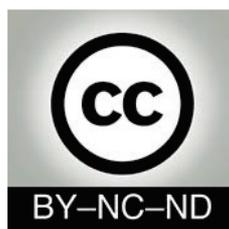




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard  Lyon 1



ANNÉE 2020

N°330

HYPNOSE AUX URGENCES : INTÉRÊT POUR LES SOIGNANTS DANS LA GESTION DES FAITS DE VIOLENCE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **1^{er} Octobre 2020**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

Fanny MOREAU

Née le 22 Septembre 1992 à Roussillon

Sous la direction du **Dr Didier BRODSKY**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2019-2020

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

Damien VERHAEGUE

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain MOUGNIOTTE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition - Endocrinologie
LAVILLE Maurice	Thérapeutique - Néphrologie
LINA Gérard	Bactériologie
MION François	Physiologie
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY - CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PAPAREL Philippe	Urologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie

PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RUFFION Alain	Urologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BELOT Alexandre	Pédiatrie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHO Tae-hee	Neurologie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FRANCO Patricia	Physiologie - Pédiatrie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie -
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence
THAI-VAN Hung	Physiologies - ORL
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie
YOU Benoît	Cancérologie

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard	Cardiologie
----------------	-------------

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DIJOUR Frédéric	Anatomie et Cytologie pathologiques
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie - Neurologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey	Immunologie
SUJOBERT Pierre	Hématologie - Transfusion
VALOUR Florent	Mal infect.
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2^{ème} Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne - Gériatrie
KOPPE Laetitia	Néphrologie
PETER DEREK	Physiologie - Neurologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Bio statistiques
VISTE Anthony	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise
SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MOYEN Bernard	Orthopédiste
PACHECO Yves	Pneumologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
TEBIB Jacques	Rhumatologie

Le Serment d'Hippocrate

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

Aux membres de mon jury :

À Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je tenais à vous remercier pour votre accompagnement durant ces années d'internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Pierre Yves GUEUGNIAUD

Vous m'avez fait l'honneur de faire partie de mon jury et de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Frédéric AUBRUN

Vous m'avez fait l'honneur de faire partie de mon jury et de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Didier BRODSKY

Je tiens à te remercier d'avoir accepté sans réserve d'encadrer cette thèse. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue pendant ces années. Merci pour tes livraisons quotidiennes de relectures et pour tes précieux commentaires. Et surtout merci tout particulièrement pour ton regard toujours bienveillant sur mon travail et pour les discussions passionnantes depuis mon premier semestre.

Aux soignants rencontrés durant ce travail de thèse

Merci pour votre confiance et pour tous ces récits riches et passionnants que vous m'avez confiés. Vous avez définitivement fini de me convaincre sur les bienfaits de l'hypnose.

Aux soignants de l'Hôpital Saint Joseph Saint Luc des urgences et de l'USIC

Merci pour tout ! Merci pour votre accueil chaleureux durant ces deux semestres incroyables. J'ai énormément appris à vos côtés et j'ai adoré travailler avec vous. J'ai hâte de revenir !

A mes parents, merci de m'avoir offert la chance de réaliser mes rêves et mes projets personnels et professionnels. Merci de m'avoir permis de devenir la femme forte et indépendante que je suis aujourd'hui. Je n'en serai pas là aujourd'hui sans votre soutien sans faille et votre amour dans les bons comme les mauvais moments. Cette thèse, elle est pour vous.

A Chou, merci pour ton soutien toutes ces années. Merci pour tous les souvenirs pendant les années de coloc', pour tous les rires et les histoires partagés depuis toujours. Je t'ai regardée grandir et t'épanouir pour devenir la femme forte que tu es aujourd'hui. Tu es une incroyable soignante, dans toutes ses dimensions.

A Julien, mon amour, merci d'être entré dans ma vie. Merci pour les rires et le bonheur que tu m'offres au quotidien. Ton soutien indéfectible et tes encouragements dans tout ce que j'entreprends sont mon moteur et ma force. Tu m'as fait sortir de ma carapace. Je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ce que tu m'apportes depuis le premier jour. Tu rends ma vie plus belle. J'ai tellement hâte de réaliser tous nos projets. Je t'aime infiniment.

A Alice, mon binôme depuis la P1. Dix ans d'amitié ! Merci pour ta sagesse et ta folie, pour les innombrables fous rires et les discussions sans fin. Ma vie serait bien trop fade sans toi, quelle chance j'ai de t'avoir trouvée. Je re-signe pour 10 ans de rires et de cocktails ! Parce que comme tu l'as dit : on commence ensemble, on finit ensemble !

A Margaux, ma sœur de cœur. Mon chat tu sais déjà tout ! Merci pour ces années merveilleuses de rire et d'amour depuis le Cha et merci d'avoir mis Ju sur ma route. Tu es la personne la plus forte et sincère que je connaisse. Je repars en Crète manger du poisson grillé sur la plage quand tu veux ! Tu es tellement importante pour moi. Je t'aime !

A Camille, merci pour les coups de téléphone de 2h ou les verres en terrasse pour refaire le monde et extérioriser nos frustrations. Merci pour ces folles années d'internat et ces gardes de la mort partagées à l'HFME. Compte sur moi quand tu veux pour une bière, du saucisson et une discussion endiablée, à Paris ou à Lyon.

A Marie, Thibault et toute l'équipe de l'USIC merci pour ce stage incroyable de 7 mois. Merci pour votre accueil incroyable, votre gentillesse et votre transmission. Merci pour les vendredis burger-vin ! J'ai adoré travailler avec vous et toute l'équipe ! Ce stage restera gravé (surtout la dernière journée !!!) !

A tous mes co-internes, merci pour les moments partagés et les expériences vécues tout au long de ces années. En espérant vous recroiser ici ou ailleurs !

SOMMAIRE

Le Serment d'Hippocrate.....	3
Remerciements	8
INTRODUCTION	13
CONTEXTE.....	16
I. La violence	16
A. Définition Générale.....	16
B. État des lieux de la violence en France	16
C. Le cas de la violence à l'hôpital.....	17
D. La violence dans les services d'urgences	19
E. Les causes retrouvées et hypothèses avancées.....	19
1. Causes liées au patient.....	20
2. Causes liées aux services d'urgences	20
F. Les conséquences de la violence	22
G. Les solutions envisagées	22
II. Et l'hypnose dans tout ça ?	23
A. Définition	23
B. Un peu d'histoire	24
C. Hypnose formelle et conversationnelle	25
D. Et ça marche ?.....	27
E. Apport dans la relation de soin	27
F. Application en médecine	28
G. Son utilisation en service d'urgence	29
III. Justification du travail	29
MATERIEL ET MÉTHODE.....	31
I. Recherche bibliographique	31
II. Type d'étude	32
III. Autorisation.....	33
IV. Population d'étude et recrutement.....	33
V. Recueil des données et réalisation des entretiens	34
A. Cadre et environnement:.....	34
B. Déroulé des entretiens:	34
C. Recueil des caractéristiques démographiques :.....	35
D. Durée des entretiens:	35
VI. Guide d'entretien.....	35
VII. Analyse des données.....	36
A. Transcription	36
B. Codage	36
RÉSULTATS.....	38
I. Recueil des données et codage	38
A. Caractéristiques de la population et des entretiens	38
B. Arbre de codage des entretiens.....	40

II.	Analyses des données	41
A.	Le rapport à la violence.....	41
1.	Confrontation à la violence	41
2.	Type de violence.....	41
3.	Profil des gens violents et causes de violence	42
4.	Vécu et ressenti.....	44
5.	Appréhension	44
B.	L'utilisation de l'hypnose et ses techniques	45
1.	Dans quelles situations.....	45
2.	Objectif de l'hypnose	47
3.	Techniques utilisées	48
a)	Discours	48
b)	Ton de la voix et le débit de parole	49
c)	Attitude et Posture	50
d)	Techniques de respiration	51
e)	Utilisation et intégration de l'hypnose dans la pratique	51
4.	Hypnose comme prise en charge globale	53
5.	Réaction du patient.....	54
C.	L'hypnose comme élément d'évolution du ressenti de la violence.....	55
1.	Changement dans la gestion de la violence	55
2.	Nombre de situations violentes rencontrées.....	55
D.	Relation soignant-soigné.....	56
E.	Bénéfice personnel	58
F.	Freins et Réserves	59
1.	Liés au patient	59
2.	Liés au service d'urgences.....	61
3.	Liés aux soignants.....	62
4.	Liés à leurs propres limites.....	62
5.	Liés à la formation.....	63
6.	Absence de frein.....	63
G.	Formation dédiée.....	63
	DISCUSSION	66
I.	L'étude.....	66
II.	La méthode.....	66
A.	Méthode qualitative: forces et limites.....	66
B.	Echantillon: forces et limites.....	67
C.	Entretien: forces et limites.....	68
D.	Retranscription et analyse des données	69
III.	Discussion des résultats	70
A.	Le rapport à la violence.....	70
B.	L'utilisation de l'hypnose et ses techniques	72
C.	L'hypnose comme élément d'évolution du ressenti de la violence	75
D.	Bénéfice personnel de la pratique de l'hypnose.....	75
E.	Les freins	76
F.	Formation d'hypnose dédiée à la violence	78
IV.	Perspectives	78
	CONCLUSIONS	Erreur ! Signet non défini.
	BIBLIOGRAPHIE.....	82

INTRODUCTION

Les services d'accueil des urgences sont des services de soins ouverts à tous, et ce, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Bien souvent considérés comme le premier contact du patient avec l'Hôpital, ils sont, de facto, en première ligne face à la souffrance, la détresse, la douleur et le stress. L'ensemble de ces éléments font des urgences un lieu propice aux violences.

Le phénomène de violence à l'hôpital est connu et décrit depuis le milieu des années quatre-vingt, époque à laquelle on retrouve la première étude nationale américaine visant à établir un état des lieux de la violence dans les services d'urgences. (1)

Dans le courant des années 2000 en France, s'opère une véritable prise de conscience de la part des pouvoirs publics menant à la publication d'une circulaire le 15 décembre 2000 relative à la prévention et l'accompagnement des situations de violence en milieu hospitalier. (2)

La création en 2005 de l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier, qui deviendra en 2012 l'Observatoire National des Violences en milieu de santé (ONVS) pour s'élargir à tous les établissements sanitaires comme médico-sociaux, lance le début d'un recensement national des phénomènes de violence en milieu de santé avec la publication annuelle d'un rapport détaillé.

Le dernier rapport en date (2019) de l'ONVS montre que 23360 signalements d'actes de violences ont été faits par les professionnels de santé sur la plateforme dédiée dont 80% sont des signalements d'atteintes aux personnes. (3) A noter que l'ampleur véritable du phénomène est globalement sous-estimée en raison de l'absence de signalement systématique et donc de la non-exhaustivité des données. Ce constat, réalisé au niveau national, semble se vérifier à l'échelle mondiale comme le montrait déjà en 2002 le rapport de synthèse réalisé par V. Di Martino. Selon ce rapport, 46% à 75,8% des personnels soignants de sept pays à travers le monde aurait fait l'expérience de violence au travail au cours de l'année précédente. (4)

Selon l'ONVS, les trois spécialités médicales qui apparaissent comme étant les plus impactées par ces violences sont la psychiatrie, la médecine d'urgence et la gériatrie, la médecine d'urgence représentant à elle seule 16% des signalements soit un total de 3450 faits signalés pour l'année 2018. (3) Les conséquences directes de ces violences sur les professionnels de santé en termes de stress, de dévalorisation, d'épuisement voir de burn out et de symptôme de stress post traumatique sont désormais reconnues. (4-7) Il apparaît donc nécessaire de lutter au maximum contre ce phénomène en pleine expansion.

Dans ce contexte, l'utilisation de l'hypnose médicale, longtemps considérée comme une thérapie dite alternative et qui utilise des techniques de communication qui lui sont propres, semble être une proposition intéressante. A l'heure actuelle il est acté que la prise en charge de la douleur, en modulant les composantes sensorielle et affective de celle-ci (8), ainsi que la prise en charge de l'anxiété sont les deux domaines majeurs de son application. (9,10) Son utilisation au sein du service des urgences s'est désormais généralisée. (11,12) Des résultats ont également été apportés quant à son efficacité sur l'anxiété ressentie par les patients notamment lors de la réalisation d'actes médicaux (11,13) mais aussi sur le bénéfice personnel pour les soignants à la pratique de l'hypnose (14) notamment dans la gestion du stress et la prévention du phénomène de burn out. (15,16)

Les champs d'application de l'hypnose sont donc vastes et les bénéfiques qui en découlent multiples et cette pratique commence enfin à trouver sa place dans les services d'urgences. L'hypnose est donc un outil bénéfique à la fois pour les patients et les soignants dans bien des domaines cependant son application dans la gestion de la violence a été très peu étudié.

Ce constat nous a conduit à nous interroger sur l'utilisation de l'hypnose par les soignants dans la gestion de la violence dans les services d'accueil des urgences. Dans quelle mesure cela peut-il être mis en place ? Comment l'hypnose peut-elle être utilisée pour faire face à la violence ? Est-ce un outil généralisable à l'ensemble des soignants ? Quels sont les bénéfices à son utilisation ? En somme, l'hypnose est-elle utile aux soignants des services d'urgences pour gérer la violence qu'ils rencontrent trop régulièrement sur leur lieu de travail ?

Pour apporter une réponse à ces questions, nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de soignants travaillant dans différents services d'urgences et étant formés à l'hypnose. L'objectif principal était de recueillir leur ressenti et leur vécu de la violence au

sein de leur travail, les bénéfices et les limites de la pratique de l'hypnose dans ces conditions mais aussi les appréhensions et les attentes quant à l'apport de l'hypnose dans la gestion de la violence. Les objectifs secondaires concernaient l'évaluation de l'impact de l'hypnose en dehors du cadre de l'hôpital, l'impact global sur la relation de soin et l'intérêt éventuel d'une formation d'hypnose dédiée.

Dans un premier temps, nous présenterons l'état des lieux de la violence dans les services d'urgences et ses définitions clés. Nous nous intéresserons également aux principes de base, aux techniques ainsi qu'aux indications de l'hypnose médicale de façon générale.

Dans un second temps nous présenterons l'étude réalisée, la méthode et les résultats puis nous en présenterons les forces et les faiblesses dans la discussion.

CONTEXTE

I. La violence

A. Définition Générale

Le mot violence a différentes définitions et peut donc prendre différents sens. Il peut aussi bien évoquer un vent violent, une passion violente, qu'une personne ou un acte violent. (17)

Dans le sens qui nous intéresse dans le cadre de cette étude, la violence est définie par le Dictionnaire Larousse comme une « *agression physique ou morale exercée sur une ou plusieurs personnes et réprimée selon l'importance du préjudice subi* ». (18) Cette définition est complétée par celle énoncée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et qui, elle, inclue les conséquences éventuelles sur les victimes de violence en indiquant que cette dernière « *entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.* » (19)

De plus, il apparaît important de faire la distinction entre la notion d'agressivité et celle de violence. Quand on parle de violence cela évoque quelque chose d'objectif, c'est un passage à l'acte : une agression. A contrario, quand on évoque l'agressivité on est du côté subjectif, on parle ici d'un caractère ou d'une disposition. (20)

Comme le stipule le Code pénal, on distingue les atteintes aux biens des atteintes aux personnes. La seconde catégorie, qui nous intéresse tout particulièrement, présente une gradation, en quatre niveaux : injures et provocations sans menaces, menaces d'atteinte à l'intégrité physique, violences volontaires ou menace avec arme et violences avec arme et tout autre fait qualifié de crime. (21)

B. État des lieux de la violence en France

La violence au sein de la société française présente différents niveaux et enjeux en fonction de là où nous nous situons. De la violence d'État à la criminalité ou la délinquance, chacune évolue à son propre rythme au fil du temps et des mutations sociétales.

La difficulté à recenser l'ensemble des faits de violence, criminalité ou délinquance, tient surtout à la volonté ou non de la victime de rapporter ces faits aux autorités. « *La différence entre deux sources tient surtout à la décision de la victime d'informer ou non la police ou la gendarmerie* » affirme Philippe Robert. (22) On l'aura compris il est difficile de mesurer les faits de violence car on mesure en réalité l'activité policière et judiciaire. Malgré le caractère peu fiable et très probablement sous-estimé de ces statistiques on peut néanmoins constater qu'il existe une hausse globale de la délinquance, des homicides (+8%), des violences sexuelles (+12%) et des coups et blessures (+8%) sur l'année 2019 par rapport à 2018. Enfin, il s'avère que cette hausse est généralisée à l'ensemble du territoire français. (23)

C. Le cas de la violence à l'hôpital

Il est vrai qu'associer la violence à l'hôpital peut être à première vue déroutant.

L'hôpital, ce lieu de soins, a dès sa création à l'époque médiévale représenté l'« *expression concrète du principe de la charité évangélique* » ayant pour vocation de porter secours « *aux pauvres, aux malades et aux vieillards* ». (24) L'hôpital a effectué sa mutation passant d'établissement offrant la charité chrétienne à une véritable institution de santé au croisement des avancées médicales et scientifiques, des politiques de santé publique et des enjeux socio-économiques.

L'OMS donne d'ailleurs de l'hôpital la définition suivante : « *L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale.* » (25)

On aurait pu penser, de ce fait, que l'hôpital jouirait d'une certaine immunité vis-à-vis des violences et représenterait en quelque sorte un sanctuaire préservé. Mais sa vocation première d'accueillir la population dans son ensemble, sans distinction, fait entrer en son sein tout ce qui constitue la société actuelle et notamment la violence.

Le phénomène de violence à l'hôpital est connu et décrit depuis le milieu des années quatre-vingt, date à laquelle on retrouve la première étude nationale américaine visant à établir un état des lieux de la violence dans les services d'urgences. (1)

Le 15 décembre 2000, en France, est publiée la circulaire relative à la prévention et l'accompagnement des situations de violence en milieu hospitalier. (2) L'année suivante, le pays prend pleinement conscience de cette problématique avec la publication du rapport sur les violences subies par les professionnels de santé. (26)

Au niveau mondial, l'OMS intègre dès 2002 la violence au travail dans son premier rapport mondial sur les violences et la santé. (27) La violence dans le secteur de la santé est désormais étudiée au niveau mondial afin d'en établir la prévalence, les causes et les conséquences. (7,28) V. Di Martino établit en 2002 dans son rapport de synthèse que la violence au travail touche tous les groupes professionnels mais que les plus touchés sont les médecins, les infirmiers et les ambulanciers. Il ajoute également que 46,7% (au Brésil) à 75,8% (en Bulgarie) des personnels soignants ont déjà fait l'expérience de violence sur leur lieu de travail au cours de l'année précédente. (4)

En 2005, la France crée l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier, qui deviendra en 2012 l'Observatoire National des Violences en milieu de santé (ONVS). Celui-ci permet la création d'une plateforme donnant la possibilité aux soignants de rapporter des faits de violence au travail et ainsi la publication annuelle d'un rapport national faisant l'état des violences en milieu hospitalier. Bien que basés sur la dénonciation des faits de violence par les soignants et donc non exhaustif car non systématique, ce rapport permet la visualisation d'une tendance et de leviers d'action possible.

Le dernier rapport en date de l'ONVS de 2019 fait l'état d'une augmentation des signalements avec un total de 23 360 en 2018, contre 22 048 en 2017. A noter que seulement 426 établissements de santé sur les 3771 que compte la France ont déclarés des faits de violence sous-estimant inévitablement le phénomène. Ces 23 360 signalements renvoient à 34 193 faits ou actes violents à l'encontre de personnes, de niveaux de gravités différents, contre 5615 actes d'atteinte aux biens. Ce rapport met également en évidence que les trois spécialités médicales les plus touchées par ces violences sont la psychiatrie, la gériatrie et la médecine d'urgence, cette dernière représentant à elle seule 16% des déclarations de violence. (3)

D. La violence dans les services d'urgences

La violence dans les services d'urgences a été décrite par de nombreuses études à travers le monde. De l'Allemagne, au Maroc, en passant par le Liban ou la Turquie le constat est le même : la violence est omniprésente au sein des services d'urgences, la plupart des soignants y sont ou y ont été confrontés, peu préparés durant leur formation et déclarent peu les faits violents entraînant ainsi une sous-estimation globale du phénomène. (28–31)

Une revue de la littérature en 2017 menée sur 25 études réalisées dans 9 pays différents a permis de mettre en évidence une augmentation significative de la violence à l'encontre du personnel travaillant au sein des services d'urgences et ce alors que 43% des soignants ne rapportent pas d'agressions physiques. (32) Une autre étude mettait déjà en avant ce problème de défaut de dénonciation avec plus de 80% des faits non dénoncés par les soignants. Les raisons évoquées sont l'impression que la violence fait partie intégrante du travail des services d'urgences, la crainte d'un manque de compréhension de la part de la hiérarchie et la sensation que cette démarche est chronophage et finalement peu utile. (33)

La France n'est pas en reste puisque que les tendances et les chiffres mondiaux concordent avec ceux retrouvés dans les services d'urgences français. A l'instar des autres pays, on note une forte prévalence de la violence dans les services d'urgences, un sentiment que cette violence fait partie intégrante du travail et une sous-estimation des chiffres causée par un faible taux de dénonciation. (3,34,35)

Concernant le type de violence rencontré par les soignants, la violence verbale est de loin la forme la plus rencontrée. Néanmoins de nombreux faits de violence physique sont tout de même rapportés. (4,36–38) Les services d'urgences sont les lieux des hôpitaux où l'on recense le plus de violence verbale, soit 83% des faits rapportés toutes violences confondues. Elles vont des insultes et injures jusqu'aux menaces de mort. En ce qui concerne les violences physiques, les urgences se situent cette fois à la troisième position des spécialités les plus touchées, derrière la psychiatrie et la gériatrie, avec une grande majorité de violence physique volontaire. (3)

E. Les causes retrouvées et hypothèses avancées

Les violences à l'encontre du personnel soignant sont causées très majoritairement (plus de 90%) par les patients eux même, parfois par leurs accompagnants, plus rarement les collègues

de travail. (5,7,39) Les explications avancées pouvant permettre d'expliquer les accès de violence de la part des patients sont assez bien identifiées. On peut les diviser en deux catégories : les causes liées au patient lui-même et celles liées au service des urgences.

1. Causes liées au patient

Une des premières causes évoquées et sur laquelle on ne peut malheureusement pas influencer est la personnalité même du patient. Comme l'affirme M. Michel dans le livre *La violence à l'hôpital*, « *l'hôpital reçoit la population dans toute sa diversité ; il faut donc s'attendre à y rencontrer ceux dont la personnalité est marquée par une dominante agressive.* » (40)

Une autre explication apportée est liée directement à la pathologie du patient et l'angoisse, la douleur et le stress qu'elle provoque. La violence peut alors être une forme d'expression de ce mal être que le patient aurait du mal à verbaliser autrement. De plus, certaines pathologies sont plus susceptibles d'augmenter le niveau de violence notamment les troubles psychiatriques et les états d'agitation ou de démence chez les patients gériatriques. (31,41) Ces violences-là rencontrent généralement, auprès des soignants, une plus grande tolérance car expliquées par la pathologie du patient et donc indépendantes de sa volonté. (42)

En poussant le concept un peu plus loin, comme l'évoque M. Michel, la maladie peut faire ressortir « *la faillibilité de l'être humain et donc sa condition mortelle* », elle provoque ainsi chez certaines personnes une véritable angoisse pouvant conduire à de la violence. (40)

Enfin, la prise d'alcool ou de toxiques, est un facteur majeur favorisant la violence dans les services d'urgences. (43)

2. Causes liées aux services d'urgences

Le point qui semble faire l'unanimité auprès des auteurs mais aussi des acteurs des services d'urgences c'est un temps d'attente jugé trop long. Il revient dans de nombreuses études sur les services d'urgences et bien qu'il ne permette pas d'expliquer à lui seul les faits de violence, il en est parfois le déclencheur. (44)

Ce qui ressort surtout des études c'est que le manque d'information, de communication, d'écoute et d'humanité dans les soins sont de véritables déclencheurs de stress, d'angoisse et donc de violence. (4) Ce qui s'apparente à la maltraitance institutionnelle ressort comme étant

une des causes principales de violences. Elle englobe l'absence de lit disponible, le non-respect de la confidentialité ou de l'intimité du patient ou le défaut d'information donnée. Selon l'étude menée par E. Casalino, sur l'Hôpital Bichat à Paris, 76% des agressions physiques étaient évitables par de simples modifications organisationnelles. (45)

Enfin, « *l'institution hospitalière impose au malade une dépersonnalisation, une perte d'identité sociale.* » (40) En effet, le malade est déshabillé, mis en blouse, allongé sur un brancard... Il est privé de son autonomie, beaucoup de choses sont décidées pour lui : l'heure des repas ou de la toilette par exemple. Il effectue un processus de régression. Ce processus est également pourvoyeur de stress et d'anxiété pouvant s'exprimer par de la violence.

En somme, on pourrait résumer ces différentes causes d'apparition de la violence par le schéma suivant selon E. Casalino dans son étude de 2015 (45) :

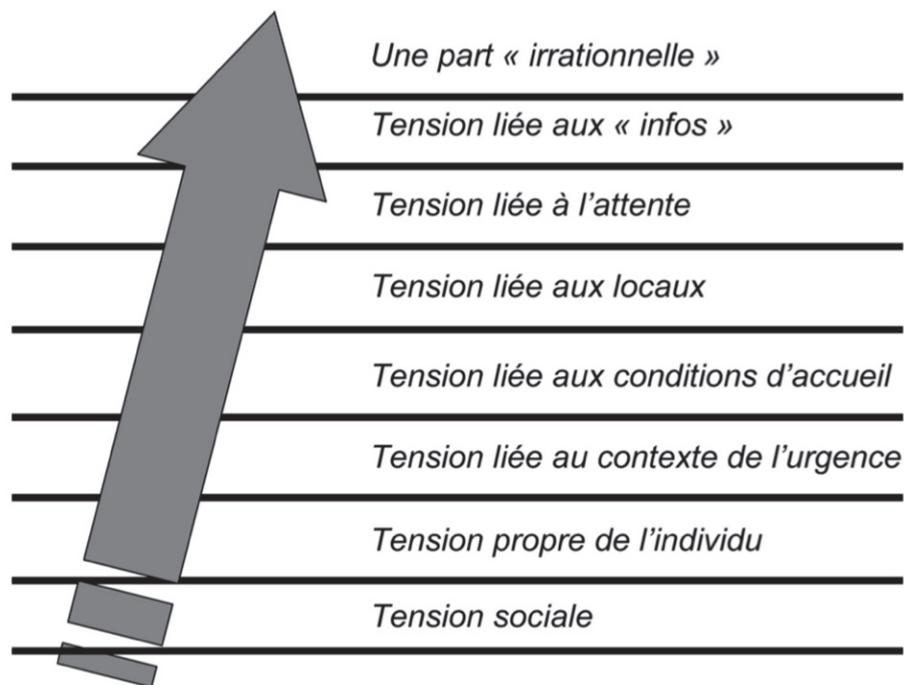


Schéma 1 : Millefeuille de l'insécurité aux urgences

F. Les conséquences de la violence

Les conséquences de ces violences sont nombreuses. Elles sont d'abord humaines mais également financières.

Les victimes de violence développent des sentiments de frustration, de colère, d'irritabilité, d'anxiété et de stress. (7) La confrontation quasi quotidienne à ces violences expose les soignants, à terme, à un risque avéré de burn out. (46) On constate même d'authentiques cas de syndrome de stress post traumatique avec le cortège des symptômes qui vont de pair : hyper vigilance, fatigue chronique, reviviscence... (4)

En réaction aux violences, les soignants expriment de la peur vis-à-vis des patients et affirment, pour 50% d'entre eux, leur volonté de cacher leur identité. On constate également, une diminution des performances, de l'efficacité et de la motivation au travail dans les jours suivants. (47) De plus, il existe une augmentation significative de la prise de jours congés mais aussi une augmentation notable des arrêts maladie et de l'absentéisme, tout cela entraînant un coup financier indirect pour l'hôpital. (48)

L'ensemble de ces éléments conduit à une diminution de la satisfaction au travail avec, à terme, une augmentation des démissions (30) et des réorientations professionnelles. (47) Ceci induit ainsi une augmentation du turn over de soignants au sein du service et donc une diminution de la qualité des soins, et par conséquent un impact négatif sur l'image de l'hôpital. (4)

G. Les solutions envisagées

Les stratégies avancées pour faire face aux violences sont multiples mais il s'avère difficile d'en établir l'efficacité, peu de données sont à l'heure actuelle disponibles. Afin d'aider les professionnels de santé mais également les patients l'ONVS a d'ailleurs publié en 2011 un ensemble de « fiches réflexes ». (49)

En ce qui concerne les différents moyens d'action évoqués depuis la constatation du problème, il a été notamment proposé l'augmentation de la sécurité du service en lui-même avec la mise en place d'alarme, de téléphone de secours ou de vigiles. (50)

Il a été également soulevé la nécessité de réduire le fossé entre les attentes des patients et l'offre de soin des services d'urgences en clarifiant le rôle de ces services et en réapprenant aux patients à mieux utiliser les services de santé. (50) De plus, les soignants ne se sentent pas assez préparés à faire face à la violence et sont demandeurs de formations adaptées. (29)

L'étude menée par E. Casalino à l'Hôpital Bichat à Paris a permis de mettre en place certaines de ces stratégies notamment la formation des soignants, le renforcement de l'information donnée aux patients, la lutte contre la maltraitance et l'amélioration des conditions de séjour. Mais également en installant des agents de sécurité, des vidéo surveillances et des accès sécurisés au service. Cette étude a permis de montrer une diminution significative du nombre de violence, notamment constaté par la diminution du nombre d'intervention de l'équipe de sécurité. (45)

Enfin, force est de constater que la prise en charge de la violence en milieu de santé et plus particulièrement au sein des services d'urgences est désormais devenue une priorité. Le discours qu'a tenu l'ancienne Ministre de la Santé Agnès Buzyn en Juin 2019 lors du congrès de la SFMU en est la preuve : « *Aujourd'hui, certains professionnels demandent une meilleure reconnaissance de leur exposition à des conditions de travail difficiles, voire dans certains cas à des agressions verbales et même physiques. Je veux leur dire tout d'abord mon soutien et mon indignation de voir parfois les urgences, ces lieux où chacun est accueilli et soigné à toute heure du jour et de la nuit, devenir le théâtre de violences inacceptables, qu'aucune impatience ne saurait justifier.* » (51)

II. Et l'hypnose dans tout ça ?

A. Définition

Définir l'hypnose n'est pas simple puisqu'on trouve de nombreuses définitions, propres à chaque protagoniste et évoluant au fil du temps. Le terme « hypnose » fait référence à la fois à un état particulier de conscience, avec une altération de celle-ci, et aux techniques spécifiques mises en place pour y parvenir. (52)

Le dictionnaire Larousse la définit comme un « *état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion.* » (53)

Pour Milton Erickson (1980) c'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.* » Il complète en disant que « *l'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne.* » (54)

Enfin, en 2014 The Society of Psychological Hypnosis définit l'hypnose comme un « *état de conscience impliquant une attention concentrée et une conscience périphérique réduite caractérisée par une capacité accrue de réponse à la suggestion.* » offrant une définition utilisable dans les recherches internationales. (55)

On peut donc définir l'hypnose comme un état de conscience modifié permettant de concentrer son attention sur un élément donnant une capacité accrue de réponse à la suggestion ouvrant ainsi un champ possible d'apprentissage et de compréhension. Enfin, l'hypnose est à considérer comme une relation vivante et dynamique entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé.

B. Un peu d'histoire

Le livre *L'hypnose médicale* de Jean-Marc Benhaïem permet de retracer son histoire (56). On situe les véritables débuts de l'hypnose en France au XVIIIème siècle par les théories de Franz Anton Mesmer qui crée le concept de magnétisme animal. Cependant, certains récits sur tablettes datant de la Grèce et de l'Égypte antiques évoquent fortement des trances hypnotiques. (57)

L'hypnose thérapeutique apparaît à la fin du XIXème siècle. Elle trouve sa place dans la pratique chirurgicale grâce notamment à James Esdaile, qui a utilisé l'hypnoanesthésie chez près de 300 patients chirurgicaux en Inde entre 1845 et 1851. (58) Mais avec l'avènement des anesthésiques chimiques comme l'éther en 1846 et le chloroforme en 1847, l'hypnose finit par être remplacée dans ce domaine au profit de l'anesthésie par inhalation. (59) Jean-Martin Charcot, médecin français ayant longtemps travaillé sur l'hystérie et ayant permis la description

de la sclérose latérale amyotrophique, s'intéresse à l'hypnose dès 1878 en décrivant notamment la « *grande névrose hypnotique* ». Sigmund Freud, durant la même période, a également étudié l'hypnose en l'associant à ses travaux sur la psychanalyse et en édifiant le principe de libre association. (60) De plus, pendant la première moitié du XXème siècle, l'hypnose est utilisée dans de nombreux spectacles ternissant ainsi sa réputation et l'assimile alors au charlatanisme. Milton H. Erickson (1901-1980), psychiatre et psychologue américain, développe les techniques de suggestion indirecte associée à la psychanalyse dans un but thérapeutique. Il part du postulat que le patient est acteur de sa prise en charge et lui fournit, à travers l'hypnose, les moyens d'accéder et d'utiliser ses propres ressources. (61) L'hypnose retrouve ses lettres de noblesse en 1955 où elle est réhabilitée officiellement par la British Medical Association, puis en 1958 par l'American Medical Association qui publie et approuve un rapport du Council on Mental Health. (62) Ce rapport pose ainsi les indications de l'utilisation de l'hypnose en médecine et préconise la création de centres de formation aux États-Unis. (63)

Depuis quelques années l'hypnose revient sur le devant de la scène notamment dans les structures de soins et plus particulièrement à l'hôpital. L'hypnose thérapeutique a su faire son chemin dans la pratique médicale et il est désormais acté qu'en permettant la prise en charge de la douleur, en modulant la composante sensorielle et affective de celle-ci (8), mais également en permettant la prise en charge de l'anxiété elle a toute sa place dans les services hospitaliers. (10)

C. Hypnose formelle et conversationnelle

Quand on évoque l'hypnose, on évoque instinctivement la transe hypnotique, celle qui dans l'imaginaire de tous confère à l'hypnose un mélange de curiosité et de méfiance à son égard.

L'hypnose formelle, comme l'hypnose dite Ericksonienne, qui utilise et cherche à créer cet état de transe de façon formelle induisant une modification de l'état de conscience s'articule en séances dont le déroulé est assez bien établi désormais. Le schéma ci-dessous tiré du livre *L'hypnose médicale* de JM Benhaïem en illustre parfaitement les étapes (56) :

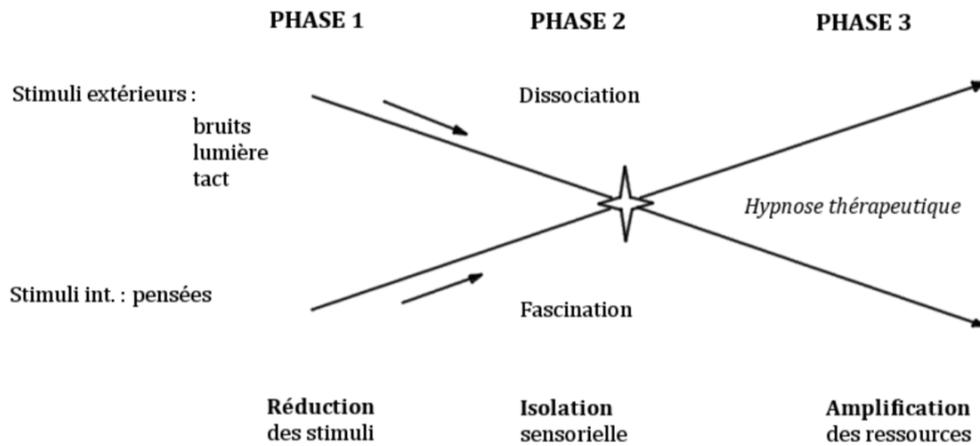


Schéma 2 : Étapes d'une séance d'hypnose

Longtemps passée au second plan derrière l'hypnose formelle, l'hypnose conversationnelle montre aujourd'hui l'étendue de son champ d'application.

L'hypnose conversationnelle ou communication hypnotique utilise les techniques d'hypnose, de langage et de suggestion, de manière plus subtile au cours d'une « simple » conversation dans le but d'entrer dans un état modifié de conscience avec une transe plus légère que lors de l'hypnose formelle. (64) Cet état modifié de conscience s'appuie sur la suggestion voire l'influence d'un protagoniste sur un autre au cours d'une interaction et ce par le biais de moyens verbaux et non verbaux. (65) Elle apparaît donc plus simple d'utilisation dans la pratique courante, notamment médicale, bien que nécessitant une formation préalable et la connaissance des outils hypnotiques. Elle permet à travers « *le choix des mots, l'écoute, le langage non verbal, le respect du patient, de ses croyances (et) le recadrage* » d'établir une véritable relation de soin. (66) Elle s'appuie sur un langage simple, positif et imagé, en modulant le rythme et le ton de la voix, en respectant la respiration et les silences et permet d'établir une communication positive base d'une véritable relation de soins. Comme l'affirme Antoine Bioy responsable scientifique de l'Institut Français de l'Hypnose (IFH), la communication hypnotique permet de faciliter les soins et de désamorcer des situations difficiles voire d'en prévenir l'apparition. (67)

D. Et ça marche ?

On sait désormais que l'hypnose repose sur une action neurophysiologique. Celle-ci a été étudiée via notamment des IRM fonctionnelles et montre l'action « réelle » de l'hypnose sur notre cerveau. Dans les années 1970, avant l'avènement de l'imagerie fonctionnelle, plusieurs études ont permis de montrer l'impact de l'hypnose notamment sur l'activité des ondes cérébrales et plus précisément sur la durée des rythmes alpha sur l'électroencéphalogramme. (68) Dans le courant des années 1990, Marie Élisabeth FAYMONVILLE, médecin anesthésiste au CHU de Liège a développé une technique d'hypnosédation offrant une alternative à l'anesthésie générale en chirurgie. Elle a notamment réalisé une étude pour comprendre les mécanismes neuronaux des effets anti-nociceptifs de l'hypnose via la réalisation de TEP scanner sur des patients en état d'hypnose. Cette étude montre l'activation spécifique sous hypnose de certaines aires corticales notamment le cortex cingulaire antérieur, partie frontale du cortex cingulaire, qui joue un rôle particulier dans la gestion des émotions et le stockage de la mémoire. (69)

Cliniquement, les preuves de l'efficacité de l'hypnose sur les patients sont plus difficiles à apporter et relève parfois du domaine du subjectif.

La revue systématique de la littérature proposée par l'INSERM en 2015 expose une vingtaine d'études apportant la preuve de l'efficacité de l'hypnose. (10) Des études type « case report » (70) et une méta-analyse (71), conduite chez des adultes subissant des interventions chirurgicales ou médicales, confortent l'efficacité de l'hypnose notamment dans les soins médicaux.

E. Apport dans la relation de soin

La médecine durant son évolution jusqu'à celle que nous connaissons aujourd'hui, a parfois mis de côté la composante humaine et sociale de son art au profit de la science fondamentale. Il a été reproché aux soignants et notamment aux médecins de ne voir le patient qu'à travers sa pathologie et non en tant qu'être humain à part entière. A l'heure actuelle, l'importance de la communication dans le soin s'impose comme une condition sine qua non à l'établissement d'une relation soignant-soigné équilibrée et riche. (72)

L'hypnose, en tant que pratique intégrant des techniques de communication, semble trouver sa place ici. Comme le dit le Dr P. Bellet dans le livre *L'hypnose pour réhumaniser le soin* « *plus qu'une technique, l'hypnose est une manière nouvelle de traiter les blessures de notre époque* ».

(73) Elle permet notamment la prise en charge de la douleur (74) mais aussi celle du stress et de l'anxiété. (75)

Il n'existe à l'heure actuelle pas de cadre législatif ni même de réalité légale encadrant la pratique de l'hypnose. Elle peut cependant, être pratiquée par un médecin, un infirmier ou un aide-soignant dans le cadre de son travail, sous couvert d'une formation préalable et de l'accord du patient. (76,77)

F. Application en médecine

L'usage de l'hypnose au sein de l'hôpital est en hausse depuis plusieurs années. (78) Comme nous l'avons vu ses deux grands domaines de prédilection sont la prise en charge de la douleur et celle de l'anxiété. (10)

En ce qui concerne la douleur, son application a été démontrée dans la sa prise en charge des douleurs induites par les soins. (11,13,79) Elle a également fait ses preuves dans la gestion des patients brûlés (80) mais aussi pour aider les personnels soignants qui s'occupent de ce type de patients. (15) L'hypnose permet la modulation sensorielle et affective de la douleur offrant au patient la possibilité de mieux la gérer. (8) Comme l'affirme Antoine Bioy l'hypnose n'a pas pour vocation d'empêcher la conduction nerveuse du stimuli douloureux mais « *va permettre de diminuer la dimension de pénibilité ou de connoter autrement la douleur pour qu'elle devienne plus supportable.* » (74) L'HAS par le biais de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) cite l'hypnose dans ses recommandations pour la prise en charge de la douleur chez les enfants de moins de 15 ans en compléments d'un traitement médicamenteux. (81,82)

La prise en charge de l'anxiété est également un axe majeur de la pratique de l'hypnose. Elle permet notamment la prise en charge du stress et de l'anxiété (75) pouvant à terme conduire au burn out. (73) De plus, elle peut être un véritable outil bénéfique pour les soignants afin de se protéger eux même. Elle apporte une certaine relativité, une prise de recul et un bien être parfois grandement nécessaire dans le métier qu'ils exercent. (14)

Au sein de l'hôpital l'hypnose trouve sa place dans de nombreuses spécialités telles que la gynécologie, (83) la chirurgie (59) ou, encore, et c'est ce qui nous intéresse, la médecine d'urgence. (12,84,85)

G. Son utilisation en service d'urgence

Depuis quelques années, l'hypnose se développe au sein des services d'urgences. Elle présente plusieurs avantages : son faible coût, sa disponibilité, sa rapidité et sa facilité de mise en place, son absence d'effet secondaire et d'interaction médicamenteuse. Elle est particulièrement pertinente dans l'analgésie et notamment l'analgésie lors de soins douloureux et la réduction de l'anxiété aiguë chez l'adulte comme chez l'enfant. (11,84,85) Elle est donc désormais de plus en plus pratiquée par les urgentistes, (12) mais aussi par l'ensemble des soignants du service. Les soignants des services d'urgences sont essentiellement formés en hypno-analgésie qui est à l'heure actuellement l'application principale de l'hypnose au sein de ces services.

Les soignants sont de ce fait demandeurs de formations de qualité adaptées à leur pratique si particulière que sont les soins dans les services d'urgences. (86)

III. Justification du travail

Au regard de tous les éléments soulevés ci-dessus il apparaît que la violence est un problème majeur et actuel des services de santé. Ses causes sont pluri factorielles aussi bien liées au patient qu'à la structure notamment des services d'urgences. La violence induit stress, peur, anxiété voire à l'extrême burn out et syndrome de stress post traumatique chez les soignants les conduisant, pour certains à démissionner ou se réorienter professionnellement. Les soignants sont demandeurs de solutions pour faire face à ce problème. L'hypnose est un outil de communication utile et efficace dans de nombreux domaines. Au fil des années elle a su trouver sa place à l'hôpital et désormais de nombreux soignants sont formés notamment au sein des services d'urgences. L'hypnose a tout son rôle à jouer dans la gestion de la violence au sein de ces unités.

Nous avons donc mené une étude qualitative par entretiens semi- dirigés auprès de soignants formés à l'hypnose et travaillant dans différents services d'urgences. L'objectif principal de

cette étude est de faire un tour d’horizon des pratiques professionnelles afin de recueillir leur vécu et leur ressenti vis-à-vis de la violence, d’établir les bénéfices et les limites de la pratique l’hypnose pouvait apporter un bénéfice dans ce contexte. L’objectif secondaire est, dans le cas où nos résultats seraient favorables à l’hypnose, d’inciter de nouveaux travaux de recherche et à terme de développer encore plus la pratique de l’hypnose au sein des services d’urgences.

MATERIEL ET MÉTHODE

I. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a porté d'une part sur l'état des lieux de la violence en milieu de santé et plus particulièrement au sein des services d'urgences et d'autre part sur l'utilisation et les connaissances actuelles concernant l'hypnose.

Nous avons également réalisé une recherche bibliographique concernant la méthodologie et la pertinence de la recherche qualitative.

La principale base de données utilisée a été Medline via le moteur de recherche PubMed, avec l'utilisation de termes MeSH. Pour compléter cette recherche bibliographique, ont été également utilisés les moteurs de recherche suivant : GOOGLE SCHOLAR, COCHRANE, Cairn, Em premium, Sudoc, la Banque de Données en Santé Publique, ainsi que la base de données de thèses de médecine de la bibliothèque inter-universitaire santé de Paris Descartes.

Les termes suivants ont été utilisés pour la recherche anglophone : « violence », « workplace violence », « emergencies », « emergency services » « emergency department » « emergency medicine », « hypnosis »

Pour la recherche francophone, les termes suivants ont été utilisés : « violence au travail », « violence », « Hypnose », « hypnose médicale », « urgence », « service urgence ».

De nombreuses thèses d'exercice de différentes spécialités (médecine pour la plupart), de mémoires de fin d'études d'infirmier, mais également de mémoire de DU (DU d'hypnose par exemple) ont été également lus avec attention.

Enfin, les références bibliographiques proposées par les ressources consultées ont systématiquement été explorées.

II. Type d'étude

Pour tenter de répondre au mieux aux questions soulevées par cette thèse, nous avons fait le choix de la méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés dans une approche phénoménologique. (87)

Cette approche permet « *de comprendre le sens d'une expérience, d'en saisir son essence pour celui qui l'a vécue tout en respectant la posture de celui qui a expérimenté un phénomène. Le but est de comprendre et de transcrire des expériences vécues dans des connaissances explicites.* » (88)

Ce type d'étude permet grâce à une approche compréhensive d'étudier le lien entre les connaissances scientifiques également appelées « science dure » et l'exercice réel du praticien au quotidien (« vraie vie »). Ainsi que le décrit Isabelle AUBIN-AUGER dans *Introduction à la recherche qualitative* « *Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux* », son but n'est donc pas de quantifier ni de mesurer mais de mettre en place une démarche interprétative d'une situation donnée. » (89)

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels dans le but d'obtenir un maximum d'opinions et de retours d'expérience auprès des soignants concernant la violence et l'intérêt que pourrait avoir l'hypnose dans ce domaine. L'objectif des entretiens semi dirigés est « *de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens.* » (90)

Le but de cette étude n'est pas d'apporter la preuve de l'efficacité de l'hypnose mais d'analyser et de comprendre le vécu ainsi que l'expérience des soignants dans différents service d'urgences.

La grille de critères COREQ pour l'écriture de rapports en recherche qualitative a été utilisé pour garantir un travail méthodologique rigoureux et de qualité. (91,92)

III. Autorisation

Une déclaration du travail de recherche a été faite auprès de la Commission locale d'Éthique de la Faculté de médecine de Lyon Est et un avis favorable a été rendu le 19 Novembre 2019 (n° IRB : 2019-11-19-03).

Lors de chaque entretien, il a été demandé et obtenu le consentement volontaire de participation à l'étude ainsi que l'accord pour réaliser un enregistrement audio de l'échange. Il a été précisé à chacun des participants que l'ensemble des données seraient anonymisées.

Nous avons également proposé aux participants qui le souhaitent un retour par mail des retranscriptions d'entretien pour commentaire ou correction ainsi que l'envoi du travail complet final.

IV. Population d'étude et recrutement

La population d'étude devait répondre aux critères suivants :

- Personnel soignant (AS, IDE, médecin)
- Travaillant depuis au minimum 2 ans dans un service d'accueil des urgences de la région Rhône Alpes
- Ayant suivi une formation en hypnose médicale

Ces critères nous ont paru pertinents pour sélectionner un panel de soignants variés ayant assez d'expérience dans les services d'urgences et ayant suivi une formation validée à l'hypnose.

Le recrutement a été effectué sur différents centres hospitaliers de la région lyonnaise, pour lesquels nous avons déjà connaissance qu'un certain nombre de professionnels de santé travaillant aux urgences avait reçu une formation à l'hypnose à savoir l'Hôpital Saint Joseph Saint Luc, l'Hôpital de la Croix Rousse et l'Hôpital Édouard Herriot. Certains d'entre eux ont pu bénéficier d'une formation en hypnose proposée par leur centre hospitalier d'exercice, d'autres ont quant à eux suivi des formations personnelles.

La prise de contact des participants a été effectuée par téléphone et par courriel avec une dynamique dite de « boule de neige ». (93)

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données, élément qui a été évalué par l'analyse des données déjà acquises. L'élément déterminant l'arrêt du recueil des données a été la baisse de la productivité des observations et l'absence d'information nouvelle apportée par les entretiens. Cela s'est produit après le dixième entretien nous avons poursuivi jusqu'au douzième entretien pour valider la tendance. Nous avons donc pris la décision de borner l'étude au douzième entretien clôturant ainsi le recueil de données.

V. Recueil des données et réalisation des entretiens

A. Cadre et environnement

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux propices à la discussion avec au maximum une ambiance sonore calme. Le choix du lieu a été laissé au participant de l'étude (bureau médical et salle de repos la plupart du temps, terrasse de café une seule fois)

Les entretiens ont été réalisés en tête à tête sans l'intervention ou la présence d'un tiers et n'ont pas été répétés dans le temps.

L'ensemble des entretiens a été enregistré à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit secondairement et ce dans la semaine suivant l'entretien.

Des notes de terrains ont été prises pendant et après les entretiens pour compléter et étoffer les enregistrements.

B. Déroulé des entretiens

Après une présentation mutuelle de l'étude et de ses objectifs, le recueil du consentement oral du participant a été fait de façon systématique pour l'enregistrement et l'utilisation des données retranscrites de façon anonyme.

L'enquêteur s'est efforcé d'adopter une attitude d'écoute attentive et de respecter les silences. Si cela était nécessaire des phrases de relance étaient formulées dans le but de préciser un point ou d'en développer un autre.

C. Recueil des caractéristiques démographiques

Pour chaque sujet participant à l'étude ont été recensées les données suivantes :

- Âge et sexe
- Profession
- Centre hospitalier d'exercice et nombre d'années d'exercice aux urgences
- Formation en hypnose suivie, durée de la formation, nombre d'années de pratique

D. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne vingt minutes avec une durée minimale de sept minutes et une durée maximale de quarante-cinq minutes.

VI. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé pour servir de support lors des entretiens semi-dirigés. Il a été élaboré sous forme de questions ouvertes abordant les grands thèmes à aborder durant la discussion. (94)

1/ Quel est votre rapport à la violence au sein de votre travail ? (Confrontation, problématique du quotidien, quelle violence...)

2/ Appréhendez-vous les situations de conflits ? lesquelles ? pourquoi ?

3/ En quoi l'hypnose a-t-elle modifié votre approche de la violence ? Comment l'intégrez-vous à votre pratique ?

4/ Dans quelles situations de violence/conflit êtes-vous susceptible d'avoir recours à l'hypnose ?

5/ Quelles sont selon vous les difficultés à la pratique de l'hypnose dans les situations de violence ?

6/ Pourriez-vous me raconter une situation précise de conflit où vous diriez que l'hypnose vous a été utile ?

7/ Diriez-vous que l'hypnose a changé votre façon de vous adresser aux patients (relation soignant/soigné) ?

8/ Depuis votre formation à l'hypnose, avez-vous le sentiment d'avoir à faire à la même quantité de situations de violence ?

9/ Que pensez-vous des formations d'hypnose dédiées uniquement à la gestion des conflits ?

VII. Analyse des données

Il a été apporté un soin particulier à la transcription dans les suites immédiates de l'entretien dans le but de limiter au maximum les biais de mémorisation et d'interprétation.

L'ensemble des noms des participants et des lieux d'exercice ont été anonymisés et remplacé par un système de code.

A. Transcription

La transcription a été réalisée via Word (traitement de texte). Les propos des différents intervenants ont été retranscrits de façon fidèle, sans reformulation, ni correction des erreurs de syntaxes ou de langage. Le langage non verbal a été retranscrit s'il paraissait nécessaire par des mentions entre parenthèse.

Il a été réalisé en parallèle, et au fur et à mesure, un tableau recensant les caractéristiques épidémiologiques des sujets, la date et la durée de l'entretien ainsi que le lieu dans lequel il s'est déroulé.

B. Codage

Le codage des données recueillies a été réalisé via le logiciel EXCEL par le chercheur, après relecture minutieuse des retranscriptions afin de s'imprégner des données.

Une triangulation des données a été effectuée, les retranscriptions ont été analysées de façon indépendante par le chercheur d'une part et par le Dr Didier Brodsky, directeur de thèse, d'autre part.

RÉSULTATS

I. Recueil des données et codage

A. Caractéristiques de la population et des entretiens

Au total, 12 entretiens ont été réalisés entre le 20 septembre 2019 et le 25 Avril 2020 d'une durée moyenne de 20 minutes.

Dix-huit personnes ont été contactées au total, 1 n'a pas souhaité participer à l'étude, 5 n'ont pas répondu aux sollicitations. L'ensemble des douze personnes ayant donné un avis favorable à la réalisation de l'étude ont été vu en entretien.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

PARTICIPANT	PROFESSION	Nombre d'années d'exercice aux urgences	SEXE	ÂGE	Type de formation à l'hypnose	Nombre d'années depuis la formation	Durée de l'entretien
P1	MÉDECIN	11 ans	F	39 ans	IFH	3 ans	22 minutes
P2	MÉDECIN	14 ans	F	43 ans	Formation interne à l'hôpital	6 ans	16 minutes
P3	AIDE SOIGNANTE	38 ans	F	57 ans	Formation interne à l'hôpital	4 ans	26 minutes
P4	MÉDECIN	24 ans	H	58 ans	Formation interne à l'hôpital	6 ans	20 minutes
P5	INFIRMIERE	20 ans	F	47 ans	Formation interne à l'hôpital	4 ans	11 minutes

P6	MÉDECIN	19 ans	F	47 ans	Formation interne à l'hôpital	6 ans	7 minutes
P7	MÉDECIN	3 ans	F	51 ans	IFH	5 ans	19 minutes
P8	INFIRMIÈRE	6 ans	F	52 ans	Formation HCL	3 ans	15 minutes
P9	AIDE SOIGNANTE	16 ans	F	53 ans	Formation interne à l'hôpital	4 ans	39 minutes
P10	INFIRMIÈRE	16 ans	F	45 ans	Formation HCL	3 ans	45 minutes
P11	AIDE SOIGNANTE	9 ans	F	37 ans	Formation interne à l'hôpital	4 ans	10 minutes
P12	AIDE SOIGNANTE	7 ans	F	35 ans	Formation interne à l'hôpital	4 ans	11 minutes

LÉGENDE :

F : Femme

H : Homme

IFH : Institut Français de l'Hypnose

HCL : Hospices Civils de Lyon

Tableau 2 : caractéristiques des entretiens

Période de recueil	Du 20/09/2019 au 25/04/2020
Durée moyenne	20 minutes
Médiane	17,5 minutes
Durée minimale	7 minutes
Durée maximale	45 minutes

Une telle disparité dans la durée des entretiens peut s'expliquer pour diverses raisons dont certaines très pratico-pratiques : un manque de temps de la part des participants. Mais elle s'explique surtout par le fait que certains participants utilisent peu l'hypnose dans les situations de violence mais uniquement dans le cadre de l'hypno-analgésie et avaient donc peu de choses à dire sur le sujet.

B. Arbre de codage des entretiens

L'arbre de codage final comprend sept catégories :

- Le rapport à la violence
- L'utilisation de l'hypnose et ses différentes techniques
- Les freins et les réserves émises à la pratique de l'hypnose en situation de violence
- La relation Soignant – Soigné
- L'évolution du vécu de la violence
- Le bénéfice personnel
- La formation à l'hypnose

Chacune de ces grandes catégories a été divisée en plusieurs sous catégories reprenant les idées majeures mises en évidence durant les entretiens.

L'ensemble des verbatim cités ci-après est précédé d'une mention « Pi » renvoyant au participant numéro i.

II. Analyses des données

A. Le rapport à la violence

1. Confrontation à la violence

Tous les soignants ont rapporté une confrontation à la violence sur leur lieu de travail

P4 : *Comme tout urgentiste on y est confronté*

P7 : *Confrontation quotidienne, quasi systématique, violence physique ou psychologique, aussi bien en interne qu'en externe, de la part des patients, des familles, voire parfois du personnel médical ou de l'institution HCL.*

P8 : *Oui évidemment on est impacté par la violence*

P9 : *Aux urgences on ne peut pas le nier il y a beaucoup de violence*

Une majorité décrit un phénomène quotidien :

P1 : *Ce n'est pas toujours le même degré mais dans le quotidien c'est tous les jours en fait*

P2 : *Oui c'est quotidien dans mon travail ça c'est sûr*

P8 : *C'est vraiment quelque chose de quotidien*

P12 : *Ça fait partie du quotidien malheureusement*

Certains décrivent même la violence comme faisant partie intégrante de leur travail :

P2 : *Ça fait partie intégrante du travail*

P5 : *Elle est un peu inhérente aux urgences. Faut savoir que quand on travaille aux urgences la violence en fait partie*

2. Type de violence

Il apparaît que la violence verbale est majoritaire

P1 : *C'est des incivilités, c'est des injures*

P3 : *Il y a beaucoup d'agressivité verbale*

P4 : *Violence verbale évidemment mais c'est vrai qu'on est quand même confronté aux situations de violence physique*

P6 : *Violences verbales essentiellement, physiques parfois*

Et que la violence physique, bien que plus rare, est parfois présente également

P3 : *C'est quasiment très très rare que les gens passent à l'agressivité physique*

P8 : *Il y a la violence physique et verbale, on fait bien la part des choses. La limite entre les deux est parfois pas bien loin*

P11 : *En neuf ans d'urgences je me suis fait agressée (physiquement) deux fois.*

Un soignant affirme n'avoir jamais été agressé physiquement

P6 : *J'ai jamais eu de violence physique personnellement contre moi.*

3. Profil des gens violents et causes de violence

Plusieurs profils de patients susceptibles d'engendrer de la violence au sein du service des urgences sont rapportés par les soignants

Les gens alcoolisés :

P2 : *Les gens peuvent être alcoolisés*

P5 : *Y a la violence inhérente à l'alcoolisme*

P11 : *Y a la violence des alcoolisés*

Les personnes ayant été agressées :

P5 : *Les gens qui ont déjà été agressés et qui arrivent avec les pompiers*

Les patients psychiatriques :

P8 : *Le psy décompensé qui peut être violent qu'on excuse parce qu'il a une vraie pathologie*

P10 : *La dépression, les pathologies non dissociées*

Ou tout simplement le caractère propre du patient :

P4 : *C'est une attitude parce qu'ils ne fonctionnent que par des actes violents*

P10 : *Ce patient là il avait une violence intérieure, un mal être (...) il y a des gens fondamentalement violents*

P12 : *Parce qu'ils sont violents tout court*

Il existe également des situations à risque d'entraîner des accès de violence.

Les personnes soumises au stress ou à l'anxiété :

P4 : *Souvent la violence c'est de l'anxiété*

P10 : *Y a la violence inhérente à la maladie, à l'angoisse*

P11 : *Moi je pars du principe que les patients qui sont violents et agressifs c'est qu'ils ont une anxiété. (...) les gens qui vont arriver tu sais qu'ils peuvent être très agressifs mais ils sont dans un tel état de stress...*

Souvent découlant directement de leur pathologie ou de la douleur :

P10 : *Y a la violence inhérente à la maladie*

P12 : *C'est parce qu'ils ont mal*

Mais la violence peut aussi être causée par un long temps d'attente :

P1 : *Les gens qui ont attendu longtemps et que tu rentres pour les voir et déjà ils sont agacés*

P8 : *Les gens qui viennent pour des choses qui pourraient être géré par le médecin traitant mais qui supportent pas d'attendre, ils peuvent rapidement devenir agressifs*

P10 : *C'est des gens qui attendent des heures sans rien dire, ils savent même pas ce qu'ils attendent parfois*

P12 : *Ils en ont marre d'attendre (...) et peuvent aussi être violents parce qu'ils veulent voir tout de suite un médecin*

Un manque d'information ou un sentiment d'incompréhension :

P1 : *Ils ne comprennent pas qu'il puisse y avoir des urgences plus urgentes que la leur, il y a une véritable intolérance à la frustration*

P3 : *Les gens ils s'énervent souvent parce qu'ils n'ont pas assez d'explications*

P4 : *C'est un défaut de communication la plupart du temps cette espèce de violence qui s'installe.*

On constate également que parfois la violence n'émane pas du patient directement, ou du moins pas uniquement, mais de sa famille ou de ses accompagnants

P8 : *La violence d'un patient ou de la famille d'un patient et là on supporte un peu moins.*

P11 : *Avec des familles très très virulentes autour*

P12 : *Autant des patients que des accompagnants*

Deux soignants rapportent un phénomène de violence en parallèle de la violence des patients : celle de l'institution hospitalière

P7 : *Voir parfois du personnel médical ou de l'institution HCL*

P10 : *La violence des soignants, la violence du personnel, de l'institution...*

4. Vécu et ressenti

Une partie des soignants décrit une absence d'impact de la violence sur eux

P3 : *Les gens qui sont violents, comme ça, à priori, ne me font pas peur*

P4 : *Je me sens protégé, j'ai l'impression que ça ne m'affecte pas beaucoup*

P5 : *Je m'en fous pas mais depuis le temps ça passe*

Certains reconnaissent avoir réalisé un travail d'analyse de la situation pour mieux la gérer

P3 : *Il faut savoir qu'aux urgences on représente une institution et que les gens n'ont pas une agressivité envers moi en tant que P3 mais envers la blouse blanche*

P10 : *C'est quelque chose que j'ai réfléchi et qui ne m'impacte pas. (...) J'ai pas l'impression de subir de violence, je l'explique*

D'autres verbalisent de la peur

P9 : *C'est vrai qu'on a peur parfois aux urgences*

P10 : *J'ai vécu deux fois des situations où j'ai eu peur*

Ou quelque chose de difficile à gérer

P7 : *Je suis toujours très meurtrie par la violence, je trouve toujours ça aussi choquant, déplacé, violent. (...) je trouve toujours ça très compliqué pour moi*

5. Appréhension

Une majorité de soignants disent ne pas ressentir d'appréhension vis-à-vis de la violence dans le cadre de leur travail

P2 : *Non ce n'est pas quelque chose que j'appréhende*

P4 : *Je ne les appréhende pas.*

P5 : *Appréhender non, mais c'est vrai que c'est toujours désagréable*

P6 : *En ce moment je ne l'appréhende pas, je trouve que ça a diminué, ou alors peut être que je la gère mieux*

P7 : *Je ne l'appréhende pas spécialement mais ça mange beaucoup d'énergie, ça me semble très contre-productif pour moi-même et pour le groupe, pour mes patients et pour la résolution de la pathologie de mes patients*

P10 : *Non je n'appréhende pas.*

D'autres appréhendent seulement certaines situations

P1 : *Je ne l'appréhende pas en général sauf pour les gens sous l'emprise de drogue ou les patients psychiatriques*

P3 : *Non sauf si je travaille avec quelqu'un qui surenchérit sur cette violence*

P6 : *Y a une époque où oui j'appréhendais*

P9 : *Oui, il y a des fois oui on appréhende. Mais pas toujours, pas tout le temps. (...) Je trouve que le soir il y a plus de peur, plus d'appréhension.*

P11 : *J'appréhende juste le dernier cas de figure, les intolérants à la frustration.*

Un seul soignant reconnaît appréhender la violence de façon générale

P12 : *Un petit peu quand même oui, parce qu'il y en a qui dépassent quand même bien les limites et puis parfois ça peut aller loin quand même.*

B. L'utilisation de l'hypnose et ses techniques

1. Dans quelles situations

De nombreux personnels soignants rapportent l'utilisation de l'hypnose, et plus spécifiquement de la communication hypnotique, quasiment en permanence avec l'ensemble des patients

P3 : *En fait que je l'utilise en permanence, avec l'ensemble des patients. Ça fait partie de moi.*

P4 : *C'est quelque chose que j'utilise pour tout le monde vraiment chez toutes les personnes.*

P7 : *C'est pas juste quand il y a de la violence, c'est pas plus quand il y a de la violence, c'est tout le temps.*

P10 : *Toutes les situations d'agressivité quel qu'elles soient, qu'elles soient liées à des accompagnants angoissés ou des patients psychiatriques ou même pas que d'ailleurs.*

P11 : *J'utilise la communication basée sur l'hypnose et que ce soit avec les accompagnants et avec le patient. Là tu les descends d'un coup quoi.*

En insistant dans les situations de violence

P4 : *Un peu tout le temps en fait, en faisant plus attention quand les gens sont vraiment à cran, peut-être à ce moment-là j'suis plus attentif à choisir les bons mots*

Et si l'hypnose n'est pas faite de façon systématique elle est débutée très rapidement par le soignant

P7 : *Dès le début, je pense que c'est toujours plus simple de canaliser un petit ruisseau qu'une grande rivière donc dès le début des échanges quand on sent une violence sous-jacente.*

P11 : *Je les attrape direct à l'arrivée en pompiers, j'attends pas en fait qu'ils soient installés, je vais à la tête du brancard et là déjà je commence.*

Dans les situations spécifiques de violence, l'utilisation de l'hypnose dans les violences verbales semble être assez fréquente

P1 : *Déjà la violence verbale : oui*

P2 : *Tout ce qui va être agressivité verbale*

P3 : *Sur la violence verbale c'est vraiment une aide formidable*

P8 : *Pour la violence à la banque « ouais j'en ai marre ça fait 2h que j'attends » ou au SMA plus les accidents de trottinette, les petits tracas, les gens qui veulent être pris tout de suite, qui ont pas de limites, qui ont pas de cadre, avec eux ça marche pas mal.*

Un soignant parle de son utilisation dans la violence physique

P1 : *La contention s'accompagne toujours quand même d'une partie de discours pour apaiser, du coup, là aussi ça passe finalement.*

Deux soignants reconnaissent ne pas du tout utiliser l'hypnose dans les situations de violence

P5 : *Je m'en sers plus pour la douleur et les crises d'angoisse. C'est pour ça qu'on a été formé et je reste dans le cadre.*

P6 : *Dans les situations de violence je m'en sers pas du tout. Après je pense pas qu'on ait eu dans notre formation, une formation qui nous apprenne à gérer la violence avec l'hypnose, on l'a eu pour la douleur et c'est comme ça que je m'en sers pour la violence on a pas eu la formation.*

Deux soignants évoquent l'utilisation de l'hypnose dans la situation spécifique des crises de spasmophilie

P11 : *Tu vois sur les spasmo avec des familles très très virulentes autours*

P12 : *Pour la spasmo à l'accueil on l'utilise beaucoup*

2. Objectif de l'hypnose

Dans la situation particulière de la violence l'objectif est double, d'une part calmer le patient et limiter au maximum son accès de violence

P8 : *J'essaie de désamorcer en fait, je réponds pas à l'agressivité par l'agressivité.*

P11 : *Il faut désacraliser cette angoisse essayer de les remettre à un niveau d'angoisse un peu moins important, d'entendre dans la violence ce qu'ils peuvent avoir, pourquoi en fait.*

Dans l'optique d'instaurer un dialogue

P1 : *Rentrer dans une relation normale.*

P4 : *On instaure le dialogue tu vois (...) C'est utiliser les mots « M O T S » pour soulager les maux « M A U X ».*

De créer le lien

P10 : *Tu crées le lien, tu es le premier qui crée le lien et pour le coup c'est hyper important, parfois moi de la banque je suis le patient, quand y a beaucoup de violence, ou qu'il y a un risque de beaucoup de violence, j'accompagne, parfois jusqu'à la contention.*

Pour permettre la prise en charge thérapeutique

P1 : *Ça te permet de les faire redescendre et après d'arriver à ton objectif thérapeutique.*

P10 : *Il m'a suivi, j'ai pu l'installer, j'ai pu le faire déshabiller et on l'a contenu. Donc ça a marché au final.*

Avec le deuxième objectif de se protéger, de protéger les équipes et de ne pas se laisser atteindre par la violence

P3 : *L'hypnose c'est la capacité d'entraîner les gens avec nous plutôt que de se faire entraîner nous par leur violence.*

P7 : *Avec toujours cette double notion de protéger, sois même et les équipes, tout en amenant le binôme patient-soignant au meilleur point possible vis-à-vis du patient, sans oublier le soignant.*

3. Techniques utilisées

a) Discours

La quasi-totalité des soignants évoquent une adaptation du discours, des mots choisis et de la communication de façon globale

P1 : *C'est vraiment la partie hypnose conversationnelle qui me paraît le plus adapté (...) Avec des clés de désamorçage des situations de crise.*

P2 : *En utilisant les techniques conversationnelles sans faire une induction.*

P3 : *Par la parole on peut apaiser beaucoup les situations de violence et d'agressivité à l'accueil. (...) Tout ce cycle de phrases très rassurantes. (...) Je m'en sers en leur parlant de façon légèrement hypnotique et ça les fait descendre en pression.*

P4 : *L'hypnose conversationnelle c'est consolateur, c'est d'abord des mots doux dans le positif et le renforcement et t'enlèves les mots qui font mal ou qui font peur.*

P7 : *Minimiser les montées de ressentiment, de colère, de frustration, l'aptitude à se mettre à la place de l'autre, à comprendre ses angoisses, ce qui génère potentiellement de la violence, adopter un ton, un effet de miroir, se mettre au niveau, faire redescendre ... tout ça c'est de techniques de base en hypnose qui sont utilisables facilement dans les situations conflictuelles.*

P8 : *Je fais de toute façon beaucoup plus d'hypnose conversationnelle en fait, que de l'hypno-analgésie à proprement dite.*

P10 : *L'hypnose conversationnelle et la communication positive qui pour moi fait partie intégrante de l'hypnose (...) Tu parles de façon hyper positive, t'emploie que des mots positifs et puis là en même temps tu l'aides à sortir ce qui est hyper négatif à l'intérieur de lui, faire mal, être agressif...*

P11 : *Ça va être de créer des dérivatifs au niveau de ta communication pour arriver à amener le patient sur un autre sujet de communication ce qui fait que ça va le débloquent sur les fixations qu'il va avoir. (...) Je pense que l'hypnose ça t'aide, dans ta communication ça t'aide.*

P12 : *L'hypnose, sans faire des séances d'hypnose, mais dans la façon de parler, de leur dire les choses, ça peut permettre d'en apaiser certains.*

Deux soignants évoquent la nécessité pour eux d'évoquer leur propre peur ou de verbaliser l'agressivité du patient

P4 : *Quand on a peur je crois qu'il faut verbaliser ça en leur disant « vous avez une attitude qui m'inquiète un peu.*

P10 : *Je mets des mots sur ce qu'il a à l'intérieur pour ne pas qu'il ait à le jeter à l'extérieur. Par exemple « monsieur vous avez envie d'être agressif, vous avez envie d'être agressif avec moi, vous avez envie de me faire du mal » (...) J'essaie de verbaliser l'agressivité qu'il a à l'intérieur de lui.*

b) Ton de la voix et le débit de parole

Une grande majorité rapporte l'utilisation d'un ton adapté

P4 : *L'hypnose ça m'a permis d'adopter un certain ton (...) Parfois c'est au-delà des mots, c'est le timbre et la fréquence que l'on utilise. (...) Être dans une espèce de ton juste en fait.*

P7 : *Adopter un ton, un effet de miroir, se mettre au niveau, faire redescendre ...*

P9 : *Rien qu'en prenant un ton calme, en parlant calmement à la personne.*

Mais également le ralentissement du débit de parole depuis la formation à l'hypnose

P3 : *On ralentit notre voix, on parle beaucoup plus doucement. (...) On ne parle trop vite et le fait de parler doucement et de parler lentement surtout ça ralentit les gens en face.*

P11 : *Juste sur le débit de parole, si tu le fais vraiment, ils se calent, ils se ralentissent. (...) Recentrer la communication, que ta voix ne soit pas en mode urgence c'est-à-dire speed mais de remettre un niveau normal de communication.*

Ou encore la capacité à poser sa voix

P2 : *En posant sa voix avec des techniques d'hypnose, en étant très calme, très posé.*

P4 : *Essayer de poser les choses, « bon écoutez je vous comprends », en parlant doucement.*

P12 : *Ça permet de plus poser son discours.*

c) Attitude et Posture

L'hypnose permet également d'adapter son attitude et d'adapter la bonne posture vis-à-vis du patient

P3 : *Le fait d'être là, et très calme ça apaise aussi beaucoup ceux qui sont autour de soi. (...) On est le contraire même de l'agressivité. (...) On se ralentit beaucoup en hypnose, on apprend à se ralentir.*

P4 : *Ne pas essayer de les dominer, de me mettre en infériorité tout en étant en sécurité. (...) Le mimétisme en prenant les attitudes de la personne, lui faire comprendre qu'on est là et qu'on écoute.*

P7 : *La gestion est posturale, verbale, non verbale... (...) La posture utilisant des outils d'hypnose est forcément créatrice de portes de sorties.*

P8 : *Plus les gens hurlent moins j'hurle. Je détourne l'attention, je comprends, j'écoute ce qu'ils veulent dire, et ça pose les choses, vraiment.*

S'asseoir pour se mettre à hauteur

P4 : *Si on arrive à faire assoir la personne déjà en s'asseyant soit même. (...) L'hypnose ça m'a permis de me mettre à hauteur du patient.*

P8 : *Tu t'assois à hauteur, ça pose un peu les choses.*

P11 : *Juste parfois t'asseoir à côté d'un patient, ou juste prendre le temps d'apaiser.*

Établir un contact physique pour apaiser

P4 : *J'ai tendance à établir un contact physique et je trouve que c'est très apaisant (...) J'ai besoin d'un contact physique pour casser un peu cette espèce de barrière violente qui existe.*

Globalement l'hypnose développe l'attitude empathique vis-à-vis du patient

P7 : *On a une empathie qui permet d'aller les raccrocher, les faire amener à un endroit plus sécuritaire...*

d) Techniques de respiration

Partie intégrante des techniques d'hypnose beaucoup de soignants utilisent les techniques de respiration pour apaiser les patients

P2 : *D'utiliser des techniques de respiration que l'on a vues en hypnose rien que ça des fois ça permet de débloquer les situations.*

P7 : *On met en œuvre un phasage respiratoire, une phase de vocabulaire, de ton, on va chercher les personnes à leur niveau émotionnel.*

P8 : *Je les fais respirer, j'utilise les techniques de respiration, je parle doucement, j'explique...*

P9 : *Vous lui expliquez comment respirer, « calmez-vous » « respirez doucement » ...*

P12 : *Leur faire faire des petits exercices de respiration pour qu'ils se détendent.*

e) Utilisation et intégration de l'hypnose dans la pratique

La quasi-totalité des soignants s'accordent à dire que la pratique de l'hypnose est devenue quelque chose d'inconscient parfaitement intégré à leur pratique

P1 : *Il faut forcément que ce soit intégré en moi et dans mon nouveau discours (...) Je ne réfléchis pas.*

P2 : *Maintenant je n'y pense plus, parce que c'est quelque chose que j'ai intégré dans ma pratique donc c'est quelque chose que je fais spontanément.*

P9 : *C'est inconscient en fait...*

P11 : *Moi je suis plus dans la conversation hypnotique que dans les pures séances d'hypnose donc je pense que je l'ai beaucoup plus intégrée dans la pratique de tous les jours avec les patients.*

P12 : *À force de la faire ça devient intégré à la pratique.*

De l'ordre du réflexe

P3 : *Ça devient un réflexe. Tu n'y penses même plus. C'est intégré dans mon vocabulaire.*

P5 : *C'est quelque chose de naturel.*

Plus encore, plusieurs soignants rapportent utiliser l'hypnose comme un véritable outil de soin à part entière, au même titre qu'un médicament ou une perfusion

P7 : *Tous les outils d'hypnose des ouvrages au bout d'un moment on les utilise, on se les approprie, on les utilise sans penser qu'on les utilise au final.*

P10 : *Je peux m'entendre parler en me disant « ah cool tu le fais spontanément » et puis des fois je me dis « là insiste sur la positivité du langage » pour que ça soit vraiment thérapeutique. (...) Je m'en sers comme un outil.*

P11 : *C'est que du coup t'as des outils pas que pour hypnotiser les gens, t'as des outils aussi pour communiquer avec les gens, poser ta voix, poser ton comportement...*

P12 : *Dans les outils qu'on nous apprend sur la façon de leur parler, la façon de les écouter, on peut utiliser des petites techniques d'hypnose qui fait que ça se passe mieux. (...) c'est plein de petites choses qu'on peut utiliser de l'hypnose au quotidien.*

Certains reconnaissent d'ailleurs avoir utilisé l'hypnose avant même d'être formé et ce sans le savoir

P5 : *La communication hypnotique... dire que j'm'en servais pas avant ... je sais pas, je pense que je m'en servais avant mais sans savoir ce que c'était.*

P7 : *J'ai l'impression que je le fais depuis longtemps.*

Ou encore avoir perçu chez eux une prédisposition antérieure

P3 : *Je dirais que j'étais déjà un peu prédisposée, déjà d'une part parce que j'ai toujours été quelqu'un de calme.*

P7 : *Finallyment dans ma façon de vivre et d'exister au monde j'étais déjà sur ces tendances-là.*

P8 : *Probablement que j'avais une communication où j'essayais de poser les choses, à ne pas me laisser pousser dans mes retranchements.*

P10 : *Oui j'avais déjà une autre vision du soin, j'suis pas une technicienne...*

Et envisagent de ce fait l'hypnose comme une continuité

P9 : *C'est vrai qu'avant de faire l'hypnose j'étais un peu comme ça mais depuis l'hypnose c'est encore plus.*

P10 : *Elle a pas changé parce qu'elle arrive après quinze ans d'expérience, mais elle est venue conforter et m'a apporté cet outil qu'est l'hypnose conversationnelle.*

P11 : *Je pense que j'étais dans la catégorie des gens avec qui ça allait bien au niveau de la façon d'approcher mes patients je pense qu'effectivement ça a continué de m'orienter dans une direction que j'avais prise en départ.*

Le temps nécessaire pour changer sa pratique et adopter les techniques d'hypnose semble rapide

P1 : *C'est très vite fait de corriger. (...) Je pense qu'au bout des quatre mois ce genre de trucs je ne le disais plus.*

P10 : *Oh ouais tout de suite ! ça faisait 10 ans que je la demandais cette formation ! quand je l'ai-je l'ai bouffé !*

P11 : *Ça ne prend pas longtemps !*

4. Hypnose comme prise en charge globale

Ce qui ressort des entretiens c'est aussi la vision que l'hypnose permet une prise en charge globale du patient

P4 : *Moi j'me souviens d'anciens patrons quand j'étais externe à l'Hôtel Dieu qui entouraient le patient, ils les touchaient, ils prenaient le temps, toujours un mot doux et bah ils étaient là-dedans quoi ! Sans le savoir ! On a perdu peut-être cette façon de prendre en charge le patient.*

P7 : *Dans toutes les situations avec la surcouche hypnose ou formation hypnose conversationnelle à minima ou formation à l'aptitude à prendre en charge dans sa globalité le monde qui t'entoure, je trouve que de toute façon tu auras de meilleures solutions, quelques soient les dysfonctionnements.*

P10 : *Je crois que c'est ça que fait l'hypnose conversationnelle, elle vient nous montrer ça. C'est un outil qui permet à tout le monde de mettre en lumière ce qu'on fait tous.*

P11 : *Parce que quand t'es formé à l'hypnose tu sais que ton débit de parole et ton temps et comment tu parles aux gens a un impact radical sur comment les gens réagissent et te perçoivent.*

Avec ce souci de remettre la communication à la base du soin

P4 : *Il faut revenir à la base du soin, cet échange qu'il se passe à un moment donné avec le patient c'est nécessaire.*

Et d'apporter du réconfort aussi bien au patient qu'à l'ensemble de l'équipe présente

P3 : *Ça rayonne en sur l'ambiance de l'accueil, au niveau du QG.*

P7 : *Je trouve que c'est à nous de faire un effet de contagion qui se ressent bien.*

P9 : *J'ai trouvé que ça nous apportait du réconfort aussi bien pour le malade que pour nous.*

Avec toujours cette philosophie de se dire qu'au pire ça ne marche pas, ça n'aggrave pas les choses

P7 : *Au pire ça sert à rien au mieux ça sert à quelque chose !*

P8 : *Je sais que dans tous les cas on ne fera pas du mal.*

P10 : *J'accompagne, ça marche, ça marche pas on s'en fout on accompagne.*

5. Réaction du patient

Plusieurs soignants rapportent qu'en absence de réponse à la violence le patient finit par abandonner

P3 : *Ils s'en vont parce qu'ils n'ont pas trouvé d'adversaire. (...) Il faut d'emblée leur proposer cette relation où ils ne trouvent aucune accroche.*

P4 : *Je me mets dans une position où l'autre a l'impression de me dominer mais au bout d'un moment il y voit plus d'intérêt donc il va finir par s'asseoir aussi.*

Que l'hypnose apaise les patients

P9 : *La personne ça l'apaise, elle a pas affaire à une personne qui parle fort, qui crie sinon comme ça ça marchera pas.*

Avec plus ou moins d'efficacité

P12 : *Y en a sur qui ça changera rien mais je pense que ça peut les aider à patienter ou à comprendre mieux certaines choses.*

Mais que cela reste quelque chose qui est proposé au patient et non imposé

P4 : *C'est le patient qui décide nous on est là pour proposer quelque chose, la guérison c'est tout ça, il faut remettre le patient sur le chemin de la guérison et l'hypnose conversationnelle peut aider c'est sûr. (...) Je considère avec l'hypnose qu'on propose quelque chose au patient et c'est lui qui dispose, c'est lui le chef entre guillemets.*

C. L'hypnose comme élément d'évolution du ressenti de la violence

1. Changement dans la gestion de la violence

Depuis qu'ils utilisent l'hypnose, beaucoup de soignants ont noté un changement dans l'approche et la gestion de la violence avec le constat d'un réel bénéfice, tant pour les patients que pour les personnels du service.

P3 : *Je n'ai jamais répondu à la violence mais là depuis c'est encore mieux en fait.*

P4 : *Je crois qu'aussi d'avoir cette vision d'hypnose m'aide.*

P7 : *L'hypnose a modifié la gestion des paramètres relationnels de ma vie quotidienne comme de ma vie professionnelle donc nécessairement les situations conflictuelles, c'est certain.*

P9 : *Moi depuis la formation que j'ai faite sur l'hypnose, j'aborde les choses beaucoup plus posément. (...) Ça désamorçait les conflits.*

P10 : *Donc oui dans ma façon d'appréhender la violence, du moins de la prévenir ouais l'hypnose conversationnelle a beaucoup changé de choses.*

Mais également d'un bénéfice personnel

P4 : *Alors en terme d'énergie je pense que ça m'épuise moins, que ça m'affecte moins.*

P11 : *Je pense que ça m'impacte moins.*

Une participante en revanche trouve que la violence est toujours aussi difficile à gérer d'un point de vue personnel

P7 : *J'essaie juste de m'en préserver le mieux possible mais je le considère pas différemment, je trouve toujours ça aussi dur.*

2. Nombre de situations violentes rencontrées

En ce qui concerne le nombre de situations violentes rencontrées depuis la formation à l'hypnose, certains ont le sentiment qu'il existe une diminution

P6 : *J'ai l'impression d'avoir moins de violence (...) J'ai l'impression de ressentir moins de violence. Probablement que ça a changé quelque chose. (...) C'est un ressenti mais j'ai*

l'impression qu'il y a beaucoup moins de gens agressif avec moi, beaucoup moins de violence.

P11 : Je pense que ça m'impacte moins.

Une seule personne a le sentiment inverse

P1 : Avec le temps j'ai quand même l'impression qu'il y en a de plus en plus.

D'autres en revanche ne notent aucune différence du nombre de situations violentes rencontrées depuis l'utilisation de l'hypnose

P2 : Non ça n'a rien changé.

P5 : Ça a rien changé.

P8 : C'est pareil, ça ne change rien.

D. Relation soignant-soigné

D'une façon plus globale les participants rapportent une modification de la relation de soin avec leurs patients grâce à l'hypnose

P1 : Ah oui, oui oui, sur toutes les notions de communication positive. (...) ça change ton discours de fond et ta manière de t'exprimer.

P2 : Ça n'a pas changé mon rapport à la violence ça a changé mon rapport aux patients (...) ça clairement ça a changé ma pratique.

P3 : ça a certainement changé ma relation aux soins. (...) C'est sûr que ça a changé mon rapport aux gens malgré tout.

P6 : Ça a changé ma façon d'aborder les gens et de leur parler, de les rassurer, de les faire respirer ... oui oui c'est sûr à 100%.

P11 : Qu'il faut vraiment te dire t'as ton soin qui est urgent qu'il faut soulager la douleur voilà mais que dans ta communication et ta façon d'approcher le patient il faut que tu sois le contraire de l'urgence et que si t'es dans l'urgence, c'est mort.

P12 : Oui je pense ça change la façon globale de voir les choses.

Et ce même en dehors de toute séance d'hypnose à proprement parler

P3 : *Le fait de pratiquer l'hypnose souvent on a toujours en nous ce vocabulaire positif et qui va toujours sur des mots rassurants.*

P6 : *Oui ! c'est sûr ! Même en dehors de toute séance d'hypnose, parce que j'en fais plus j'ai plus le temps.*

P11 : *Ça a posé mon débit entre autres, je pense que dans la vie courante j'ai un débit qui est impressionnant, alors qu'aux urgences mon débit il a rien à voir avec celui de la vie courante, l'hypnose ça m'a aidée.*

Avec un effet qui s'étend même au-delà de la sphère professionnelle

P3 : *C'est sûr que ça a changé mon rapport aux gens malgré tout même si j'étais déjà très calme. C'est peut-être pour ça que j'adhère autant à cette pratique.*

P7 : *L'hypnose a modifié la gestion des paramètres relationnels de ma vie quotidienne comme de ma vie professionnelle donc nécessairement les situations conflictuelles, c'est certain.*

Avec parfois une véritable remise en question

P4 : *Il y a une espèce de travail sur soi qui fait qu'on est plus disponible pour le patient parce qu'on est dans cette mécanique-là.*

P10 : *Ça me remet en question moi et la façon dont je parle à mes collègues, ce que les patients entendent, et l'ambiance générale que ça met, positivement ça change tout en fait. (...) Ça remet du sens au côté soignant.*

Ou une modification de la façon de penser globale

P3 : *Quand on fait une formation d'hypnose on atteint une façon de penser qui est un peu différente, il faut penser hypnose.*

P12 : *Ça te donne un état d'esprit qui permet de mieux appréhender le patient, pas forcément toujours faire une séance d'hypnose, mais ça permet globalement de plus apaiser les tensions.*

Voire un changement dans la façon de voir le patient

P4 : *Je vois peut-être la vie des patients un peu différemment. Ma vision globale a peut-être changé.*

Une soignante évoque son étonnement vis-à-vis de l'effet de l'hypnose et de l'étendue de son champ d'action

P7 : *Je suis toujours bluffée par son efficacité alors que je l'utilise beaucoup, à chaque fois je suis sidérée par ce que ça peut apporter comme bien être, comme résolution de problème somatique, comme le calme dans lequel les interventions se passent, comme dans le bien être global des équipes et des patients. Ça oui la surprise est nouvelle.*

Une autre en revanche ne note aucun changement dans sa relation de soin depuis l'hypnose

P5 : *Alors ça a pas changé grand-chose ! (...) ça a été un plus, mais dire que ça a modifié quelque chose...*

E. Bénéfice personnel

Nombreux sont les soignants qui rapportent un bénéfice personnel à la pratique de l'hypnose

P3 : *Même pour moi j'y vois un bénéfice. Tu relativises beaucoup de choses, il y a beaucoup de choses qui n'ont pas d'importance. J'ai toujours porté de l'attention aux choses graves et beaucoup moins aux choses de la vie courante, ça m'apporte beaucoup de relativité. Notre formateur nous disait que les gens qui pratiquent l'hypnose vivent longtemps.*

P4 : *Autant au début ça me fatiguait, je terminais la séance avec la migraine autant maintenant il y a une espèce d'aller-retour, de bénéfice pour moi aussi (...) à chaque fois ça me fait du bien.*

P9 : *Moi depuis la formation que j'ai faite sur l'hypnose, j'aborde les choses beaucoup plus posément. (...) Moi je pense que ça amène que du positif, les gens qui ont fait la formation c'est que du positif.*

P11 : *Ça m'a apaisé moi, sur ma manière de communiquer.*

Un bénéfice qui s'étend en dehors de l'hôpital

P3 : *Je m'en sers pour moi par exemple quand je me fais opérer je m'endors en état d'hypnose oui, je me mets dans un endroit où j'aime bien être.*

P9 : *Il y a un bénéfice flagrant pour moi-même en dehors de l'hôpital. (...) Moi je pense vraiment que ça apporte dans notre vie de tous les jours.*

L'hypnose permet de prendre du recul

P3 : Et même pour moi j'y vois un bénéfice. Tu relativises beaucoup de choses, il y a beaucoup de choses qui n'ont pas d'importance (...) ça m'apporte beaucoup de relativité.

P4 : Cette attitude permet de se poser sois même c'est agréable.

P9 : C'est vrai que depuis l'hypnose j'appréhende les choses de la vie beaucoup plus... je ne stresse pas pour un oui ou pour un non.

P12 : Oui je pense que ça permet de mettre de côté certaines choses. (...) ça permet de plus te détacher et de faire abstraction des choses pour pas que ça te parasite et que tu reviennes chez toi en étant énervée à fleur de peau.

Elle sert aussi d'outil de protection pour certains

P7 : C'est aussi un outil de protection pour moi en termes de... ne pas laisser rentrer l'agressivité jusqu'à moi pour me préserver sur la durée.

D'autres utilisent même l'autohypnose, de façon plus ou moins consciente

P3 : On a une espèce d'auto-méditation permanente, une méditation sur soi qui fait qu'on est dans cet état d'esprit.

P4 : Parce que ça travaille aussi en nous, j'ai été hypnotisé, je comprends ça, et puis je fais peut-être aussi de l'autohypnose sans m'en rendre compte parfois.

P7 : Quand c'est utile et que ça marche bien c'est dommage de ne pas l'utiliser, aussi bien pour me régénérer que pour m'endormir très vite si j'ai une demi-heure de sommeil à prendre sur une garde, pour éviter de me faire atteindre par des choses violentes...

F. Freins et Réserves

1. Liés au patient

Parmi les freins évoqués par les soignants à l'utilisation de l'hypnose dans les situations de violence, la prise de toxiques par les patients, que ce soit de l'alcool, de la drogue ou des médicaments, est selon eux un des éléments diminuant l'écoute et donc limitant la possibilité de mettre en place une communication hypnotique

P4 : *Il faut un minimum de capacité d'écoute quand même, quand t'es trop sous substances c'est pas possible.*

P7 : *C'est compliqué avec les gens sous l'emprise de toxique parce qu'ils ont pas l'aptitude à entrer sur l'échange aussi bien que des patients qui ont à leur disposition une conscience éclairée.*

P10 : *Le toxico ou l'alcoolisé de toute façon ils écoutent pas, y a des pathologies où ils écoutent pas.*

P11 : *Quand ils sont vraiment trop alcoolisés pour comprendre ce qu'ils font là je laisse tomber et c'est des personnes qu'on va contenir.*

P12 : *Les patients alcoolisés ils vont être moins réceptifs à l'hypnose.*

Certains pondèrent tout de même en évoquant une réceptivité moindre des patients sous l'emprise de toxiques mais une volonté d'essayer quand même

P7 : *Mais même sur quelqu'un d'intoxiqué, le ton de la voix, les postures, les gestes, les contacts, la façon de se déplacer, la façon d'intégrer l'équipe ... ça va jouer fortement.*

P9 : *Les personnes alcoolisées c'est dur mais des fois y a des personnes alcoolisées avec qui vous échangez, pas toujours, mais des fois.*

La deuxième grande catégorie de patients qui représentent un frein sont les patients psychiatriques

P3 : *C'est sûr qu'avec les patients psychiatriques complètement décompensés là t'as pas de solution.*

P4 : *Le psychotique c'est toujours compliqué.*

P9 : *Des fois les gens un peu psy c'est pas évident avec l'hypnose. (...) Moi je dirais que la psychiatrie ça me mettrait un frein.*

P12 : *Les gens qui ont des gros soucis psychiatriques de base, l'hypnose ça sera pas possible.*

Deux soignants refusent de faire de l'hypnose sur les patients identifiés comme psychiatriques

P6 : *L'hypnose sur les patients psychiatriques déjà il faut se méfier. Je me lancerai pas.*

P12 : *Moi je préfère pas faire de séance sur des patients psychiatriques.*

Deux autres en revanche rapportent essayer l'hypnose en prenant l'éventuel risque que cela ne marche pas

P5 : *Après il faut pas aggraver leur état mais au pire ça marche pas.*

P8 : *La psychiatrie c'est aussi un frein, alors j'essaye, c'est sûr j'essaye, mais il y en a qui sont débordés, qui peuvent pas entendre donc du coup c'est compliqué.*

La dernière catégorie de patients pour qui il semble difficile de proposer de l'hypnose sont les patients déments

P4 : *Après les états démentiels qui sont souvent liés à de l'agitation, là pour le coup je trouve que le contact physique est essentiel.*

P9 : *Il y avait une dame âgée aussi une fois, elle criait beaucoup, mais là j'avais eu du mal...*

De façon plus globale ce qui apparait comme le frein principal à l'hypnose est le manque de capacité d'écoute

P2 : *Les gens dans ces situations sont difficilement accessibles et à l'écoute (...) Ils sont souvent dans l'opposition et la confrontation plus que dans l'écoute c'est ça qui peut être compliqué.*

P6 : *Leur (absence de) coopération.*

2. Liés au service d'urgences

Certaines des réserves émises concernent le lieu en lui-même qui est souvent décrit comme un endroit bruyant avec de l'agitation

P4 : *C'est d'avoir un environnement qui permet d'avoir pas trop d'agitation autours pour pouvoir poser les choses et que l'agressivité s'abaisse. (...) Le pire c'est d'essayer de calmer quelqu'un à l'accueil des urgences parce que c'est pas possible quoi (...) Mais bon aux urgences c'est compliqué c'est sûr.*

L'autre réserve est celle du temps nécessaire pour mettre en place l'hypnose

P8 : *C'est chronophage*

P12 : *Parce que t'as pas forcément le temps aux urgences...*

Alors qu'une autre personne affirme au contraire que le côté chronophage de l'hypnose n'est pas une réserve

P5 : *Beaucoup de gens vont te dire que c'est le temps le problème. (...) Alors c'est pas le temps !! Le temps si on le veut on l'a.*

Enfin une dernière personne évoque la difficulté parfois pour le personnel de se rendre disponible

P5 : *Au niveau du nombre de personnes aussi, parce qu'il faut détacher quelqu'un.*

3. Liés aux soignants

Une des réserves également évoquées est celle liée aux personnels soignants notamment les personnels soignants non formés

P3 : *Peut-être que tout le monde s'en mêle. Ce qui va être dur c'est si mon collègue commence à s'énerver.*

P9 : *Moi j'avais des collègues la façon dont elles parlaient aux gens... je les trouvais agressives !*

P10 : *Quand tu as du personnel non expérimenté, jeune diplômé, qui vient s'immiscer, ça peut effectivement briser le truc. (...) je me souviens pas de mes techniques mais je pense que j'étais dans une sorte de contention verbale (avec le patient), et là y a un médecin, croyant bien faire, qui fait un pas dans la bulle du patient et qui tend la main vers le patient. Là ça a été un carnage complet, un carnage de soignants, ça volait de partout.*

4. Liés à leurs propres limites

Les soignants interrogés ont également émis des réserves quant à leur propre capacité à pratiquer l'hypnose ou aux ressources personnelles qu'ils doivent mobiliser pour y arriver

P7 : *L'éventuelle difficulté c'est de ne pas avoir assez de ressource sous-jacente ou de recul pour prendre cet outil là et se faire entrainer dans un cercle vicieux de violence mais c'est bien la seule que je vois.*

P8 : *J'suis pas assez à l'aise encore avec ça. Plus ça va plus j'ai du mal à me lancer.*

P10 : *Je pratique beaucoup la conversationnelle mais l'hypno-analgésie formelle c'est hyper compliqué, t'as pas confiance en toi...*

5. Liés à la formation

Plusieurs soignants évoquent une formation d'hypnose initiale non dédiée à la prise en charge de la violence

P1 : *Ma formation d'hypnose était très orientée sur l'analgésie (...) l'agressivité, cette situation ne s'est jamais présentée dans ma formation d'hypnose.*

P5 : *Après moi je m'en sers plus pour la douleur et les crises d'angoisse. C'est pour ça qu'on a été formé et je reste dans le cadre.*

P6 : *Après je pense pas qu'on ait eu dans notre formation, une formation qui nous apprenne à gérer la violence avec l'hypnose, on l'a eu pour la douleur et c'est comme ça que je m'en sers, pour la violence on a pas eu la formation.*

Ou qui évoquent l'apport complémentaire d'une autre formation, notamment les « formations violence » et anti-agressivité proposées par plusieurs hôpitaux

P1 : *Dans la gestion d'une situation d'agressivité je dirais que c'est, peut-être pas tant l'hypnose qui m'y a formé mais mes formations précédentes.*

P3 : *On a des formations agressivité qui nous disent de ne pas répondre tout ça.*

P5 : *Je me sers plus des formations anti-agressivité qu'on a faite.*

6. Absence de frein

Pour une personne, à contrario, il n'existe aucun frein à la pratique de l'hypnose dans les situations de violence, et même de façon générale. Avec la philosophie qu'au pire : ça ne marche pas.

P7 : *Spécifiquement ? non je n'en vois pas. Au pire ça sert à rien au mieux ça sert à quelque chose ! Donc pour moi il n'y a pas de frontière ou de chose à ne pas utiliser. C'est plus ou moins efficace c'est tout, mais au pire ça sert à rien. Y a pas de nocivité particulière et au contraire, moi j'y vois, en général, que des choses positives.*

G. Formation dédiée

Une grande majorité des participants se dit favorable à la réalisation d'une formation à l'hypnose dédiée spécifiquement à la prise en charge des situations violentes

P1 : *ça peut tout à fait avoir sa place, ça rend service.*

P2 : *Moi je trouve que de toute façon tout ce qui va permettre de donner des clés pour gérer la violence aux urgences ça peut être que du plus.*

P3 : *Là il y a un créneau !!*

P5 : *J'suis tout à fait pour, en formation complémentaire tout à fait. Ça serait pertinent et au sein des urgences ça serait intéressant.*

P6 : *TOP ! Je pense que tout urgentiste devrait être formé à ça ! C'est clair !!*

P8 : *Ah bah j'ai hâte de la faire ! Ça serait chouette ! En plus ça nous touche nous mais ça touche aussi tous les corps de métier, ça serait super.*

P10 : *Moi je pense qu'il faut former les équipes intégrantes à l'hypnose conversationnelle, avant même de les former à l'hypnose formelle.*

P12 : *Ah bah ça c'est très bien (...) Mais oui je pense que ça serait très bien pour les soignants et dans tous les services. C'est quelque chose auquel on est confronté tout le temps donc oui ça serait bien.*

En soulignant que la formation serait très adaptée pour les urgences

P1 : *C'est assez adapté aux urgences en fait.*

P2 : *C'est quelque chose qui peut aider au quotidien dans le travail aux urgences.*

P9 : *ça serait bien je trouve que tous les personnels soignants, médecin, aide-soignant... Tous les gens qui gravitent autour des urgences soient un peu formé à l'hypnose.*

Certains soignants pondèrent en affirmant qu'une telle formation serait intéressante mais en complément d'une formation plus globale

P1 : *De manière intégrée aux enseignements je trouve que ça a tout à fait sa place.*

P4 : *Peut-être oui, mais c'est un tout, mais faut pas se limiter à ça.*

P5 : *En plus avec les formations anti-agressivité je pense que ça se combinerait bien oui.*

P9 : *Moi je trouve que ça serait bien de la faire. En complément du reste oui. Moi je trouve que ça serait bien, que ça serait une bonne chose.*

P11 : *Je pense que ça serait une bonne aide. En complément d'une formation de base mais je pense que ça serait une bonne aide.*

Deux soignants en revanche trouvent que ce n'est pas une bonne piste, en avançant le fait que ce serait trop restrictif

P7 : *Non moi je ne pense pas qu'il y ait besoin de faire ça, je pense qu'il vaut mieux avoir une formation globale pour pouvoir chacun l'utiliser à bon escient en fonction des situations. (...)
Pour moi ça serait trop restrictif de se dire voilà pour la gestion des conflits on va faire ça, pour la douleur plutôt ça ... Pourquoi faire un focus restrictif? c'est pas utile.*

P10 : *Non trop spécifique pour moi. L'hypnose pour moi c'est un savoir être que tu as à l'intérieur de toi, on t'aide avec des techniques, mais c'est plus global. Moi j'aurais pas dédié une formation là-dessus.*

DISCUSSION

I. L'étude

Cette étude est novatrice par son objet même. Si le nombre de publication concernant l'hypnose est important et qu'il en est de même concernant la violence dans le secteur des soins, il n'y a, à notre connaissance et après une recherche bibliographique approfondie, pas d'étude concernant la pratique de l'hypnose dans les situations de violence intra hospitalière.

De plus, cette étude étant réalisée avec des soignants pratiquant en service d'urgence, elle s'inscrit dans l'actualité qui met en évidence les difficultés liées au caractère imprévisible, irrégulier et déstabilisant de l'activité de soins dans des services dont l'essence même est la non programmation.

II. La méthode

A. Méthode qualitative: forces et limites

La méthode qualitative choisie pour cette étude est appropriée pour évaluer le ressenti des participants et laisse une grande liberté de réponse. Ce type d'étude est particulièrement adapté quand le facteur observé est subjectif et donc, de ce fait, difficile à mesurer. (89)

De plus, l'un des points forts de ce type d'étude est « *qu'elle étudie les gens dans leur milieu naturel plutôt que dans des situations artificielles ou expérimentales.* » (95) et « *visé à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en ont fait l'expérience* ». (96)

C'est pourquoi cette étude n'a pas pour vocation d'apporter la preuve de l'efficacité de l'hypnose dans la gestion de la violence mais a pour objectif de faire un tour d'horizon des pratiques professionnelles, d'aborder la capacité des différents participants à gérer la violence sur leur lieu de travail et de recueillir leur vécu. Le but est ici d'explorer un phénomène donné et de suggérer de nouvelles hypothèses de recherche. (95)

B. Echantillon: forces et limites

La constitution de l'échantillon a été faite avec une dynamique dite de « boule de neige » et les participants ont été minutieusement sélectionnés selon des critères d'inclusion définis au préalable.

Dix-huit personnes ont été contactées et l'ensemble des douze personnes ayant répondu favorablement à la réalisation de l'étude ont été interrogé. Une personne a refusé de participer en expliquant ne pas assez utiliser l'hypnose dans le cadre de son travail. Cinq autres personnes contactées n'ont jamais donné de réponse malgré les nombreuses relances, il n'est donc pas possible de connaître les raisons de leur refus. On peut émettre l'hypothèse d'un manque de temps ou d'intérêt pour l'étude ou, comme la personne ayant expliqué son refus, d'un manque de pratique de l'hypnose.

On peut remarquer que dans notre échantillon une très grande majorité de femmes sont représentées (11 sur 12) sans que cela soit une volonté préalable. Ceci pourrait suggérer qu'elles sont plus formées à l'hypnose que les hommes mais il est surtout important de noter qu'elles sont beaucoup plus représentées chez les infirmiers (88% des effectifs) et chez les aides-soignants (90% des effectifs) (97) ce qui peut expliquer cette surreprésentation.

En ce qui concerne les catégories professionnelles, il y a 5 médecins, 3 infirmières et 4 aides-soignantes ce qui, à l'échelle de cet échantillon, montre une certaine homogénéité dans le recrutement.

L'âge des participants varie de 35 à 57 ans. Le nombre d'années d'exercice au sein du service d'urgence varie de 3 à 38 ans avec une moyenne et une médiane de 15 années, ce qui permet de penser qu'il s'agit de personnels soignants expérimentés. Cette expérience professionnelle est très certainement profitable dans la situation qui nous intéresse bien que pouvant créer un biais de confusion dans l'interprétation des résultats.

Cette étude menée chez différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) a donc pu, par la diversité des soignants recrutés (profession, âge, années d'expérience), permis d'apporter une réponse transversale, solide et la plus complète possible.

Les formations à l'hypnose suivies par les participants à cette étude bien que différentes avaient une certaine homogénéité permettant une bonne comparabilité des personnels et des pratiques :

ces formations duraient de 6 à 10 jours et portaient essentiellement sur l'hypno-analgésie et la gestion de l'anxiété.

Ces formations ont été assurées soit par l'Institut Français de l'Hypnose, soit dans le cadre de la formation continue des personnels des Hospices Civils de Lyon, soit lors d'un cycle de formation spécifique par l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc de Lyon.

Une des limites que l'on peut soulever concerne le fait que quelques participants ont bénéficié d'une formation de gestion de l'agressivité proposé par leur centre hospitalier d'exercice. Ces formations de courte durée, une à deux journées généralement, permettent via des enseignements théoriques et des jeux de rôles d'identifier, de comprendre et de désamorcer l'agressivité des patients. Cette différence entre la formation des participants peut être à l'origine d'un biais de confusion dans l'interprétation des résultats.

On peut avancer que la représentativité est limitée du fait de la petite taille de l'échantillon et qu'un échantillon de plus grande taille aurait pu apporter de nouvelles connaissances ou soulever de nouvelles problématiques. Mais comme l'affirme Laurence Kohn « *Une douzaine d'entretiens bien ciblés peut suffire à atteindre l'objectif de saturation alors qu'il est évidemment dépourvu de sens d'appliquer des méthodes statistiques sur un échantillon aussi réduit.* » (95) C'est pourquoi le choix de ne pas réaliser de nouveaux entretiens a été fait devant la saturation des données et la redondance des idées apportées lors des derniers entretiens.

C. Entretien: forces et limites

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés en partant du postulat qu'une personne interrogée seule peut s'exprimer plus facilement, permettant ainsi d'aborder des sujets plus difficiles ou personnels. Il s'est avéré également que la réalisation d'entretiens individuels était plus simple d'un point de vue pratique que l'organisation d'un focus group car les personnes interrogées étaient souvent peu disponibles et manquaient de temps. (95)

Il a été assuré aux personnes participant à l'étude la garantie d'une parfaite anonymisation des données et retranscriptions leur donnant ainsi la possibilité de s'exprimer de manière plus sincère et libre. De plus, il n'y a que peu de biais de mémorisation car ce travail s'intéresse aux pratiques professionnelles actuelles et au vécu présent des personnes interrogées et ne fait donc pas appel à leurs souvenirs.

Le chercheur est soignant, en formation en médecine d'urgence. Cela a favorisé un langage commun et une connaissance au préalable de la réalité du travail au sein des services d'urgences et de l'hôpital de manière générale. En contrepartie, le chercheur ayant déjà travaillé, au sein de son cursus, avec plusieurs des personnes interrogées cela a pu limiter la prise de distance et induire un potentiel manque de neutralité lors des entretiens.

De plus, malgré la recherche permanente d'objectivité vis-à-vis des participants de l'étude et la volonté de l'investigateur de toujours être le plus neutre possible sans laisser paraître son avis personnel celui-ci a pu, de façon inconsciente, influencer le répondant. Notamment à travers son attitude, le partage d'expérience, les discussions hors entretien ou la réponse à certaines questions posées par les participants. L'ensemble de ces éléments sont susceptibles d'introduire un biais d'influence.

Pour autant, les questions ont été laissées ouvertes pour obtenir des participants la plus grande liberté de réponse et ainsi leur permettre d'apporter des idées novatrices ou inattendues. Celles-ci ont ainsi pu soulever de nouvelles perspectives sans orienter les réponses en fonction des résultats attendus par l'investigateur.

Enfin, il est nécessaire de noter que le chercheur est peu expérimenté dans le domaine des études qualitatives et menait pour la première fois un travail de ce type. Une recherche bibliographique sur la méthodologie de la recherche qualitative a été réalisée en amont et une formation d'aide à la rédaction médicale, conduite par le Pr Hervé Maisonneuve, a été suivie. Pour autant, l'investigateur a pu par exemple être gêné par l'anticipation, dans les réponses, de certains points de l'entretien, ou par des réponses trop peu détaillées données par les participants et ce malgré les relances de l'investigateur. De plus, bien que la recherche permanente d'un lieu neutre et calme ait été une priorité, le chercheur a parfois été contraint, à la demande des interrogés, de réaliser certains entretiens dans des bureaux médicaux non loin du service des urgences. Les participants ont pu alors être dérangés par une sonnerie de téléphone ou par une tierce personne, interrompant ainsi le fil de leur récit. Ces différents éléments peuvent donc introduire un biais d'investigation au sein de l'étude.

D. Retranscription et analyse des données

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Pourvu d'un bon micro celui-ci a pu être placé relativement loin du participant afin qu'il puisse en oublier la présence

et se livrer plus facilement. Aucun des participants n'a semblé gêné par la présence du dictaphone. Bien que des notes aient été prises pendant les entretiens, la retranscription des postures, émotions ou silence aurait pu être améliorée.

Les entretiens ont tous été fidèlement retranscrits dans les jours suivant la réalisation de l'enregistrement. La retranscription des verbatim a été faite au mot près, en conservant les potentielles erreurs de syntaxe, de grammaire ou les formulations du langage courant.

L'analyse des résultats a été faite consciencieusement par le chercheur avec codage systématique des données. Ces retranscriptions et codage ont entièrement été envoyée au Dr Didier Brodsky, directeur de thèse, pour relecture, analyse et correction. Cette méthode appelée triangulation permet d'appuyer la validité interne de l'étude. (89,98)

L'autre point fort renforçant la validité interne de l'étude est l'analyse, systématique et rigoureuse et la prise en compte de l'ensemble des données. Il n'a pas été exclu de l'analyse des idées ou réponses n'allant pas dans le sens des hypothèses initiales et des résultats attendus par le chercheur. (98) Cette analyse a ainsi permis de limiter le biais d'influence.

Enfin, rappelons que le chercheur est peu expérimenté et bien qu'il ait réalisé une analyse minutieuse et systématique de l'ensemble des données, un biais d'interprétation n'est pas exclu.

III. Discussion des résultats

A. Le rapport à la violence

Les résultats de cette étude montrent que la problématique de la violence au sein des services d'urgences est un phénomène réel bien ressenti et rapporté par les soignants qui y travaillent. Il est décrit comme quotidien voir même faisant partie intégrante du travail au sein des services d'urgences. Tout ceci fait écho aux nombreuses publications françaises (35,45) mais également internationales sur le sujet (4,38). La notion de violence comme faisant partie intégrante du travail des soignants aux urgences est un fait qui a été décrit notamment aux États-Unis avec l'étude de L. Erickson rapportant ce sentiment de « *part of the job* ». (33)

Si certains reconnaissent ne pas avoir d'appréhension vis-à-vis de cette violence au travail, d'autres en revanche appréhendent ce phénomène. Certaines situations semblent être plus anxiogènes pour les soignants : le travail de nuit ou la confrontation à certains patients notamment ceux sous l'emprise de toxiques ou encore les patients psychiatriques. Ces différents éléments sont ceux généralement retrouvés dans les études comme facteurs pourvoyeurs de violence. (31,44)

Le vécu global de ces violences est différent selon chacun. Certains, du fait de leur expérience notamment, ne se disent pas impactés par ces violences. Pour cela, quelques soignants rapportent un travail de réflexion, de déconstruction et d'analyse de ces situations pour apprendre à y faire face. D'autres, verbalisent de la peur mais aussi la difficulté à faire face à la violence bien qu'elle soit couramment rencontrée au sein de leur activité professionnelle avec le sentiment de ne jamais s'y habituer.

En ce qui concerne le type de violence rencontré la violence verbale est très clairement majoritaire. La violence physique, bien que plus rare, est néanmoins présente. Ceci fait écho aux chiffres relevés par l'ONVS en 2017 et 2018. (3,99)

Les profils de patients susceptibles d'être responsables de violence au sein des services d'urgences sont identifiés par les soignants en trois grandes catégories toutes décrites dans la littérature : les patients sous l'emprise de toxiques, drogue ou alcool, les patients psychiatriques et les patients violents du fait de leur caractère propre. (31,41,43)

D'autres éléments sont susceptibles d'engendrer de la violence et ceux-ci sont plutôt liés à la situation aiguë qu'au patient à proprement parler. La venue aux urgences est très souvent source de stress, d'anxiété parfois même de douleur ou de mal être directement lié au motif de venue, tous sont des facteurs potentiellement pourvoyeur de violence. Plus encore, la violence peut, dans certaines situations, être déclenchée directement par l'environnement parfois hostile des services d'urgences. Un long temps d'attente, un manque d'information ou un sentiment d'incompréhension de la part des patients peut parfois être le déclencheur d'accès de violence. (4,44)

Enfin, deux participants nous ont rapporté un phénomène parfois sous-évalué ou sous-rapporté dans les différentes publications : la violence de l'institution hospitalière envers les patients, comme décrit plus haut mais également envers les soignants. Comme l'écrit M. Michel dans son livre *La violence à l'hôpital* : « les grands hôpitaux de type CHU peuvent apparaître comme des « usines » dans lesquelles les décisions sont issues d'un processus complexe que

personne ne maîtrise vraiment. (...) On comprend dans ces conditions que certains dysfonctionnements s'éternisent, aux dépens des personnels ou des usagers. » (40)

B. L'utilisation de l'hypnose et ses techniques

De nombreux soignants rencontrés dans le cadre de cette étude rapportent l'utilisation de l'hypnose, et plus spécifiquement de la communication hypnotique, quasiment en permanence et avec l'ensemble des patients. Certains insistent plus particulièrement, en apportant cette « sur couche » hypnotique, lorsqu'ils font face à des situations de violence notamment verbales. *« Sur la violence verbale c'est vraiment une aide formidable. » (P3)*

Deux soignants reconnaissent ne pas utiliser l'hypnose dans les situations de violence, avançant qu'ils ont été formés dans un cadre d'hypno-analgésie et ne se sentent pas à l'aise à l'idée de l'utiliser *« hors cadre » (P5 et P6).*

Les objectifs avancés de l'utilisation de l'hypnose dans le contexte des violences sont d'une part de calmer le patient en limitant son accès de violence, dans l'optique d'instaurer de dialogue et de créer un lien pour permettre une prise en charge thérapeutique adaptée et efficace. D'autre part, il s'agit de protéger les soignants afin qu'ils ne soient pas impactés de manière négative par cette violence. *« Avec toujours cette double notion de protéger, soi-même et les équipes, tout en amenant le binôme patient-soignant au meilleur point possible vis-à-vis du patient, sans oublier le soignant. » (P7)*

Pour arriver à cela nous avons demandé aux soignants de nous décrire les différentes techniques et outils hypnotiques qu'ils utilisaient. La quasi-totalité des soignants évoquent une adaptation du discours et des mots choisis voir même une adaptation plus globale de la communication. *« L'hypnose conversationnelle c'est consolateur, c'est d'abord des mots doux dans le positif et le renforcement et t'enlèves les mots qui font mal ou qui font peur. » (P4)* Nombreux sont ceux qui rapportent l'utilisation de l'hypnose conversationnelle et des techniques de communication hypnotiques dans les situations de violence. Cette communication hypnotique fait désormais partie de l'arsenal thérapeutique des soignants formés qui l'utilisent comme un véritable outil de soin. Les publications sont nombreuses en ce sens. (64,65) Comme l'affirme A. Bioy *« cette communication hypnotique facilite bien sûr le soin, mais aussi permet de désamorcer les situations difficiles et peut souvent en prévenir l'apparition. »*

En plus du travail fait sur le fond du discours, la forme est également adaptée par les soignants. Le ton de la voix et le débit de parole sont ralentis, posés et calmes avec l'objectif de faire redescendre la tension en face. « *L'hypnose ça m'a permis d'adopter un certain ton (...) Parfois c'est au-delà des mots, c'est le timbre et la fréquence que l'on utilise.* » (P4) La posture et l'attitude des soignants est modifiée également. « *Le fait d'être là, et très calme ça apaise aussi beaucoup ceux qui sont autour de soi. (...) On est le contraire même de l'agressivité.* » (P3), sans « *essayer de les dominer* » (P4). Pour obtenir cela, certains s'assoient à côté du patient avec l'objectif d'« *effet miroir* » (P7) et de mise « *à hauteur* » (P8) ou par l'établissement d'un contact physique pour d'autres (P4). Enfin, beaucoup rapportent l'utilisation des techniques de respirations, qui font partie intégrante des techniques d'hypnose, dans le désamorçage des situations de violences. « *Je les fais respirer, j'utilise les techniques de respiration, je parle doucement, j'explique...* » (P8) (10)

En somme, « *la gestion est posturale, verbale, non verbale... (...) La posture utilisant des outils d'hypnose est forcément créatrice de portes de sortie.* » (P7). (65)

Ces techniques hypnotiques sont celles décrites dans les publications présentant l'hypnose et plus spécifiquement l'hypnose conversationnelle. Elles associent des techniques verbales et non verbales dans le but d'induire un état de conscience modifiée et d'établir ainsi une relation de soin. (65,66)

La quasi-totalité des soignants s'accorde à dire que la pratique de l'hypnose est devenue inconsciente, de l'ordre du réflexe pour certains, et parfaitement intégrée à leur pratique professionnelle. « *Il faut forcément que ce soit intégré en moi et dans mon nouveau discours (...) Je ne réfléchis pas.* » (P1). Cela devient « *naturel* » (P5). Certains utilisaient d'ailleurs l'hypnose avant même d'être formés sans en avoir conscience. Il ressort également de l'étude que plusieurs soignants avaient perçu chez eux des prédispositions antérieures, dans leur façon d'être et de communiquer, et que l'hypnose est venue compléter ce que l'on pourrait appeler un penchant naturel. « *C'est vrai qu'avant de faire l'hypnose j'étais un peu comme ça mais depuis l'hypnose c'est encore plus.* » (P9). Enfin, nombreux s'accordent à dire que l'intégration de l'hypnose à la pratique courante et les changements à effectuer notamment sur la communication se font rapidement.

De plus, les soignants décrivent l'hypnose comme un véritable « *outil* » de soin au même titre qu'un médicament. « *Tous les outils d'hypnose des ouvrages au bout d'un moment on les*

utilise, on se les approprie, on les utilise sans penser qu'on les utilise au final. » (P7) Ils l'envisagent comme une pratique de soin qu'ils ont apprise et intégrée avec ses techniques propres, ses forces et ses faiblesses. « *C'est que du coup t'as des outils pas que pour hypnotiser les gens, t'as des outils aussi pour communiquer avec les gens, poser ta voix, poser ton comportement...* » (P11). Le Dr Patrick Bellet décrit bien cette dynamique dans son ouvrage *L'hypnose pour réhumaniser le soin* « *plus qu'une technique, l'hypnose est une manière nouvelle de traiter les blessures de notre époque.* » (73)

La réaction du patient est d'ailleurs souvent positive. Il en ressort un sentiment d'apaisement et de lâcher prise de la part du patient. « *Ils s'en vont parce qu'ils n'ont pas trouvé d'adversaire.* » (P3) ou alors le patient reste et dans ce cas peut débiter une relation de soin apaisée. Malheureusement il y en a pour qui cela ne fonctionne pas et dans ces cas-là d'autres moyens plus classiques, contention physique ou chimique voire expulsion du service de soin en fonction du motif de recours aux soins notamment, sont alors mis en place.

Enfin, l'apport de l'hypnose dans la relation soignant-soigné de façon plus globale semble être unanimement reconnue et rapportée par les soignants. « *Ça a certainement changé ma relation aux soins.* » (P3) L'hypnose amène le soignant à changer son mode de communication, sa vision du soin et du patient. Cela agit même en dehors de toute séance d'hypnose à proprement parler avec un rayonnement positif sur les autres collègues de l'équipe soignante par « *effet de contagion* » (P7). « *Ça a changé mon rapport aux gens* » (P3) L'hypnose entraîne chez certains une véritable remise en question voire un changement dans la façon de penser et d'aborder le patient. « *Ma vision globale a peut-être changé.* » (P4)

Ce qui ressort donc de ce travail c'est également la vision de l'hypnose comme prise en charge globale du patient avec le souci permanent de remettre la communication à la base du soin. « *Il faut revenir à la base du soin, cet échange qu'il se passe à un moment donné avec le patient c'est nécessaire.* » (P4) Laurianne Le Hen l'avance d'ailleurs dans sa thèse en 2015 « *L'hypnose offre la possibilité d'établir une relation avec une personne souffrante, en atteignant ses émotions, en analysant son vécu et en respectant sa personnalité. L'alliance thérapeutique qui se crée majore l'envie de guérir du sujet qui se sent pleinement investi dans le soin.* » (75) L'hypnose permet d'apporter cette « *cohérence d'approche au patient* » décrite par A. Bioy. (67) Cette volonté d'améliorer la communication pour améliorer la prise en charge des patients s'est d'ailleurs progressivement imposée à tous. (64,66,72) Car comme le disait Rudyard

Kipling à la fin du XIXe siècle « *Les mots sont les médicaments les plus efficaces utilisés par l'homme* ».

C. L'hypnose comme élément d'évolution du ressenti de la violence

Nombreux sont les soignants qui rapportent une modification dans l'approche et la gestion de la violence depuis leur formation à l'hypnose avec le constat d'un réel bénéfice, tant pour les patients que pour les personnels du service. « *L'hypnose a modifié la gestion des paramètres relationnels de ma vie quotidienne comme de ma vie professionnelle donc nécessairement les situations conflictuelles, c'est certain.* » (P7) Avec en prime un bénéfice personnel « *en termes d'énergie je pense que ça m'épuise moins, que ça m'affecte moins.* » (P4) Une soignante en revanche trouve toujours que la violence est difficile à gérer pour elle « *je le considère pas différemment, je trouve toujours ça aussi dur.* » (P7)

En ce qui concerne le nombre de situations violentes rencontrées après la formation à l'hypnose certains ont le sentiment d'y être moins confrontés. « *J'ai l'impression d'avoir moins de violence (...) J'ai l'impression de ressentir moins de violence.* » (P6) Une seule personne a le sentiment inverse avec le sentiment de rencontrer plus de violence dans le cadre de son travail qu'avant. D'autres, quant à eux, ne notent pas de différence depuis l'utilisation de l'hypnose. Si l'on s'en tient aux chiffres, on constate une augmentation des faits de violences au sein des différents service des urgences. (3) Mais il est vrai que l'hypnose pourrait permettre de diminuer l'impact que ces faits violents ont sur le personnel soignant et donc, in fine, d'en diminuer le ressenti.

D. Bénéfice personnel de la pratique de l'hypnose

Ce qui ressort de ce travail c'est aussi le bénéfice personnel que tirent les soignants de la pratique de l'hypnose. Cela est d'une importance majeure quand on se remémore les conséquences potentielles à court, moyen et long terme (stress, anxiété, syndrome de stress post traumatique et burn out). (4,31) Véritable outil de protection pour certains, l'hypnose permet de prendre du recul, d'apaiser et de relativiser certaines situations. Ce bénéfice, perceptible dans la sphère professionnelle, l'est aussi pour certains au-delà des portes de l'hôpital. « *Il y a un*

bénéfice flagrant pour moi-même en dehors de l'hôpital. » (P9) Enfin, plusieurs participants mentionnent l'utilisation de l'auto-hypnose de façon plus ou moins consciente. Cet outil est considéré par le Dr Patrick Bellet comme « *un outil de gestion du stress.* » (73)

Les bénéfices de l'hypnose pour les soignants ont notamment été décrit par I. Vial dans sa thèse : « *les bénéfices de l'usage de l'hypnose étaient non seulement professionnels mais, de manière indissociable, personnels : l'hypnose apportait un épanouissement réel aux soignants, un renforcement de leur capacité à lâcher prise et à prendre du recul, et, de la, une auto protection psychique, une valorisation des compétences médicales mais aussi individuelles, un renforcement de la confiance en soi et des aptitudes au changement et à la communication* » (14)

E. Les freins

Les freins évoqués par les soignants pour la pratique de l'hypnose en situation de violence peuvent être rassemblés en quatre catégories.

Il existe des freins liés au patient lui-même avec des difficultés évoquées lorsque celui-ci est sous l'emprise de toxiques, porteur d'une pathologie psychiatrique ou présentant un état d'agitation ou de démence. L'argument principal avancé ici est le manque d'écoute et la difficulté à communiquer avec ce type de patient. On retrouve effectivement ces catégories de patients comme étant les plus pourvoyeurs de violence au sein des services d'urgences. (4,45) Pour autant F. Garden-Bèche et S. Desanneaux- Guillou dans leur livre *Hypnose médicale en situation difficile* ne retiennent pas cette difficulté de communication verbale comme une barrière puisqu'il reste selon eux « *le non-verbal et le paraverbal, soit 93% du message.* » (100)

Un autre frein évoqué est celui du service des urgences à proprement parler. Il est souvent décrit comme un endroit bruyant avec de l'agitation, peu propice aux discussions. L'autre élément est le manque de temps et la difficulté pour le personnel soignant de se rendre disponible. Ces éléments sont généralement retrouvés comme contre-arguments à l'utilisation de l'hypnose dans les services d'urgences mais il ressort qu'il est totalement possible d'intégrer ces bruits parasites aux séances d'hypnose. (100) Comme l'affirme F. Garden-Bèche et S. Desanneaux-Guillou la plupart des difficultés qu'ils identifient comme suivant : « *parasites sonores, contraintes interpersonnelles : intégration de l'hypnose dans le système de soins, multiplicité*

*des tâches et charge de travail, multiplicité des intervenants, agitation ambiante, limites du thérapeute... » « sont essentiellement liées à la perception de la réalité que se fabrique le thérapeute. Cela sera davantage à lui de franchir le cap, de lâcher prise pour réussir à s'adapter aux parasites et de les utiliser au profit du patient. » (100) Enfin, si l'aspect chronophage de l'hypnose est évoqué par certains de nos interlocuteurs, il n'est pas retenu par la plupart d'entre eux. Là encore, il s'agit plus du ressenti de professionnels non formés que de la réalité de terrain : selon P5 « *Beaucoup de gens vont te dire que c'est le temps le problème. (...) Alors c'est pas le temps !! Le temps si on le veut on l'a.* ». De plus, selon S. Bierman l'hypnose n'est pas plus chronophage que l'administration d'un médicament puisqu'elle n'est pas plus longue qu'une titration morphinique. (70)*

Les autres membres de l'équipe sont également des facteurs limitants notamment les personnels soignants non formés. « *Ce qui va être dur c'est si mon collègue commence à s'énerver.* » (P3) L'autre élément pour lequel les soignants émettent des réserves c'est ce qu'ils identifient comme leurs propres limites. C'est-à-dire leur propre capacité à pratiquer l'hypnose mais aussi l'appel aux ressources personnelles qu'ils doivent mobiliser pour y arriver. Certains pourtant semblent avoir dépassé cette réserve en ouvrant la porte à l'échec et en l'acceptant comme tel. « *Au pire ça sert à rien au mieux ça sert à quelque chose ! (...) C'est plus ou moins efficace c'est tout* » (P7) Ces réserves émises par les soignants sont notamment retrouvées dans les thèses de I. Vial et L. Le Cozanet mettant en évidence la peur de l'échec et le manque de confiance en eux, créant ainsi « *leurs propres barrières* » (12,14)

Enfin, le dernier frein évoqué est directement lié à la formation reçue par les soignants. Ceux-ci évoquent une formation très orientée hypno-analgésie non axée sur la prise en charge des violences. De plus, certains évoquent l'apport d'autres formations, notamment celles sur la gestion de violence dont l'application a pu prédominer dans ces situations avec parfois la difficulté de faire la part des choses entre l'apport de l'hypnose et des formations anti-agressivité. En effet, ces formations ont pu apporter une autre approche de la violence en permettant aux soignants de comprendre et donc d'appréhender ce phénomène. Pour autant elles ne sont pas incompatibles et peuvent tout à fait être considérées comme complémentaires à la pratique de l'hypnose.

F. Formation d'hypnose dédiée à la violence

Lorsque l'on interroge les soignants sur la nécessité d'une formation d'hypnose dédiée à la violence nombreux sont ceux qui y voient un intérêt dans leur pratique et y sont favorables. Ils soulignent notamment qu'une telle formation aurait toute sa place au sein des services d'urgences. Certains pondèrent en affirmant que cette formation serait certes intéressante mais en complément d'une formation d'hypnose plus globale posant les bases de la pratique.

Enfin, deux soignants quant à eux ne voient pas d'utilité à une telle formation, avançant l'argument qu'une formation d'hypnose classique donne déjà toutes les clés nécessaires à sa pratique quelle que soit la situation. « *L'hypnose pour moi c'est un savoir être que tu as à l'intérieur de toi, on t'aide avec des techniques, mais c'est plus global.* » (P10)

Cette volonté de formation de la part des soignants est retrouvée dans la littérature. (45) Notamment en ce qui concerne la formation à l'hypnose qui est désormais proposée aux externes de la faculté de Lyon Est dans un optionnel illustrant l'idée, soulevée par A. Solignac dans sa thèse, qu'il semble y avoir un véritable intérêt à débiter la formation à l'hypnose dès l'externat de médecine. (101) Le DU d'hypnose proposé également par la faculté de Lyon apporte une formation plus approfondie s'adressant à tous les professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes...).

Enfin, nous savons que l'hypnose est un outil utilisé pour la gestion des états traumatiques mais également pour la gestion de la colère et de l'agressivité mais cela ne fait souvent pas partie des formations d'hypno-analgésies proposées aux soignants. Ainsi, bien que désormais l'offre de formation en hypnose est multiple et variée nous n'avons pas trouvé de formation d'hypnose dédiée intégralement à la prise en charge des violences, cela pourrait être un axe de développement.

IV. Perspectives

La violence est devenue inhérente à l'exercice des soignants des services d'urgences. Elle est décrite et documentée, ses causes et ses conséquences sont désormais bien comprises. L'hypnose vient, grâce à l'éventail de ses techniques, apporter des outils utiles à la gestion de

la violence. De nombreuses études sont en faveur de son utilisation notamment dans les services d'urgences mais souvent avec des niveaux de preuve faibles ne permettant pas des recommandations solides.

Notre étude, novatrice sur l'hypothèse qu'elle soulève, a permis de mettre en évidence l'apport de l'hypnose dans la gestion de la violence et ce, malgré une formation initiale non dédiée. Elle permet de réhumaniser le soin et de redéfinir la relation soignant-soigné. Elle laisse présager de son utilité dans ce domaine et de toute l'étendue de son domaine d'action.

Pour appuyer cela et permettre son développement au sein des services d'urgences, la réalisation d'études à haut niveau de preuves menées à plus grande échelle, avec des échantillons plus fournis, ainsi que des études quantitatives, apparaît indispensable. Cela pourrait ainsi permettre la généralisation de sa pratique au sein des services d'urgences et de ce fait des formations dédiées apportant ainsi un véritable bénéfice aux patients mais également aux soignants.



Moreau Fanny

CONCLUSIONS

La violence au sein des services d'urgences est un phénomène fréquent et impacte directement les professionnels de santé travaillant dans ce type de structure. Cette violence peut avoir différentes explications inhérentes au patient, à sa famille ou à l'environnement parfois hostile d'un tel service. Elle s'exprime sous diverses formes, verbale ou physique, et à divers degrés. Elle est responsable de stress, de burn out voire de réorientation professionnelle. Bien que ce phénomène soit aujourd'hui décrit et recensé par les nombreuses études successives et la mise en place d'un observatoire national des violences en milieu de santé, les soignants manquent d'outils pour faire face à cette réalité.

L'hypnose, longtemps considérée comme une thérapie alternative et qui utilise des techniques de communications qui lui sont propres, trouve sa place ici. Elle a su s'imposer au sein de l'hôpital et notamment dans les services d'urgences pour la gestion de la douleur, l'HAS en fait d'ailleurs mention dans ses recommandations de bonne pratique (81). Elle permet une approche globale du patient, redéfinit une nouvelle relation de soin et offre des outils de communication thérapeutique aux soignants. L'hypnose semble donc être un outil intéressant pour les soignants des services d'urgences dans la gestion de la violence sur leur lieu d'exercice.

Nous avons conduit une étude qualitative dont l'objectif était d'étudier l'intérêt de l'hypnose, pour les soignants, dans la gestion des faits de violence dans les services d'urgences. Douze entretiens semi-dirigés ont été conduits auprès de trois catégories de soignants : médecins, infirmiers et aides-soignants, tous formés à l'hypnose.

Les résultats ont permis de mettre en avant l'utilisation fréquente voir systématique et quasiment inconsciente de l'hypnose dans les situations de violences. Elle est donc un véritable outil notamment face aux violences verbales, mais également aux violences physiques qui sont tout de même plus rares. Elle offre aux soignants des moyens de communication positive, en passant par une adaptation du ton, du débit de parole et de la posture face au patient, ainsi que des techniques de relaxation utiles pour faire face à la violence. L'hypnose apporte, de plus, une aide dans la gestion du vécu de la violence pour les soignants, permettant prise de recul, analyse et détachement de la situation traumatique. Il a également été mis en

évidence un rayonnement des bienfaits de l'hypnose à tous les membres des équipes soignantes, y compris les personnels non formés à l'hypnose.

Pour le patient il a été montré de vrais résultats quant à la diminution de son agressivité et la possibilité par la suite d'entrer dans une relation de soin apaisée et constructive. Enfin, en abordant le bénéfice personnel des soignants, il est ressorti que l'hypnose apportait des ressources utiles également dans leur quotidien en dehors de l'hôpital.

Il a néanmoins été soulevé la difficulté d'utiliser ces techniques face à des patients alcoolisés ou sous l'emprise de toxiques mais également face à des patients psychiatriques ou déments. Il apparaît que le manque de temps mais surtout l'environnement souvent bruyant et anxiogène des services d'urgences ne facilite pas la réalisation de l'hypnose. Enfin, certains soignants évoquent être parfois gênés par l'interférence de leur confrères non formés ou par leurs propres limites dans la pratique de l'hypnose.

De ce fait, de façon quasi unanime les soignants sont demandeurs de formation en hypnose, conversationnelle ou formelle, qu'elle soit d'ordre générale ou plus axée sur la gestion de la violence.

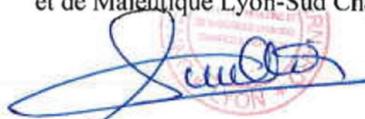
L'hypnose médicale, bien qu'en plein déploiement au sein du personnel médical et paramédical depuis plusieurs années, reste un outil qui n'est pas utilisé par le plus grand nombre. La pratique de l'hypnose montre l'étendue de son champ d'application que ce soit pour la gestion de la douleur, de l'anxiété mais également de la violence, en apportant des bénéfices pour les patients et les soignants. Elle semble de ce fait utile pour replacer la communication à la base du soin et prévenir ou désamorcer les situations conflictuelles. Au vu de ces constatations, il paraît donc nécessaire de promouvoir la formation de l'ensemble des soignants et la mise en avant de cette pratique qui a toute sa place au sein des services d'urgences.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature



MARCOURANT KAREN

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 3/09/2020

BIBLIOGRAPHIE

1. Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF, Berg RL. Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med.* 1 nov 1988;17(11):1227-33.
2. CIRCULAIRE N° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 [Internet]. 2000. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ609_15122000.pdf
3. Terrenoir V, Barat C. Rapport 2019 de l'Observatoire national des Violences en milieu de Santé. Paris: ONVS; 2019.
4. Vittorio Di Martino. Workplace violence in the health sector. Genève; 2003.
5. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs.* 2006;55(6):778-87.
6. Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *J Emerg Nurs JEN Off Publ Emerg Dep Nurses Assoc.* févr 2003;29(1):23-8.
7. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 1 juin 2004;61(6):495-503.
8. Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, Delgueldre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res.* juill 2003;17(2):255-62.
9. FAQ Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/faq-hypnose/>
10. Gueguen J, Hassler C, Barry C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM; 2015 juin.
11. Bonnet C, Brodsky D. Vécu de patients ayant pratiqué l'hypnose pour l'accompagnement d'un soin douloureux dans un service d'urgence: étude qualitative auprès de 17 patients [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
12. Le Cozanet L. L'hypnose médicale dans les services d'urgences: une étude qualitative auprès de quinze médecins urgentistes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
13. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet Lond Engl.* 29 avr 2000;355(9214):1486-90.

14. Vial I, Moreau A. Apports de l'hypnose médicale pour le soignant: une étude qualitative auprès de onze praticiens de métiers et fonctions différents [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
15. Bertholet O, Davadant M, Berger MM, Cromec I. L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante. Rev Médicale Suisse. 2013;volume 9(1646-1649).
16. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J-F, Pochard F, et al. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. Am J Respir Crit Care Med. 1 avr 2007;175(7):698-704.
17. Larousse É. Définitions : violence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>
18. Larousse É. Définitions : violences - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violences/82072>
19. OMS. définition violence OMS [Internet]. site officiel de l'OMS. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
20. Larousse É. Définitions : agressivité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agressivite%C3%A9/1768>
21. Code pénal. Partie législative des violences [Internet]. Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
22. Motet L. Cybercriminalité, vols, violences... l'évolution de la délinquance en France en 2017 en graphiques. Le Monde. 7 déc 2017;
23. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2019 : une première photographie. Interstats; 2019.
24. Laget P-L, Salaün F. Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne. Trib Sante. 2004;no 3(2):19-28.
25. Universalis E. HÔPITAL. In: Encyclopædia Universalis [Internet]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/>
26. Costargent G, Vernerey M. Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé. 2001 oct. Report No.: 2001.110.
27. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002.
28. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, et al. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. J Interpers Violence. 2017;32(15):2345-65.
29. Hofmann T, Hachenberg T. [Violence in the Emergency Medicine (Emergency Rescue Service and Emergency Departments) - Current Situation in Germany]. Anesthesiologie Intensivmed Notfallmedizin Schmerzther AINS. févr 2019;54(2):146-54.

30. Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Maalouf S. Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *J Occup Health*. 2011;53(6):455-64.
31. Belayachi J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol Lond Engl*. 28 sept 2010;5:27.
32. Maguire BJ, O'Meara P, O'Neill BJ, Brightwell R. Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *Am J Ind Med*. 2018;61(2):167-80.
33. Erickson L, Williams-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs JEN Off Publ Emerg Dep Nurses Assoc*. juin 2000;26(3):210-5.
34. Ferrari R. La violence aux urgences : une triste réalité ? *Urgences 2013 Chapitre 110*. 2013;
35. Fretigny-Danielou G. Les Urgences : de la situation de crise à la violence [Mémoire de fin d'études]. [Paris]: IFSI Raymond POINCARÉ; 2014.
36. Crabbe J, Alexander DA, Klein S, Walker S, Sinclair J. Dealing with violent and aggressive patients: at what cost to nurses? *Ir J Psychol Med*. déc 2002;19(4):121-4.
37. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm*. août 2009;39(7-8):340-9.
38. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med*. mai 2011;40(5):565-79.
39. Campbell JC, Messing JT, Kub J, Agnew J, Fitzgerald S, Fowler B, et al. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *J Occup Environ Med*. janv 2011;53(1):82-9.
40. Michel M, Thirion J-F, Sionnet C. La violence à l'hôpital. Editions LAMARRE. 2015.
41. Wolf LA, Delao AM, Perhats C. Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *J Emerg Nurs JEN Off Publ Emerg Dep Nurses Assoc*. juill 2014;40(4):305-10.
42. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*. 1 mai 2016;19(2):75-81.
43. Kleissl-Muir S, Raymond A, Rahman MA. Incidence and factors associated with substance abuse and patient-related violence in the emergency department: A literature review. *Australas Emerg Care*. nov 2018;21(4):159-70.
44. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*. mai 2015;24(9-10):1210-22.

45. Casalino E, Choquet C, Thomas S, Erhel S, Cossard P, Groupe Projet Sécurité du service d'accueil des urgences Bichat. La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 sept 2015;5(4):226-37.
46. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs*. 2013;22(21-22):3120-9.
47. Fernandes CMB, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ*. 16 nov 1999;161(10):1245-8.
48. Papa A, Venella J. Workplace violence in healthcare: strategies for advocacy. *Online J Issues Nurs*. 31 janv 2013;18(1):5.
49. ONVS. Fiches reflexes ONVS [Internet]. 2011. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reflexes_ONVS.pdf
50. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Fam Pract*. 1 mai 2015;16.
51. Buzyn A. Discours Agnès BUZYN congrès des urgentistes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
52. Aïm P, Kahn J-P. Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *Inf Psychiatr*. 2012;Volume 88(9):711-9.
53. Définitions : hypnose - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
54. S'informer : L'Hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). Disponible sur: <https://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>
55. Society of Psychological Hypnosis. About the Society of Psychological Hypnosis. <https://www.apadivisions.org>. 2014.
56. Benhaïem J-M. L'hypnose médicale. Med-Line éditions; 2012.
57. Stewart JH. Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clin Proc*. avr 2005;80(4):511-24.
58. Esdaile J. Mesmerism in India, and its practical application in surgery and medicine. Hartford : Andrus and Son; 1851.
59. Wobst AHK. Hypnosis and Surgery: Past, Present, and Future. *Anesth Analg*. mai 2007;104(5):1199-1208.
60. Lakhdari S. Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud. *Savoirs Clin*. 1 nov 2007;n° 8(1):201-9.

61. Michaux D. Hypnose Ericksonienne [Internet]. Institut Français d'Hypnose. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne/>
62. Stewart JH. Hypnosis in Contemporary Medicine. *Mayo Clin Proc.* 1 avr 2005;80(4):511-24.
63. Kennedy A. The Medical Use of Hypnotism. *Br Med J.* 8 juin 1957;1(5031):1317-9.
64. Barbier É, Etienne R. Chapitre 7. Hypnose conversationnelle ou comment améliorer sa communication lors des soins. In: *Hypnose en soins infirmiers*. Dunod; 2016. p. 85-99.
65. Melchior T. Communication hypnotique, symptômes et émotions. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux.* 2002;no 29(2):123-38.
66. Nciri M. La communication hypnotique : Mieux communiquer pour mieux prendre soin. *Rev Médecine Prat.* mars 2015;(43):3.
67. La communication hypnotique - Interview de A. Bioy [Internet]. Institut Français d'Hypnose. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/article-la-communication-hypnotique/>
68. Engstrom DR, London P, Hart JT. Hypnotic Susceptibility increased by EEG Alpha Training. *Nature.* sept 1970;227(5264):1261-2.
69. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology.* mai 2000;92(5):1257-67.
70. Bierman SF. Hypnosis in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 1 mars 1989;7(2):238-42.
71. Tefikow S, Barth J, Maichrowitz S, Beelmann A, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* juill 2013;33(5):623-36.
72. Mantz J-M, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
73. Bellet P. *L'Hypnose pour réhumaniser le soin: Protéger, cicatriser, inventer*. Paris: Odile Jacob; 2015. 256 p.
74. Bioy A. Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives. *Rev Médicale Suisse.* 2012;volume 8(1399-1403).
75. Hen LL. *L'hypnose, un nouvel outil pour améliorer la communication thérapeutique, la gestion du stress et de l'anxiété [Thèse d'exercice]*. UFR d'Odontologie de Brest; 2015.
76. Lelièvre N. *L'hypnoalgésie serait-elle réservée à la sphère médicale ? Douleurs Eval - Diagn - Trait.* juin 2008;9(3):150-2.

77. Berlemont C. Chapitre 3. Aspects législatifs. In: Hypnose en soins infirmiers. Dunod; 2016. p. 23-35.
78. Vlaeminck F. L'hypnose à l'hôpital, un usage en hausse. Object SOINS Manag Rev CADRES SANTE. 2016;(N° 242):pages 46-48.
79. Lioffi C, White P, Hatira P. Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* mai 2006;25(3):307-15.
80. Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen J-B, Pinget C, Maravic P, et al. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns.* 1 août 2010;36(5):639-46.
81. Mlika-Cabanne N, D. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES); 2000.
82. Wood C, Duparc N, Leblanc V, Cunin-Roy C. L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et de l'adolescent. *Enfance.* 2006;Vol. 58(1):26-39.
83. Sourzac J, Berger V, Conri V. L'impact de l'hypnose conversationnelle sur l'anxiété pré et post opératoire des patientes en chirurgie gynécologique versus pratique courante : étude comparative. *Rech Soins Infirm.* 2018;N° 135(4):83-90.
84. Iserson KV. An hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care. *J Emerg Med.* avr 2014;46(4):588-96.
85. Wain HJ, Amen DG. Emergency room use of hypnosis. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 janv 1986;8(1):19-22.
86. Etienne R. Chapitre 1. Quel type de formation et pour quoi faire ? In: Hypnose en soins infirmiers. Dunod; 2016. p. 5-15.
87. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Rech Qual.* 2007;(Hors série N°5):99-111.
88. Ntebutse J-G, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Rech Soins Infirm.* 19 avr 2016;N° 124(1):28-38.
89. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 19(84):142-5.
90. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;N° 102(3):23-34.
91. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015;15(157):50-54.

92. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
93. Combessie J-C. IV. Sondages, échantillons. *Reperes*. 2007;5e éd.:45-54.
94. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Collège de médecine générale de Nice; 2013.
95. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Econ*. 2014;Tome LIII(4):67-82.
96. Gagnon J, Fortin M-F. Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives. 2e édition. Chenelière Education; 2010.
97. Observatoire des inégalités. Une répartition déséquilibrée des professions entre les hommes et les femmes. 11 déc 2014; Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/>
98. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 1 janv 2000;320(7226):50-2.
99. Terrenoir V, Barat C. Rapport 2018 de l'Observatoire national des Violences en milieu de Santé. Paris: ONVS; 2018.
100. Garden-Brèche F, Desanneaux-Guillou S. Hypnose médicale en situation difficile. Arnette. 2014.
101. Solignac A. Sensibilisation à l'hypnose médicale et communication thérapeutique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.

MOREAU Fanny

Hypnose aux urgences : intérêt pour les soignants dans la gestion des faits de violence

Thèse Médecine : Lyon 2020 ; n°330

Les faits de violences (verbales ou physiques) sont des événements de plus en plus courants au sein des services d'accueil des urgences. Ils sont responsables de stress, de mal être au travail voir de burn out ou de reconversion. L'hypnose grâce à ses différentes techniques de communication apparaît comme une solution pour aider à la gestion de cette violence.

Nous avons réalisé une étude qualitative dans le but d'étudier l'intérêt de l'hypnose dans la gestion des faits de violence au sein des services d'accueil des urgences. Douze entretiens semi dirigés ont été réalisés avec des soignants travaillant aux urgences (médecin, infirmier et aide-soignant) et ayant suivi une formation à l'hypnose.

Cette étude a permis de mettre en évidence l'utilisation fréquente voire systématique de l'hypnose dans les situations de violence. Elle est considérée par les soignants comme un véritable outil face aux violences verbales mais aussi physiques grâce notamment aux techniques de communication, de respiration et de relaxation. Il a été montré que l'hypnose apporte également un bénéfice personnel notamment dans la gestion du vécu de la violence et dans l'aide à la prise de recul.

L'hypnose médicale est un outil utilisé par les soignants face aux situations de violence au sein des services d'accueil des urgences. Elle permet de désamorcer les situations violentes, de mieux les appréhender et de mieux les vivre. Elle permet également une nouvelle approche du patient et de la relation soignant-soigné. L'ensemble de ces données est en faveur du développement la pratique de l'hypnose au sein des services d'urgence et de la formation des personnels soignants.

MOTS CLES : hypnose, communication hypnotique, violence, urgences, service d'accueil des urgences

JURY : Président(e) : Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Membres : Monsieur le Professeur Pierre Yves GUEUGNIAUD

Monsieur le Professeur Frédéric AUBRUN

Monsieur le Docteur Didier BRODSKY

DATE DE SOUTENANCE : 1^{er} Octobre 2020