratique

Relance : Est-ce que c'est un « plus » pour vous dans la prise en soin ? En quoi est-ce un « plus » ? Apport de l'hypnose/autre technique

THEME 3 : HYPNOSE DANS LE SERVICE

Q21 : Quelle est l'origine de la pratique de l'hypnose dans le service ? Qui, pourquoi et comment ? Les débuts de l'hypnose dans le service

QRelance : Connaissez-vous la situation qui a amené à cette pratique ? Racontez

Q22 Y a-t-il un projet à propos de l'hypnose conversationnelle dans le service? Personnel ? Médical ? Institutionnel ? Qui porte le projet

Q23 : Quel en est l'objectif ? But recherché

Q24 : Comment a-t-il été élaboré ? Quel processus

Q25 : Où vous situez-vous dans ce projet ? Implication dans le projet

Q26 : Quels ont été les leviers, si vous les connaissez ? Quels moyens utilisés

Relance : Pouvez-vous me raconter des faits précis qui illustrent ces leviers ?

Q27 : Quels ont été les freins, si vous les connaissez ? Quels obstacles rencontrés

Relance : Pouvez-vous me raconter des faits précis qui illustrent ces freins?

Q28 : Quelles ont été les répercussions dans les pratiques du service ? Place de l'hypnose aujourd'hui dans le service

- Pour les patients (représentation sociale de l'hypnose)
- Pour le personnel (hypnose devient une pratique courante ?)
- Par rapport à l'utilisation des pratiques médicamenteuses habituelles. (évolution des protocoles ?)

Q29 : Aujourd'hui combien d'IDE sont formées ? Développement de l'hypnose par les IDES

Q30 : Est-ce que pour tous les soins pouvant avoir recours à l'hypnose, une IDE intervient ? Développement de l'hypnose dans les soins

QR : si oui, comment cela est organisé ? Organisation formelle ?

QR : si non pourquoi ? Quels freins ?

QR : y a-t-il des moments liés à l'organisation du service où vous ne pouvez pas pratiquer ?

QR pensez-vous que cette pratique infirmière peut être un levier dans la notoriété/ réputation du service ?

Y a-t-il rivalité avec les médecins ?

THEME 4 : EFFET SUR LE COLLECTIF IDE

Q31 : Dans le service, comment est ressentie votre pratique de l'hypnose ? Comment le service vit la pratique de l'hypnose

- Au commencement
- Aujourd'hui

Q32 : Quelles difficultés avez-vous rencontré ? Faits précis Obstacles à la pratique

Q33 : Comment avez-vous réagi ? Racontez Stratégies d'adaptation de l'IDE formée

Q34 : Quelles aides avez-vous eues ? Racontez Alliées ?

Q35 : Comment comprenez-vous les personnes qui vous ont aidées Stratégies d'adaptation des collègues

- et celles qui ont été une entrave ?

Q36 : Est-ce que de votre point de vue, votre pratique de l'hypnose a eu une influence sur vos relations avec vos collègues IDE ? Si oui, quelle a été cette influence ? Perte ou gain dans les relations professionnelles

Relance : Pouvez-vous me raconter des faits précis ?

Q37 : Comment percevez-vous ces modifications ? Ressentis sur ses relations avec ses collègues

Relance : Pouvez-vous me raconter des faits précis ?

THEME 5 : ASPECTS REGLEMENTAIRES

Q38 : Connaissez-vous le cadre réglementaire de la pratique de l'hypnose ? Connaissance de l'illégalité de la pratique

Q39 : Ressentez-vous le besoin d'un cadre réglementaire ? Envie de légaliser pour une reconnaissance de la pratique

Q40 : En quoi avez-vous besoin d'un cadre réglementaire ? Raisons de la reconnaissance législative de la pratique

Q41 : Que proposeriez-vous comme cadre ? Implication/détermination de l'IDE formée

THEME 6 : CONCEPTION RELATION SOIGNANT SOIGNE

Je vais vous relater un soin sous hypnose.

Q42 : Que pensez-vous de la façon dont l'IDE réagit ? Apport de l'hypnose pour l'IDE dans la relation

Q43 : Que pensez-vous de la façon dont le patient réagit ? Apport de l'hypnose pour le patient dans la relation

THEME 7 : FORMATION HYPNOSE

Q44 : Pensez-vous que la formation en hypnose conversationnelle devrait faire l'objet d'un apprentissage en IFSI ?

- pourquoi ? Rendre cette technique reconnue par une formation

QUESTION DE FIN

Q45 : Avez-vous des remarques supplémentaires à me transmettre?

FICHE SIGNALETIQUE

Nom

Prénom

Age : entre 20 et 30ans - entre 30 et 40ans - entre 40 et 50ans

Situation familiale

Enfants

Je vous remercie.

ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN IDE NON FORMÉE HYPNOSE

DATE

LIEU

Bonjour, je m'appelle Annie BRIAND, je suis étudiante à l'Université Paris Dauphine en Master I « Gestion et économie de la Santé ». Dans le cadre de mon mémoire, je fais une recherche sur l'impact de la pratique de l'hypnose sur le métier d'infirmière.

Acceptez-vous de participer à cet entretien ?

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien pour faciliter la transcription de mes notes ?

THEME 1 : PRESENTATION DE LA PERSONNE

Q1 : Pouvez-vous vous présenter ? Caractéristiques personnelles (âge, situation familiale)

Q2 : Quel est votre parcours professionnel ? Situé la pratique de l'hypnose dans son parcours professionnel

Q3 : Pouvez-vous me dire ce qui vous a amené à choisir le métier d'infirmière ? Conception personnelle du métier

Q4 : Qu'est-ce qui vous paraît essentiel dans le métier d'infirmière ? Conception personnelle du métier

Q5 : De votre point de vue, exercez-vous votre métier aujourd'hui comme vous l'exerciez quand vous avez commencé ? Différentiel début/aujourd'hui

QR : Qu'est-ce qui a changé ? Évolution ressentie du métier

Q6 : Comment expliquez-vous ces changements ? Raisons de l'évolution

QR : Qu'en pensez-vous ? Convictions personnelles

THEME 2 : PRATIQUE DE L'HYPNOSE

Q7bis : Connaissez-vous la pratique de l'hypnose dans le soin ?

- Si oui dans quelles circonstances ? Circonstances de la découverte de l'hypnose

Q11Bis : de votre point de vue, est-ce une technique exotique, une technique parallèle ou une technique conventionnelle ? Perception technique différente

QR : Expliquez-moi pourquoi ?

Q12 : Savez-vous pour quels types de soin, est utilisée cette technique ? Limites de la pratique

Q13 : Savez-vous pourquoi l'hypnose est choisie plutôt qu'une autre technique ? Prescription médicale ? Pertinence de l'hypnose/médicament

Q14 : Savez-vous si elle est utilisée dès que cela est possible ? Fréquence d'utilisation

Q16 : A votre connaissance, y a-t-il des patients qui refusent cette technique ? Limites de l'hypnose dans le soin

QR : Savez-vous pourquoi ?

Q18 : De votre point de vue, y a-t-il des avantages? (illustration si possible)

QR : Pour qui ? Bénéfices supposés de la pratique

Q19 : Et pour les inconvénients, de votre point de vue, qui les subit ? Pouvez-vous illustrer avec une situation ? Désavantages supposés

Q20 : Qu'est-ce que cela peut apporter ? Au soignant ? Au patient ? Dans la prise en charge du patient ? Dans le service ? Dans votre métier ? Bienfondés de la pratique

Relance : Est-ce que c'est un « plus » pour vous dans la prise en soin ? En quoi est-ce un « plus » ? Apport de l'hypnose/autre technique

Q20bis : Pourquoi ne pas avoir choisi de vous former ?

THEME 3 : HYPNOSE DANS LE SERVICE

Q21 : Quelle est l'origine de la pratique de l'hypnose dans le service ? Qui, pourquoi et comment ? Les débuts de l'hypnose dans le service

QRelance : Connaissez-vous la situation qui a amené à cette pratique ? Racontez

Q22 Y a-t-il un projet à propos de l'hypnose conversationnelle dans le service? Personnel ? Médical ? Institutionnel ? Qui porte le projet

Q23 : Quel en est l'objectif ? But recherché

Q24 : Comment a-t-il été élaboré ? Quel processus

Q25bis : Comment cela vous a été présenté ? Par qui ? Stratégie de mise en place pour amener cette innovation

Q28 : Quelles ont été les répercussions dans les pratiques du service ? Place de l'hypnose aujourd'hui dans le service

- Pour les patients (représentation sociale de l'hypnose)
- Pour le personnel (hypnose devient une pratique courante ?)
- Par rapport à l'utilisation des pratiques médicamenteuses habituelles. (évolution des protocoles ?)

Q29 : Aujourd'hui combien d'IDE sont formées ? Développement de l'hypnose par les IDES

Q30 : Est-ce que pour tous les soins pouvant avoir recours à l'hypnose, une IDE intervient ? Développement de l'hypnose dans les soins

QR : si oui, comment cela est organisé ? Organisation formelle ?

QR : si non pourquoi ? Quels freins ?

QR si vous ne souhaitez pas participer, comment cela se passe-t-il ?

Cela perturbe t'il l'organisation du service ?

THEME 4 : EFFET SUR LE COLLECTIF IDE

Q31 : Dans le service, comment est ressentie la pratique de l'hypnose ? Comment le service vit la pratique de l'hypnose

- Au commencement
- Aujourd'hui

Q33 : Comment avez-vous réagi à l'arrivée de cette pratique? Racontez Stratégies d'adaptation de l'IDE Alliées ?, entrave ?

QR : et aujourd'hui ? Évolution de l'hypnose dans le soin et dans le métier

Q35 bis : Est-ce que tout le monde a réagi comme vous ? Stratégies d'adaptation des collègues

QR : Comment comprenez-vous les réactions de ces personnes ? Faits précis

Q36 : Est-ce que de votre point de vue, la pratique de l'hypnose a eu une influence sur vos relations avec vos collègues IDE formée à l'hypnose? Si oui, quelle a été cette influence ? Perte ou gain dans les relations professionnelles

Relance : Pouvez-vous me raconter des faits précis ?

Q37 : Comment percevez-vous ces modifications ? Ressentis sur ses relations avec ses collègues

Relance : Pouvez-vous me raconter des faits précis ?

Q37bis : Quel est votre regard sur l'hypnose dans le soin aujourd'hui ? Évolution des représentations sur l'hypnose dans le soin et dans le métier

THEME 5 : ASPECTS REGLEMENTAIRES

Q38 : Connaissez-vous le cadre réglementaire de la pratique de l'hypnose ? Connaissance de l'illégalité de la pratique

Q39 : Ressentez-vous le besoin d'un cadre règlementaire ? Envie de légaliser pour une reconnaissance de la pratique

Q40 : En quoi avez-vous besoin d'un cadre réglementaire ? Raisons de la reconnaissance législative de la pratique

Q41 : Que proposeriez-vous comme cadre ? Implication/détermination de l'IDE

THEME 6 : FORMATION HYPNOSE

Q44 : Pensez-vous que la formation en hypnose devrait faire l'objet d'un apprentissage en IFSI ?

QR : systématique ?

QR : optionnel ?

- pourquoi ? Rendre cette technique reconnue par une formation

QUESTION DE FIN

Q45 : Avez-vous des remarques supplémentaires à me transmettre?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom

Prénom

Age : entre 20 et 30ans - entre 30 et 40ans - entre 40 et 50ans

Situation familiale

Enfants

Je vous remercie.

ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT

DATE

LIEU

Bonjour, je m'appelle Annie BRIAND, je suis étudiante à l'Université Paris Dauphine en Master I « Gestion et économie de la Santé ». Dans le cadre de mon mémoire, je fais une recherche sur l'impact de la pratique de l'hypnose sur le métier d'infirmière.

Acceptez- vous de participer à cet entretien ?

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien pour faciliter la transcription de mes notes ?

THEME 1 : PRESENTATION DE LA PERSONNE

Q1 : Pouvez-vous vous présenter ? Age

QR : Quelle est votre profession ?

THEME 2 : L'HOSPITALISATION

Q2 : Depuis quand êtes-vous hospitalisé ?

Q3 : Pouvez-vous me dire quels sont les soins que vous recevez ?

THEME 3 : L'HYPNOSE

Q4 : Recevez-vous des soins sous hypnose ?

QR : Quels soins ?

QR : Combien de fois depuis le début de votre hospitalisation ?

Q5 : Recevez-vous des soins sans hypnose ?

QR : Quels soins ?

QR : Combien de fois depuis le début de votre hospitalisation ?

Q6 : Que connaissiez de l'hypnose avant l'hospitalisation ?

Q6bis : Saviez-vous que l'on pratiquait l'hypnose dans cet hôpital ?

Q7 : Avez-vous été demandeur d'un recours à l'hypnose pour un soin au cours de l'hospitalisation ?

QR : Pour quels types de soins ?

QR : Avez-vous été satisfait dans votre demande ?

Si non, savez-vous pourquoi ?

Q8 : Comment vous a-t-on proposé le soin sous hypnose ?

Q9: Qui vous l'a proposé ?

Q10 : Pourquoi avez-vous accepté ?

Q11 : Pouvez-vous me raconter votre expérience de soin sous hypnose ?

Q12 : Quels ont été les avantages pour vous ? Au moment du soin, dans les suites immédiates, au cours de l'hospitalisation

Q13 : Et quels ont été les inconvénients ?

Q14 : Si tous les soins étaient faits sous hypnose, seriez-vous d'accord ?

QR : pourquoi ?

QR : Pour quels types de soins seriez-vous favorable ?

Q15 : Auriez-vous des remarques supplémentaires à me transmettre ?

ANNEXE VI : GUIDE D'ENTRETIEN CADRE SUPERIEUR DE SANTE

DATE

LIEU

Bonjour, je m'appelle Annie BRIAND, je suis étudiante à l'Université Paris Dauphine en Master I « Gestion et économie de la Santé ». Dans le cadre de mon mémoire, je fais une recherche sur l'impact de la pratique de l'hypnose sur le métier d'infirmière.

Acceptez- vous de participer à cet entretien ?

M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien pour faciliter la transcription de mes notes ?

THEME 1 : PRESENTATION DE LA PERSONNE

Q1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Q2 : Quel est votre parcours professionnel ?

Q3 : Quelle est votre fonction dans le cadre de la pratique de l'hypnose ?

Q4 : À quel moment avez-vous été impliquée ?

Q5 : Savez-vous pourquoi ce poste a été créé ?

THEME 2 : PRATIQUE DE L'HYPNOSE

Q4 : Quelles sont les origines de la pratique de l'hypnose au niveau de l'institution ?

QR : Depuis quand ?

QR : Comment cela s'est-il développé ?

Q5 : Pouvez-vous m'expliquer ce qui motive l'établissement à soutenir le développement de l'hypnose ?

Q6 : Pouvez-vous m'expliquer ce qui motive l'établissement à organiser des formations ?

Q7 : Pour quelle finalité ?

Dans quel délai ?

Q8 : Dans quelle politique institutionnelle la pratique de l'hypnose s'inscrit elle ?

Q9 : Pouvez-vous me dire qui pratique l'hypnose dans l'établissement ? (ide-médecin-sage-femme...)

Q10 : Cela concerne combien de professionnels ?

Q11 : Cela concerne combien de services ? Combien de patients ?

THEME 3 : FORMATION

Q12 : Quel est l'objectif de formation concernant l'hypnose ?

THEME 4 : ASPECTS REGLEMENTAIRES

Q : Comment est organisé la pratique de l'hypnose dans l'établissement ?

Q34 : Connaissez-vous le cadre réglementaire de la pratique de l'hypnose ?

Q37 : Quel cadre réglementaire est institué au sein de l'établissement ?

Q36 : En quoi avez-vous besoin d'un cadre réglementaire ?

Q35 : Ressentez-vous le besoin d'un cadre réglementaire ?

THEME 5 : COMMUNICATION

Q13 : Comment communiquez-vous autour de l'hypnose ?

- Interne
- Externe

Q14 : Pensez-vous que l'hypnose participe à la renommée de l'établissement ?

QUESTION DE FIN

Q41 : Avez-vous des remarques supplémentaires à me transmettre ?

FICHE SIGNALETIQUE

Nom

Prénom

Age

Situation familiale

Enfants

L'activité de l'infirmière est de plus en plus technique. La recherche médicale, les nouveaux matériaux, les nouvelles technologies de l'information et de la communication éloignent ainsi, le professionnel du patient. Depuis peu apparait dans le paysage hospitalier, la pratique de l'hypnose comme technique relationnelle utilisée pour soigner. L'hypnose, connue depuis de nombreuses années est souvent représentée par la société comme un spectacle mais reste un outil thérapeutique pour les médecins. L'arrivée de cette technique dans le champ infirmier est très récente. Circonscrire l'hypnose et ses pratiques, nous a amené à vouloir analyser la trajectoire de l'hypnose en soins infirmiers comme une innovation thérapeutique ?

Une approche compréhensive par entretien semi-directifs auprès de professionnels de santé d'un établissement (infirmiers, cadre de santé, médecin) et d'un patient nous a permis de réaliser ce travail de recherche que nous avons construit autour du processus d'innovation décrit par Norbert Alter, sociologue français.

Si l'engagement des infirmières utilisant l'hypnose dans les soins, est évident, il semble que l'intensité varie en fonction de l'ancienneté de la pratique. Au niveau des services de soins, les collègues acceptent la pratique car elles y trouvent des intérêts mais l'organisation n'est pas adéquate ce qui peut amener de la frustration. Quant à l'institution, elle commence seulement à prendre en compte cette pratique. Elle prend ainsi la main sur la formation mais encore peu sur la gestion des ressources humaines. Actuellement, la trajectoire de la pratique de l'hypnose n'est pas complète pour être qualifiée d'innovation car elle n'est pas routinière. Mais elle s'insère dans une pratique d'attention au patient par une relation soignant/soigné importante qui, aujourd'hui est un des enjeux dans la prise en charge des patients.

MOTS CLES

Hypnose-Innovation-Institution-Pratique infirmière-Relation soignant/soigné-
Représentation sociale