

Hypnopraxie en Médecine Générale : une approche affective. Étude qualitative explorant le cheminement thérapeutique de 33 patients, à travers 99 séances réalisées durant le SASPAS, à la Réunion

Issam Seddiki

► **To cite this version:**

Issam Seddiki. Hypnopraxie en Médecine Générale : une approche affective. Étude qualitative explorant le cheminement thérapeutique de 33 patients, à travers 99 séances réalisées durant le SASPAS, à la Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01336281

HAL Id: dumas-01336281

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01336281>

Submitted on 22 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE
EN VUE DU DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 06 juin 2016

Par

SEDDIKI Issam

Né le 10 juin 1984, à Guelma (ALGÉRIE)

HYPNOPRAXIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE APPROCHE AFFECTIVE
ÉTUDE QUALITATIVE EXPLORANT LE CHEMINEMENT THÉRAPEUTIQUE DE 33
PATIENTS, À TRAVERS 99 SÉANCES RÉALISÉES EN SASPAS, À LA RÉUNION

Président du jury : Monsieur le Professeur François SZTARK.
Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO.
Monsieur le Professeur Arnaud WINER.
Madame le Docteur Marie-Noëlle LAN-NANG-FAN.
Monsieur le Professeur Bruno QUINTARD.
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guy CHEDEAU.
Rapporteur : Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD.

A notre président de jury,

Monsieur le Professeur François SZTARK.

Chef de pôle Anesthésie-Réanimation, Groupe Hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux.

Professeur des Universités, Bordeaux.

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury.

Vous nous avez fait part de votre expérience et de votre pédagogie tout au long de notre externat, ceci nous laisse d'agréables souvenirs des années passées à l'université de Bordeaux.

Nous vous prions de trouver ici toute l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO.

Coordonnateur du DES de Médecine Générale, Subdivision Océan Indien.

Professeur associé des Universités de Médecine Générale, Réunion.

Directeur du département du 3^{ème} cycle de Médecine Générale, Université de la Réunion.

C'est avec spontanéité que vous avez accepté de juger notre travail, et nous vous en remercions.

Vous nous avez accompagnés durant toutes ces années d'internat, merci pour tout ce que vous nous avez apporté.

Veillez recevoir ici l'expression de notre gratitude et de notre plus grand respect.

Monsieur le Professeur Arnaud WINER.

Professeur en Anesthésie-Réanimation, Groupe Hospitalier Sud Réunion, Saint Pierre.

Directeur du Département du 3^{ème} Cycle de Médecine Spécialisée, Université de la Réunion.

Directeur Médical du Centre de Simulation en Santé de l'Océan Indien.

Votre implication dans la démarche pédagogique au sein de l'Université donne une grande importance à votre jugement. Votre présence honore notre jury de thèse.

Soyez assuré ici de l'expression de notre respectueuse considération.

Madame le Docteur Marie-Noëlle LAN-NANG-FAN.

Médecin généraliste à la Réunion.

Maître de stage, Département de Médecine Générale à la Réunion.

Nous vous remercions pour la spontanéité et la bienveillance avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Veillez recevoir ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Bruno QUINTARD.

Professeur des Universités, Psychologie Clinique de la Santé, Bordeaux.

Directeur de la Faculté de Psychologie, Bordeaux.

Président de la Société Française de Psychologie.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre plus vive reconnaissance.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Guy CHEDEAU.

Médecin psychothérapeute.

Président de l'Institut Milton Erickson de Genève, Suisse.

Directeur de l'Ecole Suisse de Sophrologie.

Nous vous remercions chaleureusement pour la confiance que vous nous avez accordée en acceptant de diriger ce travail.

Vous nous avez fait découvrir la Phénoménologie et formé à l'Hypnopraxie, un univers nouveau s'est alors ouvert à nous.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de toute notre estime.

A notre rapporteur,

Monsieur le Docteur Patrick GAILLARD.

Vice-Président du Collège National des Enseignants Généraliste (CNGE).

Maître de conférences associé des Universités en Médecine Générale, Réunion.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail et d'en établir le rapport.

Vous nous avez donné le goût à la recherche, travailler à vos côtés a été un réel enrichissement professionnel et personnel.

Je vous prie de recevoir ici l'expression de toute notre considération et de notre reconnaissance.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

UN GRAND MERCI À :

MES PARENTS QUI M'ONT FAIT GRANDIR AVEC AMOUR ET BIENVEILLANCE. VOUS ÊTES LE PLUS GRAND BONHEUR QUE LE SEIGNEUR M'AIT ACCORDÉ. JE VOUS EXPRIME À TRAVERS CE TRAVAIL MA GRATITUDE ÉTERNELLE.

MA FEMME ANNE, LE SOLEIL DE MA VIE, TU M'AS SOUTENU ET ENCOURAGÉ TOUT AU LONG DE CETTE ÉPREUVE. MERCI INFINIMENT POUR TA TENDRESSE ET POUR TA PATIENCE, ET AUSSI POUR TA RELECTURE ET POUR TES PRÉCIEUX CONSEILS. JE TE DÉDIE SPÉCIFIQUEMENT CE TRAVAIL, AINSI QU'À NOTRE ENFANT, LE FRUIT DE NOTRE AMOUR.

MICHEL ET CARMEN, NOS VOISINS ET AMIS. JE VOUS EXPRIME ICI TOUTE MA GRATITUDE POUR VOTRE IMMENSE GÉNÉROSITÉ ET POUR VOTRE BIENVEILLANCE.

MA SŒUR KHAWLA ET MON FRÈRE ALA-EDDINE POUR LES MOMENTS D'ÉCHANGE FRATERNELS ET POUR VOTRE PRÉCIEUSE CONTRIBUTION.

MES TRÈS CHERS AMIS TAREK, BILEL, FABRICE, DELHO ET KARIM POUR VOTRE SOUTIEN SANS FAILLE, NOTRE AMITIÉ EST SI PRÉCIEUSE POUR MOI.

ANDRÉ ET MARY, SAMUEL ET ALICE, HILAL ET ÜMMÜHAN POUR LE TEMPS QUE VOUS AVEZ PASSÉ À RELIRE MON TRAVAIL ET POUR VOS REMARQUES PERTINENTES.

MARINE, MEÏSSA, SAMIR POUR LES RENSEIGNEMENTS PRATIQUES QUE VOUS M'AVEZ APPORTÉS.

MES DEUX MAÎTRES DE STAGE, LES DR. BESSON ET LE DR. GUÉZÉ. MERCI DE M'AVOIR OFFERT L'OPPORTUNITÉ ET ENCOURAGÉ À PRATIQUER L'HYPNOPRAXIE DANS VOTRE CABINET.

ANNIE POUR TA GENTILLESSE ET POUR TA DISPONIBILITÉ.

DR. ETIENNE VARLAN POUR TES CONSEILS MÉTHODOLOGIQUES.

DR. NICOLAS DROUET POUR TON AIDE LINGUISTIQUE.

DRAGAN IVANOVIC POUR TA FIABILITÉ DANS LA MISE EN PLACE DE LA VISIOCONFÉRENCE À GENÈVE.

LES 33 PATIENTS DE L'ÉTUDE POUR LA CONFIANCE QUE VOUS M'AVEZ ACCORDÉE ET POUR CES ÉCHANGES CHALEUREUX.

A MA FAMILLE BORDELAISE DE M'AVOIR ACCUEILLI ET ACCOMPAGNÉ DANS LE DÉBUT DE MES ÉTUDES.

A TOUTE MA GRANDE FAMILLE EN ALGÉRIE POUR VOTRE SOUTIEN ET POUR VOTRE AMOUR.

TABLE DES MATIÈRES :

Serment d'Hippocrate	9
Déclaration des conflits d'intérêts	10
Avant-propos	11
Introduction	13
I. Le cadre théorique	16
1. Introduction générale à l'Hypnose	16
1.1. Notions générales sur l'Hypnose.....	16
1.2. Quelques définitions.	16
1.3. Les applications cliniques de l'Hypnose.	17
1.4. Les contre-indications et les précautions d'emploi.....	17
2. L'histoire de l'Hypnose	18
2.1. L'Hypnose Classique	18
2.2. L'Hypnose Traditionnelle	20
3. Les caractéristiques de l'Hypnose Traditionnelle	22
3.1. La directivité.	22
3.2. La suggestibilité.	22
3.3. L'Hypnose de spectacle.	22
4. La Nouvelle Hypnose : le renouveau	23
4.1. De l'Hypnose Traditionnelle à la Nouvelle Hypnose.	23
4.2. Le langage devient un outil thérapeutique.	25
4.3. Le sujet devient actif.	27
4.4. L'attitude du thérapeute.	28
4.5. Mobiliser l'inconscient.	29
4.6. Les conceptions pathologiques.	30
4.7. La structure de la séance.....	31
II. La phénoménologie et l'Hypnopraxie	34
1. Introduction à la Phénoménologie	34
2. L'Hypnopraxie comme approche phénoménologique	36
2.1. La Phénoménologie de la conscience – Edmund HUSSERL.	36
2.2. La Phénoménologie Matérielle - Michel HENRY.	39
3. L'Hypnopraxie comme approche structurale	42
3.1. L'aspect structurel de la conscience.....	42
3.2. L'aspect structurel du langage (thérapeutique).....	43
3.3. L'aspect structurel du langage (du patient).	43
3.4. La mobilisation thérapeutique.	43
4. L'Hypnopraxie comme approche affective	44
5. L'Hypnopraxie comme approche intégrative	44
6. L'Hypnopraxie comme thérapie du Lien	45
6.1. La Phénoménologie de la Relation à l'Autre.	45
6.2. L'accompagnement dans l'immédiateté	46
6.3. Les mécanismes de défense	47
III. La méthodologie	49
1. La présentation de l'étude	49
1.1. L'objet de recherche.	49
1.2. L'objectif et la question de recherche.....	49
1.3. Le type d'étude.	49
2. Les patients	50

2.1.	Les critères d'inclusion.	50
2.2.	Les critères d'exclusion.	50
2.3.	Le schéma de recrutement.	50
3.	La réalisation de l'étude	50
3.1.	Le schéma de réalisation.	50
3.2.	La réalisation de l'anamnèse.	51
3.3.	La réalisation des séances d'Hypnopraxie.	52
3.4.	La prise de notes.	52
3.5.	L'aménagement du cabinet.	53
4.	Le recueil des données	53
4.1.	La méthodologie du recueil.	53
4.2.	L'échantillonnage.	54
4.3.	La grille d'entretien.	54
4.4.	La réalisation du recueil par entretiens.	54
4.5.	L'entretien test.	55
4.6.	La transcription des entretiens.	56
4.7.	La constitution du corpus.	56
5.	Les aspects éthiques	57
5.1.	Le cadre légal.	57
5.2.	Le respect de l'anonymat.	57
5.3.	La sécurisation des données.	57
5.4.	L'éthique professionnelle.	57
6.	Le traitement des données	58
6.1.	La méthodologie d'analyse.	58
6.2.	Les étapes d'analyse.	58
6.3.	La présentation des résultats.	60
IV.	La présentation des résultats	62
1.	Les caractéristiques des patients et de leur suivi	62
1.1.	Les caractéristiques des patients.	62
1.2.	Les caractéristiques du suivi.	64
1.3.	Synthèse des caractéristiques des patients et de leur suivi.	67
2.	L'acquisition de nouvelles praxies	68
2.1.	Le rapport à Soi-même.	68
2.2.	Le rapport aux autres.	71
2.3.	Le rapport aux situations.	73
2.4.	Le rapport au monde.	75
2.5.	Synthèse de l'acquisition de nouvelles praxies.	78
3.	Entre vouloir et pouvoir	79
3.1.	L'expression de l'involontaire.	79
3.2.	La surprise.	80
3.3.	« C'EST plus fort que MOI ».	80
3.4.	La subjectivité des patients.	81
3.5.	La réalité personnelle des patients.	82
4.	La dynamique de la transe	82
4.1.	Se rencontrer et s'absorber en Soi.	82
4.2.	Se sentir.	83
4.3.	Laisser surgir.	84
4.4.	Se surprendre.	85
4.5.	S'exprimer corporellement.	85
4.6.	Résister pendant les séances.	87
5.	La mobilisation thérapeutique	87
5.1.	Respecter l'intimité et les possibilités du patient.	87

5.2.	Repérer la structure du patient à travers son langage.....	88
5.3.	Mobiliser les structures.....	91
5.4.	Maintenir le lien pendant la séance.....	92
6.	Les mécanismes de défense	92
6.1.	Les manifestations des mécanismes de défense.....	92
6.2.	L'évolution de la somatisation.....	96
6.3.	Synthèse de l'évolution des manifestations symptomatiques.....	98
7.	Le lien thérapeutique	99
7.1.	Evoluer dans un lien thérapeutique.....	99
7.2.	Se sentir en confiance.....	99
8.	L'Hypnopraxie en Médecine Générale	100
8.1.	Intégrer de l'Hypnose dans la pratique libérale.....	100
8.2.	Les attentes des patients vis-à-vis de la thérapie.....	101
8.3.	La motivation et l'implication des patients dans la thérapie.....	102
8.4.	Le coût de la thérapie pour le patient.....	102
8.5.	Cheminer dans le temps.....	103
8.6.	Les remarques des patients.....	104
8.7.	Attribuer le bénéfice à la thérapie.....	105
9.	L'adhésion thérapeutique	105
9.1.	La considération et la satisfaction des patients.....	105
9.2.	La recommandation à l'entourage.....	106
9.3.	L'estimation du tarif d'une séance.....	106
9.4.	Les perdus de vue et les RDV manqués.....	107
9.5.	Synthèse de l'adhésion thérapeutique.....	108
10.	Les représentations et les appréhensions vis-à-vis de l'Hypnose	108
10.1.	Les représentations de l'Hypnose.....	108
10.2.	Les appréhensions.....	109
10.3.	L'évolution des représentations vis-à-vis de l'Hypnose.....	109
V.	L'analyse et la discussion des résultats	112
1.	L'évolution thérapeutique globale des patients	112
2.	L'identification des mécanismes d'action	114
2.1.	L'apaisement et l'involontarité, l'exemple de P11.....	114
2.2.	Les visées et l'affect.....	116
2.3.	La dynamique de la transe et l'acquisition de praxies.....	120
2.4.	Les mécanismes de défense et l'affect, l'exemple de P13.....	125
2.5.	La nature de l'approche thérapeutique et la dynamique de la transe.....	131
2.6.	L'intégration et l'évolution des praxies, l'exemple de P4.....	138
3.	L'identification des facteurs d'influence	144
3.1.	Un cheminement thérapeutique variable.....	144
3.2.	Le lien thérapeutique.....	144
3.3.	Les représentations.....	146
3.4.	L'intensité thérapeutique et le facteur temporel.....	148
3.5.	La nature de la demande initiale.....	150
3.6.	Le mode de recrutement.....	152
3.7.	Les caractéristiques démographiques des patients.....	152
3.8.	Les facteurs externes.....	152
4.	Le modèle synthétique	153
5.	L'application du modèle synthétique, l'exemple de P14	154
5.1.	L'involontarité et le réaménagement affectif.....	154
5.2.	Le retour à l'intériorité et le dévoilement des possibles.....	155
5.3.	Les expressions corporelles et l'acquisition de praxies.....	155
5.4.	L'intégration de l'affect et de la conscience.....	156

5.5.	L'évolution des mécanismes de défense.....	157
5.6.	La nature de l'approche.	158
5.7.	Synthèse de l'analyse des résultats.....	158
6.	La discussion des résultats _____	160
6.1.	La surprise et l'involontarité.	160
6.2.	Le réaménagement affectif.	161
6.3.	Le retour à l'intimité.....	162
6.4.	Les expressions corporelles dans un EMA.....	162
6.5.	La nature de la mobilisation du thérapeute.....	164
6.6.	Les mécanismes de défense.....	166
6.7.	L'intégration « Affect-Conscience » et « Soi-Monde ».....	168
6.8.	Les représentations vis-à-vis de l'Hypnopraxie.....	170
6.9.	Le lien thérapeutique.	170
6.10.	La discussion du modèle synthétique.	171
6.11.	Synthèse de la discussion des résultats.	171
VI.	La discussion de la méthodologie _____	173
1.	La critique de la méthodologie _____	173
1.1.	Le choix de la méthodologie qualitative.	173
1.2.	Le recrutement.....	173
1.3.	Le recueil des données.....	174
1.4.	Les règles d'éthique.	177
1.5.	La méthodologie d'analyse.	178
1.6.	Les difficultés rencontrées.	179
2.	Les forces et les biais de l'étude _____	179
2.1.	L'originalité de l'étude.	179
2.2.	La discussion des biais.....	180
3.	La validité des résultats _____	182
3.1.	La validité interne des résultats.	182
3.2.	La validité externe des résultats.....	184
4.	Les implications sur les pratiques _____	186
4.1.	Les implications sur la pratique ambulatoire de la Médecine Générale.....	186
4.2.	Les implications personnelles sur notre pratique de la Médecine Générale.....	187
5.	Les perspectives pour les recherches futures _____	187
	Conclusion _____	189
	Bibliographie _____	193
	Liste des tableaux _____	198
	Liste des figures _____	200
	Abréviations _____	201
	Annexes _____	203
	Annexe 1 – L'autorisation de la CNIL _____	203
	Annexe 2 – La fiche de renseignements nominative _____	204
	Annexe 3 – Le formulaire de consentement _____	205
	Annexe 4 - La grille d'entretien _____	206
	Annexe 5 – La retranscription intégrale d'une séance d'Hypnopraxie _____	207
	Annexe 6 – L'arbre thématique _____	208
	Annexe 7 – Nomenclature des catégories socio-professionnelles de l'Insee _____	208
	Annexe 8 – La présentation intégrale du verbatim après l'analyse _____	210

SERMENT D'HIPPOCRATE :

AU MOMENT D'ÊTRE ADMIS À EXERCER LA MÉDECINE, JE PROMETS ET JE JURE D'ÊTRE FIDÈLE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITÉ.

MON PREMIER SOUCI SERA DE RÉTABLIR, DE PRÉSERVER OU DE PROMOUVOIR LA SANTÉ DANS TOUS SES ÉLÉMENTS, PHYSIQUES ET MENTAUX, INDIVIDUELS ET SOCIAUX.

JE RESPECTERAI TOUTES LES PERSONNES, LEUR AUTONOMIE ET LEUR VOLONTÉ, SANS AUCUNE DISCRIMINATION SELON LEUR ÉTAT OU LEURS CONVICTIIONS. J'INTERVIENDRAI POUR LES PROTÉGER SI ELLES SONT AFFAIBLIES, 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 ET N'EXPLOITERAI PAS LE POUVOIR HÉRITÉ DES CIRCONSTANCES POUR FORCER LES CONSCIENCES.

JE DONNERAI MES SOINS À L'INDIGENT ET À QUICONQUE ME LES DEMANDERA. JE NE ME LAISSERAI PAS INFLUENCER PAR LA SOIF DU GAIN OU LA RECHERCHE DE LA GLOIRE.

ADMIS DANS L'INTIMITÉ DES PERSONNES, JE TAIRAI LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIÉS. REÇU À L'INTÉRIEUR DES MAISONS, JE RESPECTERAI LES SECRETS DES FOYERS ET MA CONDUITE NE SERVIRA PAS À CORROMPRE LES MŒURS.

JE FERAI TOUT POUR SOULAGER LES SOUFFRANCES. JE NE PROLONGERAI PAS ABUSIVEMENT LES AGONIES. JE NE PROVOQUERAI JAMAIS LA MORT DÉLIBÉRÉMENT.

JE PRÉSERVERAI L'INDÉPENDANCE NÉCESSAIRE À L'ACCOMPLISSEMENT DE MA MISSION. JE N'ENTREPRENDRAI RIEN QUI DÉPASSE MES COMPÉTENCES. JE LES ENTRETIENDRAI ET LES PERFECTIONNERAI POUR ASSURER AU MIEUX LES SERVICES QUI ME SERONT DEMANDÉS.

J'APPORTERAI MON AIDE À MES CONFRÈRES AINSI QU'À LEURS FAMILLES DANS L'ADVERSITÉ.

QUE LES HOMMES ET MES CONFRÈRES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS FIDÈLE À MES PROMESSES ; QUE JE SOIS DÉSHONORÉ ET MÉPRISÉ SI J'Y MANQUE.

DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS :

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L. 4113-13 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, CRÉÉ PAR LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AU DROIT DES MALADES ET À LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ;

L'AUTEUR DU PRÉSENT TRAVAIL DÉCLARE N'AVOIR AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT.

AVANT-PROPOS :

Nous avons découvert l'Hypnose lors des 12^{ème} journées réunionnaises de la douleur qui se sont déroulées le 23 mars 2013 à l'Ermitage les Bains, sous le thème « Hypnose et Douleur ». Le Docteur Guy CHEDEAU, y est intervenu par visioconférence pour présenter les applications de l'Hypnopraxie¹ dans la douleur.

De par son originalité et sa pertinence, cette approche globale nous a particulièrement intéressé. Nous avons alors suivi par la suite la formation proposée en Hypnose Ericksonienne et en Hypnopraxie. Cette formation comportait 5 séminaires de 5 journées consécutives tous les 6 mois, du 1^{er} mai 2013 au 25 avril 2015.

Tout au long de cette formation, les après-midi étaient consacrés à la pratique entre les membres du groupe, nous adoptions successivement le rôle du thérapeute, du patient puis de l'observateur. En fin de journée, Nous faisons un retour d'expérience avec le formateur, à travers le visionnage des enregistrements vidéo des exercices.

C'est au bout de deux années de formation que nous avons pu nous sentir capable de débiter la pratique professionnelle de l'Hypnopraxie. Très vite, nous avons trouvé intéressant d'en faire un sujet de thèse. Ce choix est d'autant plus motivé que les données de la littérature sur cette approche sont rares.

¹ L'Hypnopraxie a été créée par le Dr. Guy CHEDEAU dans les années 1990. Elle a été présentée pour la première fois dans sa forme actuelle au Congrès Mondial des Psychothérapies de Buenos Aires en Août 2005.

INTRODUCTION :

INTRODUCTION :

L'Hypnose est un outil thérapeutique qui accompagne la médecine depuis plusieurs siècles, sous des formes variées. Aujourd'hui, son usage connaît un intérêt grandissant et se généralise de plus en plus dans le domaine médical, notamment au sein de la Médecine Générale.

Le modèle global et humaniste des approches hypnothérapeutiques intègre les valeurs essentielles de la Médecine Générale. En effet, le médecin n'est pas un technicien qui fait des « actes » et qui s'intéresse uniquement aux maladies, il accompagne le patient dans la durée à travers un lien de collaboration et le considère dans sa globalité, avec ses dimensions physiques, mentales et émotionnelles et ce, en prenant en compte son contexte de vie et son histoire personnelle.

De plus, le champ d'application de l'Hypnose correspond aux motifs de consultations habituels en Médecine Générale (1) (2), notamment en ce qui concerne les pathologies psychiatriques et les troubles d'origine psychique, celles-ci représentent un élément central de la pratique du médecin généraliste (3).

Dès lors, l'Hypnose trouve naturellement sa place en Médecine Générale, même si cela comporte certaines contraintes organisationnelles.

L'Hypnopraxie fait partie de ces approches hypnothérapeutiques, son fondement théorique se base sur la phénoménologie.

La phénoménologie débute avec Edmund Husserl qui s'intéressait à la manière dont le réel se constitue dans la conscience, au lieu de s'occuper du réel tel qu'il se présente. Il considérait que la conscience est intentionnelle, c'est-à-dire qu'elle s'oriente toujours vers quelque chose à travers des visées spontanées. C'est la phénoménologie de la conscience.

Un siècle plus tard, Michel HENRY réinvestit la question de l'intériorité pour considérer l'affectivité comme antérieure à l'intentionnalité et constituant le fondement de l'être humain, il s'agit d'éprouver soi-même, en soi-même. Pour lui, la subjectivité est corporelle, c'est-à-dire que la somme des expériences éprouvées est incarnée sous forme d'impressions sensibles, tissulaires et organiques. C'est la phénoménologie matérielle².

L'Hypnopraxie est un retour à cette subjectivité constitutive de notre existence et à l'« éprouver³ » qui la suscite, ce dernier se révèle au niveau charnel dans l'immédiateté, par un mode de présence centré sur le patient et un mode langagier. Il s'agit d'une thérapie qui est dite affective, structurelle et intégrative.

Cette approche thérapeutique a été créée par le Dr. Guy Chedeau à la fin des années 1990, elle est relativement récente et n'a jamais fait l'objet d'un travail de thèse auparavant.

Ce travail propose d'explorer le cheminement thérapeutique des patients à travers notre intervention par l'Hypnopraxie. Nous avons cherché à comprendre comment se produit le changement chez les patients ayant fait l'expérience de cette approche, en identifiant les mécanismes qui le déterminent et les facteurs qui l'influencent.

² Elle est dite matérielle car concerne le tissu comme une matière pathétique, il s'agit d'une affectivité incarnée.

³ Utilisé à l'infinif car il ne s'agit pas de ce qui apparaît mais de l'acte même d'apparaître.

La littérature distingue deux types de recherche en psychothérapie : les études sur les résultats et les études sur les processus (4). Nous avons donc privilégié la deuxième plutôt que la première, c'est-à-dire que nous nous sommes intéressé, non pas à l'efficacité thérapeutique en évaluant ses résultats, mais aux processus de changement à l'œuvre dans l'Hypnopraxie.

Cette perspective de recherche nous a semblé plus adaptée à la complexité clinique des situations en Médecine Générale, car elle conduit à prendre en compte les variables individuelles et d'interaction du patient.

De plus, la littérature souligne la nécessité de développer une meilleure compréhension des processus à l'œuvre dans les thérapies (5), leur clarification est susceptible d'orienter les thérapeutes dans leur pratique, à travers l'identification des éléments à cultiver et à éviter. Cela permet également d'identifier les spécificités de l'Hypnopraxie.

Ce travail de recherche est structuré en six chapitres :

- Le premier chapitre introduit, après un survol historique, les notions générales sur l'Hypnose, à travers les caractéristiques de l'Hypnose Traditionnelle et son évolution avec la Nouvelle Hypnose.
- Le deuxième chapitre porte plus spécifiquement sur l'Hypnopraxie et sur son fondement théorique : la phénoménologie.
- Le troisième chapitre présente la problématique et les aspects méthodologiques de notre recherche, avec la description des méthodes de recueil des données, ainsi que le traitement auquel elles ont été soumises.
- Le quatrième chapitre concerne l'exposition des caractéristiques des patients, ainsi que la présentation transversale des résultats tels qu'ils émanent de l'analyse du corpus, sous forme de catégories thématiques.
- Le cinquième chapitre présente l'analyse et la discussion des principaux résultats obtenus, au regard de notre question de recherche, avec l'élaboration progressive d'un modèle structurel.
- Le sixième et dernier chapitre concerne la critique de la méthodologie employée, avec la discussion des forces et des biais de l'étude, la validité des résultats, les implications pratiques ainsi que les perspectives pour les développements futurs.

PREMIER CHAPITRE - LE CADRE THEORIQUE

Sommaire du chapitre :

- 1. Introduction générale à l'Hypnose.**
- 2. L'histoire de l'Hypnose.**
- 3. L'Hypnose traditionnelle.**
- 4. La Nouvelle Hypnose : le renouveau.**

I. LE CADRE THÉORIQUE :

Après une introduction générale à l'Hypnose et un survol historique, nous allons exposer dans ce chapitre les caractéristiques de l'Hypnose Traditionnelle (HT), ainsi que son évolution avec la Nouvelle Hypnose (NH).

1. Introduction générale à l'Hypnose :

1.1. Notions générales sur l'Hypnose :

Faire de l'Hypnose c'est orienter la conscience, c'est faire apparaître à la conscience. La présence et le discours du thérapeute orientent de manière plus ou moins importante l'attention du patient, en le renvoyant vers son monde intérieur.

Il s'agit d'un phénomène naturel. Selon M. Erickson, « *Tout le monde a la capacité d'entrer en transe hypnotique et le fait quotidiennement par lui-même* » (6). François Roustang rajoute que « *L'Hypnose formelle ne serait que le cas particulier, provoqué et isolé artificiellement pour les besoins de la thérapie, d'un phénomène universel qui caractériserait toutes les relations humaines* » (7).

Le fonctionnement hypnotique, par la rupture qu'il entraîne avec le fonctionnement habituel, est l'occasion de réaménagement, le patient peut activer les chaînes d'associations figées et mobiliser certaines ressources qui lui sont propres (8).

En effet, l'Hypnose est un moyen privilégié d'accéder à l'inconscient. Dans ce mode de fonctionnement, il y a une diminution du jugement et de la censure et une modification du rapport à l'espace et au temps. Les réponses des patients sont de nature quasi-automatiques⁴ (9).

1.2. Quelques définitions :

Il existe une multitude de définitions de l'Hypnose, nous présenterons ici celles qui nous semblent les plus pertinentes :

L'Hypnose peut se définir comme « *Un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie* » (10).

F. Roustang (2003) la décrit comme « *Un état de veille paradoxal⁵ où il y a une augmentation du contrôle de soi et non une perte* » (11).

Pour Jean Godin (1991), l'Hypnose est « *Un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce débranchement d'orientation à la réalité extérieure suppose un certain lâcher prise. Le lâcher prise ne consistant pas à se détacher, mais à laisser émerger des forces et des ressources que le patient possède de manière inconsciente et qui peuvent lui permettre de se reconstruire psychologiquement ou d'apporter apaisement et cicatrisation au niveau biologique* » (12).

⁴ Ce que les Canadiens nomment « le principe d'involontarité ».

⁵ C'est-à-dire un état de sommeil apparent avec une activité électrique cérébrale de veille.

Erickson (1980) la définissait comme « *Un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication avec une compréhension et des idées, afin de lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage* » (13).

En 1994, l'Association Américaine de Psychologie a adopté une définition selon laquelle « *L'Hypnose est une procédure durant laquelle un professionnel de la santé suggère une modification dans l'expérience du sujet au niveau des sensations, perceptions, pensées ou comportements [...] Certains décrivent leur expérience en termes d'état modifié de conscience, d'autres comme un état normal d'attention focalisée* » (14).

1.3. Les applications cliniques de l'Hypnose :

Les indications de l'Hypnose sont très larges, elles concernent toute la psychopathologie « traditionnelle », ainsi que les troubles psychosomatiques et fonctionnels⁶.

Par ailleurs, elle a démontré son efficacité dans la gestion de la douleur aiguë. Elle est de plus en plus utilisée dans le milieu chirurgical et en anesthésie où elle permet notamment de réduire l'utilisation des antalgiques et des anxiolytiques en diminuant l'anxiété des patients, et de réduire la durée d'hospitalisation en améliorant la récupération postopératoire des patients.

1.4. Les contre-indications et les précautions d'emploi :

La pratique de l'Hypnose ne peut pas être faite pour tout le monde ni par tout le monde, sa formation doit s'adresser aux professionnels⁷ de la santé et de la psychologie. Une bonne connaissance de l'Hypnose et de la psychopathologie est indispensable, et sa principale contre-indication est donc l'incompétence du thérapeute.

Une bonne connaissance de la personne est également nécessaire avant de débiter les séances, d'où l'importance de réaliser au préalable une anamnèse soignée.

Les candidats à l'Hypnose doivent avoir un bon ancrage au réel, les psychoses et les troubles dissociatifs sont une contre-indication⁸, car il existe un risque suicidaire par une levée d'inhibition. Il faut alors bien repérer les signes de dépersonnalisation et de « perte de l'évidence naturelle », et s'enquérir des traitements pouvant être en rapport avec des troubles psychiatriques antérieurs.

Enfin, il convient d'examiner les patients, et de réaliser les examens complémentaires à la recherche de pathologies organiques si la situation l'exige.

⁶ Un symptôme est dit fonctionnel lorsqu'il n'a pas d'explication, ni en termes de lésion tissulaire, ni en termes de physiopathologie établie (119).

⁷ Ce qui est le cas de la formation que nous avons suivie.

⁸ Sauf si le thérapeute a une compétence spécifique pour ce type de pathologies.

2. L'histoire de l'Hypnose :

Les états modifiés de conscience (EMC) ont été au centre de l'histoire des psychothérapies depuis bien longtemps⁹. Leurs pratiques se sont continuellement modifiées au cours des siècles et ont connu successivement des périodes de succès et des périodes d'indifférence en fonction de la place que la société leur accordait (1).

Ce que l'on nomme Hypnose va apparaître pour désigner une pratique systématique et structurée de ces EMC.

André Weitzenhoffer (1988) distingue principalement trois courants hypnotiques (8) :

- L'Hypnotisme classique : correspond à tout ce qui s'est fait jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, c'est-à-dire de Mesmer à Charcot : le patient est magnétisé.
- L'Hypnotisme traditionnel : inclus les pratiques qui vont du début du XX^{ème} siècle avec Bernheim, jusqu'aux années cinquante : le patient est passif.
- L'Hypnotisme non traditionnel : inclus les pratiques apparues sous l'influence de M. Erickson et dont fait partie la NH : le patient devient actif.

A la fin du XX^{ème} siècle, l'Hypnopraxie a été élaborée par le Dr. G. Chedeau : le patient est affectif (15).

2.1. L'Hypnose Classique :

PARACELSE (1493-1541) : Le fluide universel.



Fortement inspiré par les pensées d'Hippocrate¹⁰, l'alchimiste Théophrastus Philippus Auréolus Bombastus dit Paracelse fut un des premiers médecins à évoquer l'action de l'esprit sur le corps. Constatant la force de la suggestion, il considéra que le corps invisible (l'imagination) peut guérir le corps visible.

Il proposa un modèle de fluide universel dont la mauvaise circulation expliquerait l'apparition des maladies, et tenta d'harmoniser les mouvements de ce fluide par l'utilisation d'aimants.

MESMER (1734-1815) : Le magnétisme animal.



Franz Anton Mesmer, théologien puis médecin Allemand, est considéré comme le premier théoricien et fondateur de l'Hypnose contemporaine.

Il reprit les théories de Paracelse (16) et développa le concept selon lequel l'énergie de « la matière vivante » est influencée par l'énergie cosmique, au moyen d'un fluide universel baptisé « magnétisme animal¹¹ ».

Il pensa que ce fluide peut être canalisé et transmis à l'homme à des fins thérapeutiques, à travers des passes et en utilisant un aimant.

⁹ On en retrouve des traces dans la médecine égyptienne, romaine et arabe (117).

¹⁰ Médecin grec (460 av. J.C. - 370 av. J.C.), il est considéré comme le père de la médecine.

¹¹ Fait référence aux êtres vivants, en contraste avec le magnétisme minéral, déjà connu à l'époque.

En libérant les blocages à la circulation du fluide, Mesmer provoquait des « crises magnétiques » considérées comme la clé de l'action thérapeutique. Les séances se déroulaient sans parole.

PUYSEGUR (1751-1825) : Le somnambulisme.



Le Marquis De Puységur, militaire Français, fut l'un des disciples de Mesmer. Il délaissa la notion de fluide et débarrasse la transe des crises au profit d'un sommeil actif.

Il constata que les sujets en état de somnambulisme deviennent « clairvoyants » (17), et qu'une communication verbale peut s'établir avec eux.

Il mit l'accent sur la relation et le dialogue verbal entre le magnétiseur et le sujet. Cette étape marqua le début de la suggestion.

L'Abbé FARIA (1750-1819) : La suggestion.



L'Abbé José Custódio Faria, prêtre Portugais, considérait que le patient attribue à tort au thérapeute un pouvoir qui existe principalement chez lui, c'est la notion de Misattribution.

Il est connu pour avoir développé l'importance des suggestions verbales, qui font apparaître selon lui le sommeil lucide (18). Il posa donc les fondements de ce qui constituera plus tard, la théorie de l'Ecole de Nancy.

BRAID (1795- 1860) : L'Hypnose est un état de sommeil.



James Braid, chirurgien Ecossais, refusa la théorie fluidiste et proposa une théorie psycho-neurophysiologique baptisée « Hypnotisme ».

Pour lui, l'Hypnose est un « sommeil de type particulier » qui peut être provoqué par la fixation prolongée du regard sur un objet brillant. Cet état permet, par la suggestion, d'influencer le sujet à des fins curatives.

Par la suite, Il pratiqua des interventions chirurgicales (de même que ELLIOTSON BRAID et James ESDAILE) chez des patients sous analgésie hypnotique.

L'Hypnose connaît alors son âge d'or. En 1846, l'apparition du chloroforme, jugé plus sûr, met fin à la vague de l'anesthésie hypnotique et l'Hypnose décline.

L'intérêt pour l'Hypnose ressurgit avec force vers 1880, grâce à deux écoles de Médecine : celle de Nancy avec la théorie psychologique (Liébeault et Bernheim), et celle de la Salpêtrière à Paris avec la théorie neurologique (Charcot).

2.2. L'Hypnose Traditionnelle :

LIEBAULT (1823-1904) et BERNHEIM (1840-1910) : L'Hypnose, c'est la suggestion.



Le médecin Ambroise-Auguste Liébeault et le neurologue Hippolyte Bernheim rejoignirent la théorie de Faria en considérant que l'état hypnotique est provoqué par la suggestion verbale, et non par les passes magnétiques ou la fixation du regard. Pour eux, toute idée suggérée tend à se faire acte¹² (19). Ils fondèrent ensemble l'école de Nancy.

Ils considéraient que le phénomène hypnotique est un phénomène naturel qui existe à des degrés variables chez tous les individus, et non uniquement chez ceux atteints d'Hystérie.

Leurs travaux ont marqué la fin du magnétisme animal et posent les bases scientifiques de l'hypnothérapie moderne, avec l'utilisation systématique des suggestions verbales¹³ à des fins thérapeutiques.

CHARCOT (1825-1893) : L'Hypnose et l'Hystérie.



Jean-Martin Charcot, neurologue de la Salpêtrière, considérait que l'Hypnose ne peut être à visée thérapeutique, il n'y voyait qu'un phénomène pathologique artificiellement provoqué.

Il l'utilisa simplement pour démontrer que les paralysies hystériques, reproductibles sous Hypnose, sont déterminées par des lésions dynamiques fonctionnelles et non organiques.

Son école s'opposa ouvertement à l'école de Nancy, cet affrontement se poursuivit jusqu'à sa mort. L'Hypnose connaît alors un nouveau déclin en France.

JANET (1859-1947) : La dissociation.



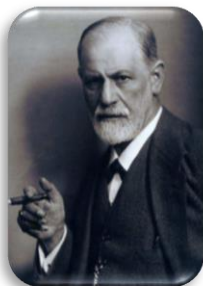
Pierre Janet, philosophe et psychiatre Français, a grandement contribué à faire de l'Hypnose une psychothérapie, il fit partie des initiateurs de son renouveau. Elève de Charcot, il adopta progressivement les thèses de Bernheim.

Il s'intéressa au phénomène de dissociation et considéra que la conscience est susceptible de se couper en parties qui coexistent, tout en s'ignorant mutuellement, cela représente ainsi une conscience secondaire dans laquelle les automatismes évoluent pour leur propre compte.

¹² Il s'agit de la loi de l'idéodynamisme. L'acte peut être un mouvement (réflexe idéomoteur), une sensation (réflexe idéosensoriel) ou une émotion (réflexe idéosensitif).

¹³ Il s'agissait de suggestions directes et autoritaires, pour la réalisation d'un objectif déterminé.

FREUD (1856 – 1939) : La régression.



Sigmund Freud découvrit l'Hypnose avec Charcot, mais c'est auprès de Bernheim qu'il se rendit compte de l'existence des processus psychiques qui sous-tendent notre agir et qui sont ignorés de la conscience.

En pratiquant l'Hypnose, il réalisa que la modification de la conscience permet de faire surgir des souvenirs refoulés (Catharsis), il fit ainsi revivre, en état d'Hypnose, des scènes oubliées à ses patients. Mais rapidement, il l'abandonna et élaborà par la suite la Psychanalyse en 1904.

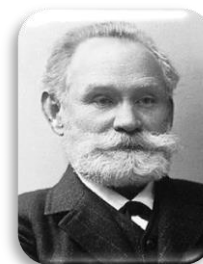
HULL (1884-1952) : La théorie béhavioriste.



Clark Leonard Hull, psychologue Américain, prolongea, dès 1930, les recherches de Bernheim. Il fut le professeur de M. Erickson.

Il considéra l'Hypnose comme une activité mentale normale et démontra que la suggestion hypnotique permet d'influencer les performances humaines. Sa théorie du comportement est centrée sur les phénomènes d'apprentissage.

PAVLOV (1849-1936) : L'école Soviétique.



Ivan Petrovitch Pavlov, médecin et physiologiste Russe, a réhabilité l'Hypnose en la considérant comme une psychothérapie à base physiologique.

Il expliqua par des phénomènes de conditionnement l'ensemble des phénomènes hypnotiques.

La parole devient un stimulus aussi matériel que les stimuli physiques (Chertok 1963).

SCHULTZ (1884-1970) : L'auto-Hypnose.



Johannes Heinrich Schultz, neuropsychiatre Allemand, chercha une possibilité pour l'individu d'entrer dans l'état particulier d'Hypnose par une action volontaire et personnelle. Il élaborà alors une technique de relaxation utilisant l'Hypnose qu'il dénommera « training autogène ».

Cette méthode qui porte son nom se décompose en cinq phases : pesanteur, chaleur, organique, rythme cardiaque et respiration.

COUE (1857-1926) : L'autosuggestion consciente.



Emile Coué, pharmacien Français, abandonna l'Hypnose, jugée trop directive, pour l'autosuggestion consciente.

Sa méthode est basée sur l'idéodynamisme, elle consiste à répéter tous les jours à haute voix la phrase : « *Tous les jours, à tous points de vue, je vais de mieux en mieux* » sans chercher à fixer son attention sur ce que l'on dit. Cette approche postule un inconscient, elle cherche à mobiliser les ressources propres du patient.

3. Les caractéristiques de l'Hypnose Traditionnelle :

3.1. La directivité :

L'Hypnose traditionnelle (HT) est une approche directive, l'hypnotiseur décide à la place du sujet et dirige seul les opérations, parfois de façon autoritaire. Il procède par suggestions directes, ce qui entraîne chez lui une attitude passive et le place en simple état de réceptivité sans volonté propre.

A. Weitzenhoffer la décrivait comme « *Une forme d'influence exercée par une personne sur une autre par le moyen ou par le biais de la suggestion* » (20).

Il s'agit d'une approche intrusive, imposant au sujet des comportements qui n'auraient pas reçu son accord, l'inconscient serait programmé comme une machine. Elle pose un problème éthique et peut être dangereuse si elle n'est pas adaptée au sujet. Sa pratique est procédurale et séquentielle.

Sa place dans la thérapie est très limitée. Néanmoins, elle trouve une application dans la réalisation de gestes de soins, où la perception douloureuse peut être modulée.

3.2. La suggestibilité :

L'HT est décrite comme un état de suggestibilité élevée, ou encore comme un état d'attention et de réceptivité intense (8). Elle considère que la possibilité d'être hypnotisé correspond à une qualité intangible de la personne, qui peut exister à des degrés divers.

Le bénéfice du travail hypnotique est supposé être proportionnel à la profondeur de la transe qui sera alors recherchée. Des échelles de profondeur et de susceptibilité hypnotique ont même été créées à partir de cette notion, comme celle de Barber et Calverly en 1963. Or, on sait aujourd'hui qu'il n'y pas de lien entre la profondeur et les possibilités thérapeutiques.

3.3. L'Hypnose de spectacle :

L'Hypnose de spectacle est la caricature de l'HT. L'hypnotiseur est supposé être le maître du jeu, il met les sujets au défi d'effectuer certains comportements, dans une position de domination. H. Bernheim disait : « *Les sujets très dociles qui présentent cette suggestibilité spéciale, ressemblent à de vrais automates actionnés par la volonté de l'opérateur* » (21).

Nous pouvons relever plusieurs aspects contribuant au « succès » de cette approche :

La sélection des sujets cibles :

Il s'agit d'un facteur déterminant en Hypnose de spectacle. L'hypnotiseur repère et choisit les personnes les plus suggestibles ou celles qui jouent le jeu de l'abandon.

Le glissement dans les suggestions :

Les suggestions de départ ne concernent que des réalisations idéomotrices simples et banales, ces implications répétées sont progressives de sorte qu'elles convergent vers une prise de pouvoir par l'hypnotiseur (8).

La prédiction réalisante :

Une attente peut avoir tendance à se réaliser par le fait même que l'on y croit. Si le sujet croit vraiment qu'il va devenir soumis à l'opérateur, il n'est pas impossible que, dans une certaine mesure, il le devienne (8).

La nature du mode relationnel :

Le sujet obéit à l'hypnotiseur parce qu'il est impressionné par le personnage, des manifestations non conscientes peuvent alors survenir après des suggestions, dont l'Hypnose n'est que le support.

Le contexte :

Toute la mise en scène avec le public, les caméras, le plateau, etc. y joue également un rôle.

4. La Nouvelle Hypnose : le renouveau.

4.1. De l'Hypnose Traditionnelle à la Nouvelle Hypnose :

La NH est un terme inventé par Daniel Araoz en 1979 dans son livre « *New hypnosis* » pour la différencier de l'Hypnose Traditionnelle.

Un changement de paradigme :

La NH intègre les pratiques et les idées de M. Erickson¹⁴ (1901–1980) qui a apporté un profond changement dans l'approche hypnothérapeutique (Tableau I.1) :

- Ce n'est plus un état de réceptivité du sujet qui se laisse influencer par l'autre, mais une coopération où le sujet est sollicité pour exercer une participation active, en interaction avec le thérapeute.
- L'opérateur garde le souci de non-intrusion et ne cherche plus à imposer, mais procède par des suggestions ouvertes et activatrices.
- L'état de conscience modifiée n'est pas thérapeutique en soi, mais il facilite la dynamique du changement.
- L'inconscient est sollicité comme une entité supérieure, dépositaire de programmes possibles.
- Ce mode de fonctionnement permet au sujet d'« accéder à ses ressources inconscientes dont il a perdu l'usage » (22).
- Elle met plus l'accent sur l'expérience vécue que sur la compréhension des causes présumées.
- Elle utilise des « moyens spécifiques de communication » à visée thérapeutique, notamment à travers les subtilités du langage.

J. Godin et A. Malarewicz ont été les premiers à l'introduire en France, dans les années quatre-vingt.

¹⁴ La NH s'inspire également des travaux de Théodore X. Barber, Théodore R. Sarbin, André Weitzenhoffer.

Thèmes	Hypnose Traditionnelle	Nouvelle Hypnose
L'opérateur	Dirige et décide à la place du patient	Coopère avec le patient
Le sujet	Subit passivement, « sous Hypnose »	Participe activement, « en Hypnose »
La relation thérapeutique	Dépendance, domination	Autonomie, implication
La méthode	Utiliser des procédés	Adopter une attitude
L'induction	Ritualisée, procédurale	Moins formelle
La fonction des suggestions	Imposer et influencer	Explorer et mobiliser
La nature des suggestions	Directes, autoritaires	Indirectes, ouvertes
La transe	L'opérateur cherche la profondeur	Le patient trouve le niveau qui lui convient
L'inconscient	Programmé comme un automate	Dépositaire de ressources
L'intimité	Intrusion	Non intrusion
L'évolution des termes	Hypnotiseur	Opérateur
	Suggérer	Proposer
	Contrôler	Évoquer
	Manipuler	Faciliter
	Technique	Approche
	État modifié de conscience	Attitude hypnotique
	État hypnotique	Mode de fonctionnement

Tableau I.1 - Divergences entre l'approche de la Nouvelle Hypnose et celle de l'Hypnose Traditionnelle.

L'approche Ericksonienne :

Elle se situe au carrefour des différentes approches existant en psychothérapie :

- Comme Freud, M. Erickson s'intéressait aux symboles et utilisait le mode métaphorique pour communiquer avec ses patients.
- Proche du courant comportementaliste de J.B. Watson, il concevait son action en termes d'apprentissage et de désapprentissage.
- Proche du courant humaniste de Carl Rogers, il faisait confiance au pouvoir de développement du potentiel humain (10).

M. Erickson a notamment inspiré :

- La thérapie familiale et systémique.
- La Programmation Neuro-Linguistique (PNL) de Richard Bandler et John Grinder.
- La thérapie brève de l'école de Palo Alto.

L'objectif de la thérapie :

Dans la NH, il est question de dépasser les limitations acquises et de rompre avec les associations psychologiques habituelles, afin de réaménager ces données de façon nouvelle.

La thérapie vise à enrichir les cadres de référence (23) et à libérer la créativité. Le sujet pourra alors élargir ses possibilités et inventer de nouvelles perspectives.

Selon Didier Michaux, « *Erickson perçoit l'Hypnose comme un moyen donné à la personne de potentialiser ses ressources pour changer* » (17).

4.2. Le langage devient un outil thérapeutique :

Le langage du thérapeute :

M. Erickson a simplifié le langage de l'ancienne Hypnose. Ce langage doit être compris par le patient, il doit même être le langage du patient.

Il a abandonné les suggestions directes de l'ancienne Hypnose qui ne laissent pas le choix au patient et qui peuvent même renforcer chez lui des résistances. Au contraire, il a privilégié les suggestions indirectes qui visent à évoquer sans imposer, leur fonction est exploratoire. Ceci afin de permettre au sujet d'introduire de façon active ses propres références et de faire des expériences nouvelles.

Ces suggestions sont difficilement reconnues par le conscient et facilitent ainsi l'acceptation et le lâcher prise ; « *Je me demande à quel moment vous pourrez envisager de fermer les yeux pour vérifier si l'on entend ainsi mieux ou moins bien qu'avec les yeux ouverts* », plutôt que : « *Fermez les yeux et écoutez ce que j'ai à vous dire* ».

La communication rentre dans le cadre des influences réciproques habituelles des rencontres humaines. Le thérapeute se garde d'influencer au sens où il évite au maximum d'imposer ses vues personnelles.

Il existe dans la NH quelques paramètres de suggestions :

- Imposées ou relayées par le sujet ?
- Reconnaissables par le sujet ?
- Forme permissive ou autoritaire ?
- Mobilisent les mécanismes inconscients ?
- S'adressent explicitement à l'inconscient ?

Utiliser les données du patient :

La NH est une approche « utilisationnelle », dans le sens qu'elle utilise les données fournies par le patient et prend comme point de départ ce qui existe. M. Erickson disait : « *Accepter ce que le patient apporte et l'accepter tel qu'il est* » (24).

Il ne s'agit pas d'apporter au sujet une information mais de l'accompagner dans une expérience et dans un travail, et de l'aider à utiliser ses données de façon nouvelle pour atteindre ses propres perspectives thérapeutiques (25).

Dans ce processus d'apprentissage d'un type particulier, les sujets reçoivent quelque chose d'eux-mêmes (23), Comme disait D. Michaux : « *C'est au thérapeute de savoir utiliser le langage du patient pour lui permettre d'accéder à ses ressources* » (17).

La nature des suggestions :

Nous présentons ci-dessous la classification¹⁵ des suggestions selon leur degré d'intrusion.

❖ Les suggestions indirectes :

Elles visent plus à mettre en route des processus psychologiques qu'à manipuler des contenus :

- Le truisme : consiste à énoncer une évidence afin d'orienter l'attention, ceci rend plus grande la possibilité de réaliser ce qui est annoncé ; « *Les yeux ont tendance à se fermer lorsqu'on est allongé* ».
- La séquence d'acceptation (*Yes Set*) : énoncer plusieurs évidences et enchaîner avec une proposition que l'on souhaite voir se réaliser. Ceci va entraîner le sujet à dire oui en utilisant la disposition d'esprit.
- La directive impliquée : c'est la clé de la suggestion indirecte, elle consiste à faire référence à ce que l'on veut suggérer comme si c'était déjà accompli ; « *Ce n'est que lorsque vous avez retrouvé ce souvenir (implique) qu'un changement pourra s'opérer* ».
- La suggestion négative paradoxale : consiste à évoquer une idée, tout en déclarant de ne pas le faire ; « *Ne pensez pas à une solution à votre problème* ».
- Le choix illusoire : on propose une alternative, mais l'issue véritable est la même ; « *Vous pouvez vous détendre maintenant ou plus tard* ».
- Le questionnement : permet l'intériorisation du sujet et suscite l'apparition de réponses en lui.

❖ Les suggestions activatrices :

L'utilisation du langage à plusieurs niveaux a pour but d'activer les processus inconscients. Une formulation verbale peut comporter plusieurs niveaux de signification : pendant que le premier niveau de signification occupe la conscience, d'autres significations non reconnues cheminent, en relation avec des chaînes d'associations psychologiques inconscientes (26).

- La suggestion métaphorique¹⁶ : proposer quelque chose en le dissimulant dans une histoire, la métaphore est alors habillée de la réalité personnelle de celui qui écoute (27).

Elle a l'avantage d'être séduisante et non menaçante, et favorise l'indépendance du sujet qui en vient lui-même à ses conclusions (28). Aussi, elle permet de mettre de la distance et d'atténuer l'affect quand la charge émotionnelle est trop grande.

¹⁵ Erickson a peu théorisé sur sa méthode, ce sont ses élèves qui ont catégorisé ses propositions langagières.

¹⁶ La métaphore (*Meta-Pherin* : transposer au-delà) demande un certain temps d'intégration, par contraste avec l'analogie où le lien est fait immédiatement et facilement.

- La suggestion intercontextuelle (Saupoudrage) : appuyer et accentuer certains mots, ce qui sera directement perçu par l'inconscient en dehors du sens logique de la proposition, comme dans le célèbre exemple du vieux Jo et le plan de tomate.
- L'humour : il court-circuite les défenses caractérielles (29).
- ❖ Les suggestions ouvertes (ou mobilisatrices) :

Elles laissent le libre choix au sujet pour l'exploration :

- La suggestion couvrant les possibilités d'une classe : il s'agit d'orienter la conscience vers une structure et d'en évoquer les différentes possibilités au sein desquelles le patient va choisir.
- La suggestion par absence de citation : évoquer quelque chose non pas en le disant mais en ne le disant pas ; « *Retrouver votre mère, vos enfants, votre épouse* », le père est mis en relief car il n'a pas été énoncé.
- La suggestion utilisant la pause sur un mot : commencer une phrase et ne pas la terminer peut être un moyen de susciter un autre sens ; « *Il y a des moments où on peut sentir...* ».

4.3. Le sujet devient actif :

La thérapie est le fait du sujet :

L'état d'Hypnose, loin d'être un état de réceptivité ou de suggestibilité, est un état de travail actif de la part du sujet. Dans cet état privilégié de fonctionnement, le sujet reconnaît inconsciemment dans le discours ce qui lui convient et va inventer de nouveaux comportements en fonction de ses propres besoins.

La thérapie est faite par le sujet lui-même, le thérapeute fournit simplement au patient la possibilité et le contexte pour ce faire, ses mots ne sont que des matériaux avec lesquels le sujet ajustera ses propres données. Ce qui est important n'est pas ce que dit ou fait le thérapeute mais ce qui se passe à l'intérieur du sujet.

Le pouvoir coercitif de l'Hypnose :

L'HT considère que la profondeur de l'état hypnotique est proportionnelle au résultat thérapeutique. En réalité, il n'y a pas d'état hypnotique à proprement parler mais un état instable en mouvement, la transe se fait et se défait à chaque instant.

Cela ne dépend pas de la suggestibilité du patient mais de sa personnalité, de celle du thérapeute, de la qualité de leur accordage, de leurs compétences respectives et du contexte immédiat.

Dans l'imaginaire populaire, l'Hypnose est un moyen de dominer ou de faire pression sur autrui, parfois à son insu. La NH considère que l'Hypnose ne peut pas faire n'importe quoi aux sujets, mais seulement ce qu'ils seraient capables de faire en dehors de l'Hypnose.

Durant la transe, l'acceptation de la suggestion n'est pas modifiée, le sujet reste libre de refuser ce qui ne lui convient pas : « *La transe n'assure en aucune façon la réalisation de ce qui peut être suggéré* » (23).

Les suggestions du thérapeute ont pour but d'avoir une influence sur le sujet tant qu'elles trouvent une certaine résonance au niveau inconscient.

4.4. L'attitude du thérapeute :

Se centrer sur l'autre :

La NH porte le souci de l'autre. Le thérapeute adopte une attitude où il :

- Prend en considération la résonance des mots et ajuste son discours au sujet. Il parle ainsi pour lui ;
- Observe et repère les indices minimaux¹⁷ qui doivent toujours donner lieu à une rétroaction ;
- Se garde de l'intrusion et de l'incongruence, en évitant les suggestions directes et en utilisant des mots volontairement flous.

Dans cette optique, plusieurs techniques peuvent être utilisées :

- La ratification : faire remarquer au sujet ce qui se passe ou ce qui s'est passé ;
- L'anticipation : décrire au sujet ce qui apparaît (à son initiative) ;
- Le « *Signaling* » : dire au sujet que l'on attend de lui un comportement non volontaire pour signaler qu'un phénomène également non volontaire a fait son apparition (8) : « *Quand votre inconscient sera prêt, il vous fera faire une grande respiration* » ;
- La marche arrière : se rectifier en cas d'incongruence en rajoutant par exemple à la fin « ... *Ou pas* ».

Une dynamique interactive :

La NH apparaît comme une coopération. M. Erickson insistait sur l'échange nécessaire entre les deux partenaires où il y a un « *Give and take* »¹⁸.

Le sujet répond aux propositions du thérapeute par des comportements inconscients. Le thérapeute accuse réception de ces indices communiqués pour lui témoigner qu'il l'accompagne, le sujet pourra alors aller plus loin.

Une thérapie pour chaque patient :

L'expérience hypnotique est personnelle et subjective, elle est différente d'un sujet à l'autre, et d'un moment à l'autre pour un même sujet. M. Erickson a cherché l'adaptabilité de la méthode à chaque patient, plutôt que d'avoir une méthode standard valable pour tous. Comme il le disait « *Une thérapie pour chaque patient* ».

Par conséquent, il n'y a pas d'induction ritualisée¹⁹ ni de répétition de suggestions, la créativité du thérapeute et sa qualité d'accompagnement font partie de la thérapie.

¹⁷ Messages que le sujet émet sans intention, et souvent sans en avoir conscience.

¹⁸ Expression Anglaise qui signifie en Français « donner et recevoir ».

¹⁹ En revanche, des « phrases de routine » subsistent.

Selon Gérard Salem : « *L'hypnothérapie est une science du singulier. Il n'existe pas de méthode applicable à tous les patients sans distinction et aucun patient n'est réductible à des grilles d'analyse communes* » (1).

4.5. Mobiliser l'inconscient :

La thérapie est de nature inconsciente :

La NH correspond à un mode de fonctionnement inconscient durant lequel les contenus psychiques s'enchaînent selon une association libre. De nouvelles organisations pourront alors émerger, et les données non congruentes s'intégrer. Ces réaménagements surviennent au-delà de la pensée logique et rationnelle (17).

La transe hypnotique est un état où les paradoxes ont leur place et peuvent être traités à un niveau inconscient sans que l'explication consciente ne soit nécessaire. Le sujet peut être étonné de l'apparition de certains comportements involontaires²⁰ au cours de la séance et des changements qu'il va constater après.

Pour J. Godin, le phénomène hypnotique est involontaire par essence. Il n'est ni nécessaire ni souhaitable qu'il prenne conscience du travail qui se passe en lui (8).

Un inconscient bienveillant :

M. Erickson considérait l'inconscient comme un réservoir de ressources actif²¹ qui travaille pour notre équilibre et qui a pour fonction de nous protéger (30).

Il s'adressait à cet inconscient bienveillant²² comme une part intelligente et autonome du sujet pour effectuer les remaniements psychologiques utiles. Dans l'état de transe, il mobilisait les ressources propres au sujet dont il ignore l'existence : « *Vous savez déjà, mais vous ne savez pas ce que vous savez* » M. Erickson.

Dépotentialiser la conscience :

Pour activer ces mécanismes inconscients, M. Erickson cherchait à dépotentialiser les attitudes conscientes et à interrompre l'activité intellectuelle qui parasitent le phénomène hypnotique. Ainsi, le sujet n'intervient pas consciemment dans le processus inconscient mis en route pendant la séance.

Pour ce faire, il avait recours à plusieurs types d'inductions, comme la confusion et le paradoxe, la saturation psychique et la lassitude, la surprise, etc. Également, il favorisait l'oubli en utilisant l'amnésie structurée et la distraction dans la période post-hypnotique.

Contourner les résistances :

M. Erickson contournait les résistances des sujets afin de faciliter le travail hypnotique, il utilisait pour cela plusieurs stratégies :

²⁰ Se dit de ce qui n'est pas le résultat d'un effort ou d'un processus intellectuel.

²¹ En opposition avec la conception Freudienne qui considère l'inconscient comme un lieu de pulsions et de plaisirs.

²² Badouin et Coué ont précédé M. Erickson dans la conception d'un inconscient positif.

- Le langage à double niveaux : un premier sens parvient normalement à la conscience, tandis que le second chemine souterrainement et met en route des processus inconscients ;
- Les suggestions indirectes : par exemple, la suggestion négative paradoxale introduit la confusion, et la séquence d'acceptation entraîne le sujet à dire oui ;
- Le déplacement de la résistance sur un objet ou sur une personne ;
- Demander au sujet de rejeter certaines suggestions, ou de faire « comme si ça marchait » ;
- Utiliser la résistance : prescrire un symptôme en disant au sujet que les choses vont s'aggraver, il va alors résister et faire le contraire.

4.6. Les conceptions pathologiques :

La considération du symptôme :

Un symptôme génère des bénéfices primaires et secondaires :

❖ Les bénéfices primaires :

Ils sont liés au mal être intérieur du patient, son symptôme l'éloigne du contact avec l'angoisse lui permettant de ne pas tomber dans un état de mal plus profond. C'est la solution qu'inconsciemment le patient a trouvé à sa situation d'existence afin de maintenir un certain équilibre, car dans la vie on ne fait rien pour rien.

Paul WATSLAWICK disait : « *Le symptôme n'est pas le problème mais la solution* » (31). De même, M. Erickson considérait le symptôme comme une forme d'intelligence de la personne. Par exemple, la phobie d'araignée permet (inconsciemment) de concentrer toute les peurs sur un objet spécifique, pour pouvoir être libre le reste du temps.

Déjà à son époque (1839), Honoré de BALZAC parlait de la douleur « *Comme cette tige de fer que les sculpteurs mettent au sein de la glaise, elle soutient, c'est une force* » (32). Plus récemment, F. Roustang expliquait que le symptôme est là pour une bonne raison, et qu'il a été « *Forgé savamment pour préserver un quelque chose auquel le patient est attaché [...] et qu'il ne veut pas lâcher* » (33).

Dès lors, la démarche thérapeutique qui consiste à faire disparaître le symptôme paraît paradoxale ; vouloir se débarrasser du symptôme alors qu'il a une utilité pour le patient. M. Erickson disait : « *Votre symptôme disparaîtra lorsque votre corps sera prêt à l'abandonner* ». Il convient alors de distinguer la demande apparente et la demande réelle.

❖ Les bénéfices secondaires :

Ils sont relatifs à l'environnement du patient qui est lié aux autres de manière sensible, tout changement qui se produit chez lui tend à retentir sur les autres. C'est la dimension systémique du symptôme.

M. ERICKSON disait : « *Un symptôme est une manifestation qui lie les membres d'un même groupe entre eux, il a une fonction au sein de ce groupe* ». Paul Watzlawick rajoutait qu'on ne peut comprendre le comportement que dans le contexte où il se produit (34).

Une approche non explicative :

M. Erickson mettait l'accent sur le travail dans l'ici et maintenant et sur la suprématie de l'expérience sur la question du sens. Pour lui, l'Hypnose n'est pas une tentative de compréhension, elle est avant tout une expérience personnelle où seul ce qui est vécu par le sujet est important (25).

Il s'intéressait plus à comment modifier à partir de la réalité présente plutôt qu'à déchiffrer le passé, dans la mesure où le fait de connaître les raisons des troubles ne peut pas modifier les comportements, et que « *La solution d'un problème n'a souvent pas de relation avec ce qui en a été la cause* » (6).

Il affirmait que « *Le symptôme peut être résolu par un travail à un niveau psychodynamique, sans que le sujet (ni le thérapeute) ne sache pourquoi* » (26). Comme disait Einstein : « *Aucun problème ne peut être résolu sans changer le niveau de conscience qui l'a engendré* » (35).

4.7. La structure de la séance :

Dans la pratique habituelle, les moments de la transe se chevauchent, leur ordre est modifié en fonction des perspectives utilisationnelles.

Les préliminaires :

Il s'agit de préparer la séance, D. Araoz résume cette étape par T.E.A.M²³ : *Trust, Expectations, Attitudes, Motivation* (36).

Des phrases de routine peuvent être énoncées, comme dire au sujet qu'il peut modifier le temps à son gré (la distorsion dans le temps) afin de favoriser l'absorption. L'ancrage et le signalement peuvent également être mis en place.

L'induction :

L'induction hypnotique est la porte d'entrée à la transe (37), elle augmente le degré de participation de l'inconscient dans les réponses du sujet (38). Il s'agit de réorienter l'attention du sujet vers son monde intérieur, afin de faciliter l'accès à un mode de fonctionnement hypnotique.

Elle est obtenue à travers l'isolation sensorielle, par exemple la fixation d'un objet, ou l'utilisation de suggestions indirectes.

La dépotentialisation de la conscience :

La conscience est détournée de son cheminement habituel par ce qui rend confus, surprend, dissocie ou ce qui est paradoxal. Ceci permet un relâchement des associations cognitives.

La phase de travail :

C'est la mise en route du processus autonome inconscient pour que de nouvelles associations de perceptions, de sensations, de représentations, de souvenirs et de pensées puissent se créer.

Durant cette phase, l'inconscient se rend visible par la mobilisation d'une ressource ou la manifestation d'un nouveau comportement.

²³ Ce qui signifie « équipe » en Anglais : Confiance, Attentes, Attitudes, Motivation.

La terminaison :

Le retour à l'état ordinaire de conscience se caractérise souvent par une ouverture des yeux²⁴.

Cette phase, effectuée de manière progressive, représente le moment crucial où l'expérience vécue en transe va s'intégrer dans le quotidien ordinaire du sujet (39).

La période post-hypnotique :

Des suggestions post-hypnotiques ou des consignes d'auto-Hypnose peuvent être introduites à ce moment-là. L'amnésie structurée et la distraction peuvent également être utilisées.

²⁴ Certains parlent de « réveil », mais ce terme n'est pas adéquat du fait que le sujet n'a pas dormi durant la séance. Il est plus approprié d'utiliser des termes comme « se réorienter », « revenir » ou « remonter ».

DEUXIEME CHAPITRE -

LA PHENOMENOLOGIE ET L'HYPNOPRAXIE

Sommaire du chapitre :

- 1. Introduction à la Phénoménologie.**
- 2. L'Hypnopraxie comme approche phénoménologique.**
- 3. L'Hypnopraxie comme approche structurelle**
- 4. L'Hypnopraxie comme approche affective.**
- 5. L'Hypnopraxie comme approche intégrative.**
- 6. L'Hypnopraxie comme thérapie du Lien.**

II. LA PHÉNOMÉNOLOGIE ET L'HYPNOPRAXIE :

Dans ce chapitre, nous allons développer les notions fondamentales de l'Hypnopraxie et de son fondement théorique : la phénoménologie.

1. Introduction à la Phénoménologie :



« Nous voyons le monde à l'extérieur de nous-mêmes, cependant nous n'en avons qu'une représentation en nous ».

René MAGRITTE (1898-1967).

Peintre surréaliste Belge.

La Phénoménologie vient du grec « *Phainomenon* » qui veut dire ce qui apparaît, ce qui se montre à la conscience (40). Cependant, son objet n'est pas ce qui apparaît mais l'acte même d'apparaître en nous. Il s'agit de débarrasser la perception du voile de la projection afin d'aller aux essences des choses.

Elle se définit comme une rupture avec l'attitude naturelle (naïve) qui suppose qu'il existe une perception objective, une réalité extérieure absolue et indépendante de nous. L'attitude phénoménologique considère, au contraire, qu'il n'existe pas de réalité objective, et que toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu (41).

Depuis longtemps déjà, le Bouddhisme considérait que l'ignorance n'est pas une absence de savoir mais une méprise sur la nature des choses, la souffrance et l'insatisfaction sont liées à la manière dont nous prenons conscience des faits et des circonstances de la vie.

En Occident, Galilée (1564-1642) s'est rendu compte que nos sens nous trompent, après avoir démontré par des calculs mathématiques que c'est la terre qui tourne autour du soleil (héliocentrisme) et non l'inverse (géocentrisme).

Puis arrive René Descartes (1596-1650) avec « le doute méthodique ». Il avait pour but de parvenir à la connaissance de la vérité en partant du bon sens et en s'appuyant sur l'intuition et la déduction (42).

Plus récemment, la physique quantique considère que la réalité a plusieurs niveaux, et qu'il y a un invisible à l'origine de ce qui nous apparaît dans le visible ; les objets nous semblent matériels alors qu'à l'échelle de l'infiniment petit, ils ne sont que du vide et de l'énergie.

Werner Heisenberg²⁵ disait que l'observateur influence l'observation, ce qui veut dire que nous construisons une manière personnelle de voir la réalité en fonction de ce que nous sommes. En ce sens, le monde n'existe pour nous que par la conscience que nous en avons et la perception de la réalité est telle qu'on est capable de la percevoir.

²⁵ Physicien Allemand, il fut l'un des fondateurs de la mécanique Quantique, prix Nobel de physique en 1932.

Plus tard, il s’agira de l’étude de la constitution des expériences et de l’essence du vécu, permettant ainsi de décrire la manière qu’a notre conscience de s’orienter vers le monde, les autres, soi-même (43).

Plusieurs auteurs ont contribué à l’évolution de cette « science de toutes les sciences », notamment :

- Edmund HUSSERL (1859-1938) : Phénoménologie de la conscience.
- Martin HEIDEGGER (1889-1976) : Phénoménologie Existentielle.
- Emmanuel LEVINAS (1905-1995) : Phénoménologie du Lien à Autrui.
- Maurice MERLEAU-PONTY (1908-1961) : Phénoménologie de la Perception.
- Michel HENRY (1922-2002) : Phénoménologie de la Vie.

Leurs travaux seront développés tout au long de ce chapitre.

En dehors de l’Hypnopraxie, la phénoménologie connaît aussi des applications thérapeutiques pratiques :

- L’Haptonomie²⁶ de Veldman qui cherche la « Confirmation Affective » du patient afin qu’il se perçoive lui-même comme digne d’être aimé.
- La Sophrologie de Caycedo qui utilise la « Relaxation Dynamique » inspirée des Orientaux²⁷.
- La Psychiatrie existentielle de Binswanger qui considère que la Vie n'est pas seulement une pulsion mais une affectivité.
- La Gestalt-thérapie²⁸ de Fritz et Laura Perls qui s'intéresse aux modalités de la présence du sujet dans la relation, en prenant comme base l’expérience sensible.
- La Fascia thérapie qui repose sur le toucher symptomatique, pour une normalisation des déséquilibres tissulaires.

²⁶ De *Haptos* qui signifie à la fois toucher et sentiment.

²⁷ Le Raja Yoga, le Zen, la méditation tibétaine ainsi que l’expérience sociale de Bogota.

²⁸ Du terme allemand *Gestalten* qui signifie mettre en forme, donner une structure.

2. L'Hypnopraxie comme approche phénoménologique :

2.1. La Phénoménologie de la conscience – Edmund HUSSERL :



« Une fois dans sa vie, mettre toutes les choses en doute car chacun doit faire le chemin par lui-même ».

E. Husserl.

Mathématicien et philosophe Allemand.

Edmund HUSSERL est considéré comme le fondateur de la phénoménologie, il avait une volonté fondamentale de s'en tenir à l'expérience vécue et s'interrogeait sur la manière dont le réel se constitue dans la conscience, au lieu de s'occuper du réel tel qu'il se présente.

Il se situe dans la lignée de R. Descartes qui recommandait de *« Ne rien considérer comme vrai qui ne peut se montrer vrai à l'évidence, d'une évidence telle qu'il serait absurde d'en douter »*.

La Réduction phénoménologique :

HUSSERL utilisa la réduction²⁹ comme méthode. Il s'agit de suspendre notre jugement et mettre entre parenthèse nos savoirs acquis, nos conceptions préalables et nos opinions pour revenir au regard de la première fois (Epoché), ou comme il le dit lui-même : *« Revenir aux choses elles-mêmes comme si c'était la première fois »*.

Il faut pour cela que la conscience soit réflexive, c'est-à-dire orientée vers notre monde intérieur subjectif, afin de ne plus considérer le monde comme extérieur à l'intériorité de notre conscience mais dans sa manière de nous apparaître, c'est-à-dire comme un pur phénomène³⁰.

Cette réduction phénoménologique permet de faire évoluer les points de vue sur la même chose et de révéler d'autres possibilités (Variation Eidétique³¹). Il s'agit d'un processus de découverte d'étonnement et de surprise.



La réduction phénoménologique oriente l'attention sur les modalités d'apparition du phénomène plutôt que sur son apparition, à l'image des mécanismes complexes d'une horloge qui affiche l'heure simplement.

²⁹ Du latin *reducere* qui signifie ramener au fondement, retourner à l'essence.

³⁰ Ce que l'on appelle « Phénomène » chez le patient est la manière qu'il a de prendre conscience des choses.

³¹ Qui vient de *Eidos* = forme. A l'image d'un cube qui ne peut pas être vu sous toutes ces faces en même temps, mais il n'existe qu'avec chacune de ses faces.

L'intentionnalité de la conscience :

La conscience humaine est un mouvement actif³² vers les choses à travers des visées, son mode d'apparition (Noèse) est une mise en lumière de quelque chose (Noème). HUSSERL disait : « *La conscience est toujours conscience de quelque chose* » (44), ce qui signifie qu'elle ne peut pas être conscience de rien, elle est donc corrélative et n'existe que dans un lien (Figure II.1).



Figure II.1 : Co-relation Noetico-Noématique.

Dans cette activité Noetico-Noématique incessante, la mise en relation de la conscience n'est pas fortuite mais intentionnelle³³, ce sont ses visées intentionnelles qui orientent et opèrent des choix et ce, à notre insu.

Les visées intentionnelles :

MERLEAU-PONTY réfute le « préjugé du monde objectif » et considère que la perception s'ancre toujours dans une subjectivité. Ainsi, la réalité n'est pas telle qu'elle se présente à nous, nous la créons à notre insu à chaque instant, à travers des visées intentionnelles (45).

Par son état intérieur et ses conceptions, l'observateur oriente (de façon plus ou moins consciente) son attention sur ce qui est à valeur pour lui, ce qui est la subjectivité même, c'est-à-dire notre manière en tant que sujet de prendre conscience. L'objectivation (faire l'objet d'une attention) est donc subjective, et l'objectivité n'est que la mise en commun des subjectivités.



L'intentionnalité de la conscience est à l'image d'un faisceau lumineux qui éclaire seulement certaines choses, et non pas ce qui se trouve là.

Grâce à cette conversion réflexive de l'attention, l'Hypnopraxie va permettre au patient de rompre avec la conscience naturelle qui croit voir le monde comme il est, pour se rendre compte que le monde intérieur est un monde qu'il a constitué par des visées intentionnelles non conscientes et que les choses peuvent être autrement. C'est un acte de liberté et de responsabilité qui permet de sortir d'une position de victime (46).

Le thérapeute soutient la capacité du patient d'accueillir le dévoilement de sa propre manière de s'orienter et de se mettre en relation avec tout ce qui constitue son existence, de révéler l'intentionnalité de sa conscience, dans un moment de rencontre avec soi-même.

³² Avant la phénoménologie, on considérait que la conscience s'imprégnait passivement du monde extérieur.

³³ L'intentionnalité est un acte spontané et non conscient, il ne faut pas la confondre avec l'intention qui a un caractère conscient et volitif.

La Praxie :

La Praxie³⁴ est cette manière personnelle qu’une personne a de se percevoir elle-même, de faire lien avec autrui, d’expérimenter les choses et d’être présente au monde.

Face à une même situation, chacun perçoit le monde de manière unique, par conséquent, on ne peut pas accéder aux faits tels qu’ils se sont déroulés mais tels qu’on les a vécus, car les évènements n’existent pour nous que sous forme d’évènements intérieurs.

Pour G. Chedeau : « *La situation affective fondamentale de l’être est subjective et indépendante des circonstances* ». Ce qui compte ce n’est pas la situation en elle-même mais la manière personnelle de la vivre, c’est-à-dire de l’éprouver. Si l’on suppose connaître la réaction d’autrui à l’avance, nous le chosifions, lui ôtant sa singularité d’être sensible et imprévisible (46).

L’Hypnopraxie n’est pas une thérapie des faits, elle cible l’« éprouver » de l’évènement (Praxie) et non l’évènement lui-même, car la situation affective fondamentale de l’être est subjective³⁵ et indépendante des circonstances. Comme disait HUSSERL : « *De simples sciences de faits forment une simple humanité de faits* » (47).

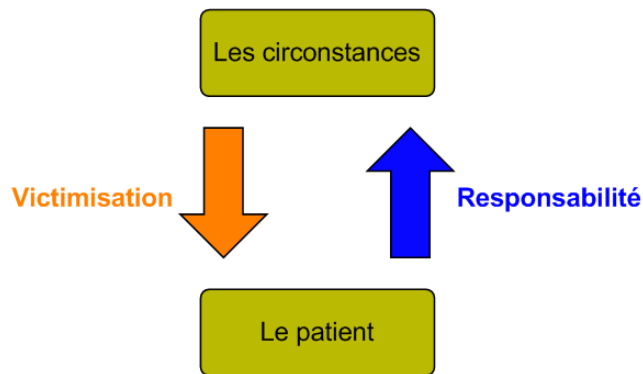


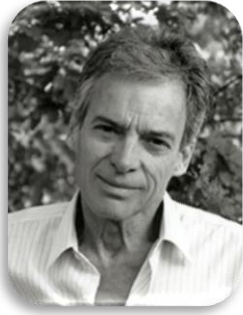
Figure II.2 : Rapport entre le patient et les circonstances.

Attribuer aux circonstances la responsabilité de ce qui arrive prive le patient de sa propre responsabilité et peut le placer dans une position de victime (Figure II.).

³⁴ La Praxie signifie littéralement la manière de saisir, et par extension, la manière de se saisir de soi-même et du monde.

³⁵ La subjectivité est relative au « sujet » et l’objectivité à l’« objet », et nous sommes bien des sujets et non des objets.

2.2. La Phénoménologie Matérielle - Michel HENRY :



« *L'affectivité est l'essence de la manifestation de l'Être* ».

M. HENRY.

Philosophe Français.

Nous avons vu que pour Husserl, la conscience était essentiellement intentionnelle, il reconnaît comme phénomène « l'apparaître » du monde (43), il s'agit de VOIR et de prendre conscience.

Un siècle plus tard, M. Henry opère un changement radical dans la Phénoménologie, en quittant le terrain de la réceptivité pour réinvestir la question de l'intériorité qui n'aurait pas besoin de sortir d'elle-même pour se révéler (48).

Il considère que l'affectivité était antérieure à l'intentionnalité, car elle se révèle à Soi sans intentionnalité, dans le Pathos (49). Il s'agit d'ÉPROUVER soi-même, en soi-même. Cet auto-sentir constitue la véritable Noèse (le fondement), la conscience étant la Noème (le contenu).

M. Henry critique la subjectivité classique qui est simplement formée par des catégories d'appréhension du monde. Il considère qu'on ne peut pas définir le sujet par ce qu'il pense de lui-même (sa conscience), mais par sa subjectivité corporelle. Pour lui, la Vie est affective par essence : « *Vivre consiste en ceci : s'éprouver soi-même et se révéler à soi-même* » (50).

La capacité de s'éprouver soi-même est présente avant toute élaboration des structures de la conscience, et persiste après leur désagrégation³⁶. Il s'agit d'une mémoire autistique pathétique (46).

Cette Vie est irréductible à toute extériorité et n'apparaît pas dans la perception sensorielle, nous ne pouvons l'éprouver que par ses modalités affectives intimes (51) : « *Nous avons confondu la biologie (les mécanismes) et la Vie (ce qui anime ces mécanismes)* », la biologie s'observe alors que la Vie s'éprouve (52).

L'être humain existe comme une manière d'éprouver la Vie, cette affectivité constitue le fondement de son Humanité, c'est sa dimension sacrée. Ses tonalités affectives fondamentales sont celles du Souffrir et du Jouir, et les diverses tonalités de sa vie finie ne sont que des modalités (46).

Le Pathos :

Le Pathos est le lieu où le patient est touché, là où il est sensible aux choses, là où se trouve son authenticité profonde (46). Cette vie pathétique est une matrice invisible qui sous-tend la conscience et donne à voir (52). Autrement dit, la conscience ne fait que refléter l'état d'âme (Tableau II.1).

³⁶ L'enfant est d'abord un état d'âme avant d'acquérir une conscience avec le langage. De même, la personne démente (qui perd ses capacités conceptuelles) garde la capacité de ressentir.

L’Etre humain connaît le monde non pas à travers ce qu’il est mais par ce qu’il en éprouve, comme le rappelle M. Henry : « *La nature réelle est la nature sensible et non l’univers des Idéalités* » (53).

Ce sont les sentiments vitaux qui nous habitent qui projettent une valeur sur telle ou telle chose, elles régissent les attractions ou les répulsions avec les êtres, les choses et les activités et constituent notre réalité et ce, à notre insu. Pascal BLAISE disait : « *Le cœur (l’état d’âme) a ses raisons que la raison ne connaît point* » (54).



L’« éprouver » du patient est constitutif de son rapport à l’existence et oriente sa conscience, à la manière de la main qui anime le gant.

HEIDEGGER considérait que « *C’est L’Etre au monde qui éclaire et fonde l’environnement et pas l’inverse* ». Pour lui, l’Etre au monde organise l’existence et engendre son espace et son monde. Il envisage « *L’affection (être affecté) comme préparatoire au comprendre, à tout mouvement d’être* » (55).

	L’Etat d’âme (Inconscient pathétique)	La Conscience
Caractéristiques	Synthétique, global, intuitif	Analytique, précise, analytique
Lié à	Pathos (affect)	Logos (langage)
Lieu	Chair	Mental
Temporalité	ENstatique (unitaire)	EKstatique (chronologique)
Orienté vers	Une structure	Un contenu
Action	Eprouver, évaluer (donner de la valeur)	Conceptualiser, juger (donner des opinions)
Valeur	Pouvoir, décide et oriente	Vouloir, s’informe
Etat	Etre	Avoir

Tableau II.1 - Comparaison entre l’état d’âme et la conscience, du point de vue de l’Hypnopraxie.

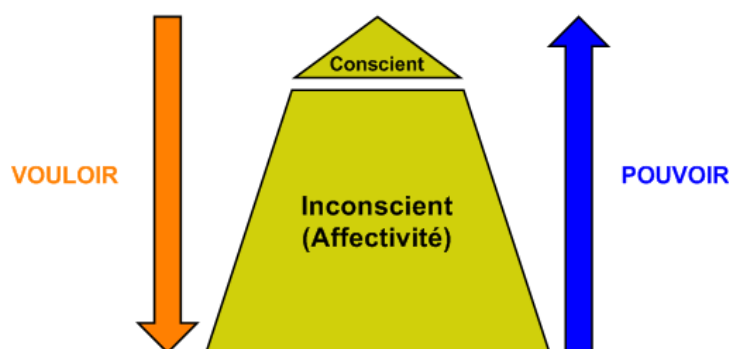


Figure II.3 : Représentation du vouloir (faire) et du pouvoir (être).

Le Pouvoir est situé du côté de l’affectivité inconsciente, dans la capacité du patient à s’accueillir et à laisser émerger ce qu’il a en lui, tandis que le Vouloir est situé dans le contrôle de l’affectivité par la conscience (Figure II.3).

L'état d'âme n'est pas qu'une émotion, c'est un mouvement intérieur qui s'éprouve soi-même (46). Il est :

- Synthétique : intégrateur des expériences de la vie.
- Pathétique : expérimente de façon sensible.
- Original et unique, donc forcément subjectif.
- Dynamique : en mouvement incessant.
- Transcendant : en dépassement permanent de ce qu'il est, vers ses possibles.
- Charnel : lieu où s'éprouvent les choses charnellement.

La Chair :

M. Henry montre que la subjectivité était corporelle, autrement dit, que le corps était subjectif (49).

La nature humaine est structurellement impressionnable et expressionnelle, l'état d'âme est la somme des expériences éprouvées que nous incarnons sous forme d'impressions sensibles, tissulaires et organiques, ces impressions aspirent à s'exprimer au-delà d'un certain niveau d'imprégnation (46).

La chair est cette subjectivité vivante. Il s'agit d'une matière affective qui ne correspond pas à la partie molle de notre corps matériel tel que nous pouvons le voir de l'extérieur, mais à notre « corps subjectif » telle que nous l'éprouvons en permanence dans notre sphère intime (43).

La Corporité³⁷ c'est le corps habité d'un sentiment. Il s'agit de l'apparence visible d'une chair invisible, sensible et subjective, dans laquelle est inscrite la mémoire de nos éprouvés. JANOV disait : « *Le corps se souvient* » (56).

La conscience est plus ou moins informée de ces impressions et expressions. Le patient peut exprimer avec le langage des mots (l'état de conscience) une indépendance vis-à-vis du langage des maux (l'état d'âme, la Corporité).

L'Hypnopraxie considère cette Corporité comme l'Inconscient par excellence, c'est un Inconscient pathétique incarné, l'Inconscient c'est l'involontaire et le symptôme est involontaire. La thérapie va permettre de mobiliser ce qui s'est exprimé dans nos tissus, cellules et organes à notre insu chaque fois que nous avons été affectés par les êtres et les événements importants de notre existence (46).

La Temporalité :

La mémorisation est notre façon de viser notre réalité, elle n'est pas en relation avec ce qui s'est passé mais en relation avec notre saisie toute personnelle de l'événement (Praxie). HEIDEGGER disait : « *L'Homme n'est pas dans le temps, il est le temps lui-même* » (57), à travers sa dimension charnelle qui le met en rapport avec une durée de vie éprouvée.

³⁷ La Corporité c'est le sentiment du corps. A ne pas confondre avec la corporalité qui est la sensation du corps.

Pour l'Âme humaine, il n'y a que le présent ; l'être humain vit sa vie dans le présent en fonction de ce qu'il éprouve de sa propre finitude, indépendamment de la conscience qu'il peut en avoir. De même, l'expérience du passé génère une manière d'éprouver le présent.

L'Hypnopraxie considère le Temps comme unitaire où passé, présent et futur s'intègrent dans ce qui est éprouvé charnellement. Elle cherche l'intégration temporelle en mobilisant cette temporalité pathétique (En-Statique³⁸) centrée sur le présent immédiat du patient. A travers l'« éprouver », le passé émerge et les possibilités de l'avenir se révèlent (46).

L'Angoisse :

Il y a chez l'Homme une angoisse fondamentale liée à sa condition d'être Humain, à sa vulnérabilité et à sa finitude, HEIDEGGER parlait de « *L'être jeté au monde pour la mort* » (57).

À travers une réduction phénoménologique, le patient se perçoit de cette possibilité ultime³⁹ pour se sentir dégagé de la « soucieuse insouciance »⁴⁰, retrouvant ainsi sa liberté.

L'angoisse n'a pas d'objet contrairement à la peur, la conscience est dépassée car elle n'a pas d'objet à interpréter ou à comprendre, ni de cause à analyser. Il s'agit d'une « puissance quêtuse » qui invite au dépassement et met en route dans une recherche de sens, obligeant le Moi intellectualisant à lâcher prise (46).

3. L'Hypnopraxie comme approche structurelle

3.1. L'aspect structurel de la conscience :

La conscience est cet ensemble d'actes par lesquels nous sommes présents au monde, ce sont des structures⁴¹ communes à tous les êtres humains. A travers ses visées intentionnelles, la conscience s'oriente toujours vers une structure avant de s'orienter vers un contenu qui est individuel⁴², car l'acte précède l'apparition.

Ce qui compte n'est pas le contenu de conscience mais la manière de s'y rapporter. Dans la rencontre thérapeutique, il faut faire une époque du contenu pour un retour à l'aspect structurel de chacun.

Ces structures n'existent pas indépendamment les unes des autres mais forment une unité, certaines sont sur-employées et d'autres très peu⁴³. Leur manière singulière d'apparaître définit nos fonctionnements et nos attitudes. Après les avoir repérées dans le discours, le thérapeute va alors réactiver celles qui sont délaissées pour que le patient puisse les (ré)ingérer.

³⁸ C'est-à-dire une temporalité où ce qui se transforme ne se sépare jamais de SOI, en opposition avec la temporalité EK-STATIQUE de la conscience qui a besoin de moments successifs.

³⁹ Il s'agit de la mort, tabou des temps modernes.

⁴⁰ C'est le fait d'être préoccupé par des choses secondaires en délaissant l'essentiel.

⁴¹ Il s'agit des actes que la conscience peut produire pour se rapporter à quelque chose, comme ressentir, imaginer, se souvenir, projeter, percevoir, penser, etc. Perdre conscience revient à perdre ces structures.

⁴² Nous avons tous la capacité de se souvenir, mais chaque souvenir est personnel.

⁴³ Par exemple, les patients dépressifs utilisent peu la projection.

3.2. L'aspect structurel du langage (thérapeutique) :

Parler, c'est mettre en action l'activité Noetico-Noématique de la conscience du patient et en changer le cours, c'est-à-dire orienter les visées de sa conscience dans ses structures. Les paroles entendues génèrent des résonances au niveau de la dimension sensible, il s'agit d'un discours phénoménologique, c'est-à-dire inducteur de phénomènes.

Cet aspect structurel du langage correspond à sa fonction métalinguistique : manifester l'universel pour susciter le personnel. Quand le thérapeute présente la structure, le patient y met ses propres contenus⁴⁴. Le contenu de ces structures est un « éprouver » qui se transforme à chaque instant.

L'activation de la structure par le langage permet de :

- Donner un cadre que le patient va remplir ;
- Réactiver les structures délaissées par le patient et modérer celles qui sont surutilisées ;
- Intégrer les différentes structures : mentales (penser) et corporelles (sentir).

3.3. L'aspect structurel du langage (du patient) :

Le patient révèle dans son discours les aspects structurels de sa manière d'être au monde (Praxie), à travers :

- Les verbes : ce sont les actes de la conscience.
- Les phrases non spécifiques : elles ont un caractère intemporel, c'est-à-dire qu'elles sont valables autant pour le contexte présent comme pour d'autre moment de la vie.

Quand le patient dit « *J'aurais bien aimé qu'il soit là* » en parlant d'une situation bien précise, probablement qu'il a déjà vécu ce sentiment-là dans d'autres circonstances.

- Les « ÇA » : ils témoignent du genre de lien que le patient a avec sa corporéité, permettant de faire une estimation de l'intégration entre l'aspect sensible et l'aspect conceptuel de la personne.

Quand le patient dit : « *ÇA (état d'âme) ME (identité mentale) fait mal* », cela signifie que ce qui est éprouvé rend l'esprit malheureux.

Il est important de ne pas se laisser « hypnotiser » par le contenu du discours qui nous enferme dans une rationalisation, et de porter une attention particulière à cet aspect structurel. Il s'agit donc d'entendre l'intemporel et le sans-espace dans son discours afin d'introduire, par un langage phénoménologique, la dimension inconsciente exprimée.

3.4. La mobilisation thérapeutique :

Dans le langage thérapeutique, les verbes représentent les actes de la conscience. Ce sont des mots agissants qui mobilisent le patient dans ses structures.

⁴⁴ La conscience se rapporte d'abord à la capacité de se souvenir avant de revoir tel ou tel moment.

En Hypnopraxie, le discours du thérapeute est fait d’une suite de verbes. Le thérapeute fait des choix de mots et de Morphèmes⁴⁵ à chaque instant. Le patient saisit dans ce discours ce qui lui correspond et ce, indépendamment de l’intention que le thérapeute a dans la relation.

Le rythme du discours est volontiers lent avec des arrêts séquentiels, le temps de latence qui succède aux mots est un temps d’intégration. C’est lorsque le thérapeute se tait qu’un sens et un sentiment apparaissent au patient. La musicalité du langage est également évocatrice, la mélodie en dit autant que les paroles.

Ce langage large et ouvert permet d’être le moins incongru possible, il s’agit d’un parler pour l’autre et non pour soi, de dire ce qu’il a besoin d’entendre.

4. L’Hypnopraxie comme approche affective :

La démarche de l’Hypnopraxie mobilise l’« éprouver » du patient en le renvoyant à son intimité sensible, lieu où se déterminent ses valeurs et son mouvement intentionnel. Cet « éprouver » se construit et se déconstruit avant même d’être une prise de conscience.

L’Hypnopraxie n’est pas une thérapie explicative, elle s’adresse davantage à l’Etat Modifié d’Affect (EMA) qu’à l’Etat Modifié de conscience (EMC). Il ne s’agit plus de susciter un réaménagement en relation avec un inconscient psychique comme dans la NH, mais de susciter une transe-formation de l’être dans sa dimension sensible⁴⁶, au-delà de toute rationalisation et de tout discours.

Dans cette intériorité, l’intimité ré-éprouve les expériences vécues et dévoile ses possibilités de renouvellement, il s’agit d’une réévaluation pathétique. Ce mouvement pathétique oriente l’axe de conduite. Lorsque le patient n’est plus porteur des mêmes éprouvés, il se positionne autrement et évolue dans son orientation au monde (46).

5. L’Hypnopraxie comme approche intégrative :

L’être humain est dans l’oubli de ce qu’il éprouve, comme dit M. Henry : « *L’Intimité a pris le maquis* ». Cette mise à distance du Pathos engendre chez lui une perception dualiste de lui-même et le coupe de sa propre vie, ce qui génère sa souffrance. Or, les pensées et les affects sont liés par des fils invisibles, de même que les attitudes avec ce qui advient dans la vie quotidienne.

Il a donc besoin de se sentir rencontré dans cette dimension pathétique, afin de mettre à jour ce qui est éprouvé de lui-même, des choses et des êtres (diachronie), ainsi que le lien entre ce qu’il vit et ce qui lui arrive (synchronie) (46).

Le travail intégratif permet de remettre ensemble ces schémas qui peuvent être séparés dans la vie de tous les jours, alors qu’ils sont intimement liés à notre insu, car le tout fonctionne ensemble et la mobilisation de l’un affecte les autres.

⁴⁵ Ce sont des unités de sens plus petites que les mots, par exemple : Essence Ciel (Essentiel).

⁴⁶ Il s’agit de la « Métanoïa pathétique », c’est la capacité d’aller au-delà de soi-même, en soi-même.

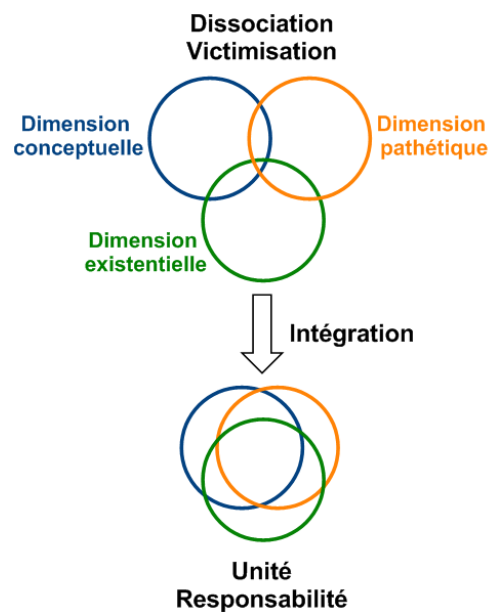


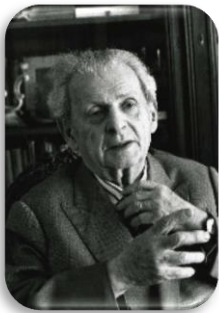
Figure II.4 - Schématisation du processus d'intégration des trois dimensions fondamentales.

L'Hypnopraxie n'utilise pas le phénomène de « dissociation » mais favorise « des associations » avec l'intime, afin de permettre aux patients d'intégrer leurs dimensions : pathétique, conceptuelle et existentielle.

Avec le dépassement de la dualité « Affect / Conscience », les patients retrouvent leur unité. De même, avec le dépassement de la dualité « Soi / Existence », ils retrouvent leur responsabilité (Figure II.).

6. L'Hypnopraxie comme thérapie du Lien :

6.1. La Phénoménologie de la Relation à l'Autre :



« L'autre ne se laisse enfermer dans aucun savoir » (58).

Emmanuel Levinas.

Philosophe Français.

La première capacité humaine est celle de ressentir ce que l'autre éprouve, à partir de la capacité de s'éprouver soi-même, c'est l'essence même de la relation. E. LEVINAS considère que l'affectivité est liée à l'expérience de l'autre, car l'autre n'existe que par le sentiment que j'éprouve en Moi de sa présence (46).

L'Hypnopraxie se base sur cette mise en relation et se situe comme une « Thérapie de la personne » et pas seulement de la maladie. Elle appréhende le patient dans ce qu'il EST (dans ce qu'il éprouve) et non pas dans ce qu'il A (ce dont il a conscience), passant ainsi d'une vision d'objet (avoir des conceptions) à une vision d'essence (être) (46).

Comme disait LEVINAS : « *Il y a dans le visage de l'autre comme un appel à un autre langage (langage parlant) que la parole (langage parlé)* » (58).

Le patient, quand à lui, investit sa sphère affective dans un lien thérapeutique avec des projections de son vécu, car le thérapeute évoque toujours quelque chose pour le patient, c'est la notion de Transfert.

En Hypnopraxie, la relation thérapeutique est la clé de la Transe-Formation, dans la mesure où ce qui se révèle c'est ce qui est éprouvé en présence de l'autre. Le processus thérapeutique n'est pas lié à une connaissance mais à une Co-Naissance, c'est-à-dire révélation réciproque dans la rencontre (46).

E. LEVINAS illustre ceci en disant : « *L'autre nous ouvre à l'infini [...] il est infiniment autre* » (59).

6.2. L'accompagnement dans l'immédiateté :

L'Hypnopraxie n'est pas une technique ni l'application d'une procédure. Il s'agit d'une manière d'être présent au patient, dans une attitude centrée sur son éprouvé.

L'attitude du thérapeute consiste à suspendre ses jugements et ses conceptions, et à renouveler cette époque à chaque instant afin qu'il reste au plus près de ce que le patient éprouve, car un sentiment est toujours éprouvé immédiatement. Cette attitude du thérapeute dans l'attention au lien est fondamentale, dans le sens qu'elle est le fondement thérapeutique lui-même.

Il n'y a pas d'état hypnotique à proprement parlé, il y a une fluctuation permanente d'états, la transe se fait et se défait à chaque instant.

Le patient renseigne le thérapeute sur la valeur et le sens qu'il donne à son discours et à sa présence à travers son hospitalité, c'est-à-dire sa manière de l'accueillir qui se manifeste sous forme de réponses charnelles⁴⁷, avec une alternance entre des processus de défense (contraction), et des phases de lâcher prise (dilatation).

Le thérapeute porte une attention particulière sur ce qui se produit, il interagit en boucle avec ce que le patient vit d'instant en instant, adapte son langage et ajuste sa proxémie⁴⁸ en fonction.

Dans cette interaction, il existe une synchronisation tonicorythmique⁴⁹ en fonction des états intérieurs du patient et du thérapeute. Il s'agit d'un échange permanent entre les deux, comme dans une danse où chacun s'accorde sur l'autre.

Cependant, la thérapie ne consiste pas à prendre EN SOI le PATHOS du patient (EMPATHIE), mais à être AVEC son PATHOS (SYMPATHIE). Autrement dit, il ne s'agit pas de vivre avec le patient mais de faire vivre quelque chose en lui.

La sympathie implique d'avoir moins peur de l'émotion de l'autre, la peur du thérapeute augmente son interventionnisme et peut ne pas laisser de la place au patient pour qu'il puisse se réaménager.

⁴⁷ Comme les expressions du visage, la tonicité, la gestuelle, la respiration, la posture, l'attitude, la voix, etc. Ce qui importe ce n'est pas les réponses corporelles en elles-mêmes mais plutôt le sentiment qu'elles indiquent.

⁴⁸ La proxémie correspond à la distance physique entre thérapeute et son patient. Il s'agit d'un langage non verbal.

⁴⁹ Cette synchronisation n'est pas la simple reproduction des attitudes d'autrui, elle est spontanée, involontaire et souvent asymétrique.

6.3. Les mécanismes de défense :

L'Hypnopraxie considère ces mécanismes de défense comme un des éléments de la relation qu'il convient d'accueillir, car ils contribuent à l'équilibre du patient et font partie de son fonctionnement normal.

Si le thérapeute « force » le travail, il risque de mettre le patient face à quelque chose qu'il n'est pas prêt à accepter et de bouleverser son équilibre⁵⁰. Ce dernier peut lâcher prise lorsqu'il rencontre la part la moins consciente de son être, sa dimension pathétique.

C'est en étant touché (dans le sens blessé) que l'on met en place des défenses, et c'est en touchant (dans le sens rencontrer l'intime) que les défenses se libèrent, le patient peut alors lâcher sa somatisation. L'art de la thérapie est de faire évoluer des systèmes qui sont figés et ce, dans le plus grand respect des possibles du patient (46).

Le thérapeute aussi doit mesurer ses propres mécanismes de défense, car il y a toujours quelque chose qui est réveillé en nous, thérapeutes, par la présence du patient, c'est la notion de contre-transfert. M. ERICKSON disait : « *Il n'y a pas de patient résistant, il n'y a que des thérapeutes résistants à la résistance de leurs patients* ».

⁵⁰ Ceci correspond également à la levée d'inhibition après l'introduction d'antidépresseurs.

TROISIEME CHAPITRE -

LA METHODOLOGIE

Sommaire du chapitre :

- 1. La présentation de l'étude.**
- 2. Les patients.**
- 3. La réalisation de l'étude.**
- 4. Le recueil des données**
- 5. Les aspects éthiques.**

III. LA MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous allons présenter la démarche méthodologique que nous avons suivie tout au long de notre travail.

1. La présentation de l'étude :

1.1. L'objet de recherche :

L'objet de recherche concerne le cheminement thérapeutique des patients à travers les séances d'Hypnopraxie, réalisées dans le cadre de la Médecine Générale.

Nous entendons par « cheminement des patients » l'évolution de leurs praxies dans leur rapport à eux-mêmes, aux autres, aux situations et au monde, à travers leurs dimensions affectives, cognitives et comportementales.

Dans ce travail, nous nous plaçons d'un point de vue clinique, et non neurophysiologique.

1.2. L'objectif et la question de recherche :

Notre objectif consiste à explorer le cheminement thérapeutique des patients et à élucider ses processus sous-jacents, à travers l'intervention thérapeutique par l'Hypnopraxie.

Le terme « processus » correspond à un enchaînement organisé et ordonné de phénomènes actifs, répondant à un certain schéma et aboutissant à un résultat déterminé (60).

Nous nous sommes posé la question suivante (Figure III.1) :

Quels sont les mécanismes d'action sous-jacents qui déterminent le cheminement thérapeutique des patients, et les facteurs qui l'influencent ?

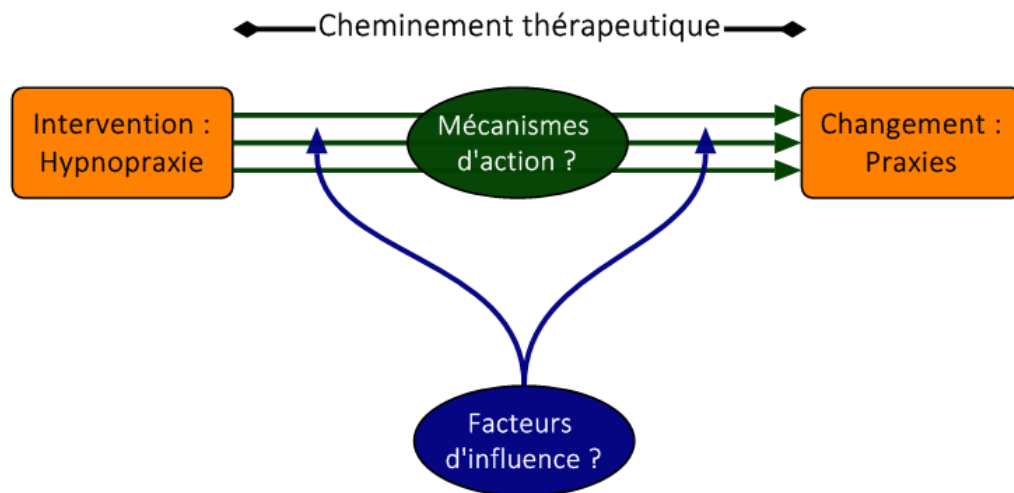


Figure III.1 - Schématisation de l'objectif et de la question de recherche.

1.3. Le type d'étude :

Pour répondre à cette question, nous avons opté pour une approche qualitative exploratoire.

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-dirigés.

Ces données ont été soumises à une analyse thématique du contenu, de type inductif.

2. Les patients :

2.1. Les critères d'inclusion :

Les patients remplissant l'ensemble des critères suivants :

- Adultes et volontaires ;
- Consultant au cabinet durant le SASPAS⁵¹ ;
- Ayant eu au moins une séance d'Hypnopraxie.

2.2. Les critères d'exclusion :

Les patients remplissant au moins un de ces critères suivants :

- Un antécédent de trouble psychotique ;
- Une démence sévère ou une surdité totale ;
- Un âge inférieur à 15 ans.

Il en découle que le présent travail ne concerne pas les séances réalisées lors de notre exercice dans d'autres cabinets, ni celles faites avec les enfants.

2.3. Le schéma de recrutement :

Le recrutement s'est étendu sur 13 semaines, du 08 décembre 2014 au 07 mars 2015.

Les patients ont été recrutés via trois modalités. Nous avons proposé nous-même la thérapie quand une indication était retenue, sans se baser sur des critères diagnostiques préétablis. Certains patients ont eux-mêmes formulé la demande, d'autres nous ont été adressés par des confrères.

Les refus de participation ont été pris en considération dans les résultats.

Au total, 33 patients ont été inclus et suivis.

3. La réalisation de l'étude :

3.1. Le schéma de réalisation :

Nous avons mené l'étude selon le schéma suivant (Figure III.2).

Toutes les séances d'Hypnopraxie ont été réalisées dans le même cabinet de Médecine Générale, à Saint-Paul⁵². Nous avons nous-même effectué ces séances, lors de consultations entièrement dédiées.

Aucun traitement à visée psychotrope n'a été prescrit durant toute la durée du suivi.

⁵¹ Il s'agit du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée, correspondant au dernier semestre d'internant en Médecine Générale.

⁵² Ville située dans l'ouest de l'île de la Réunion (France).

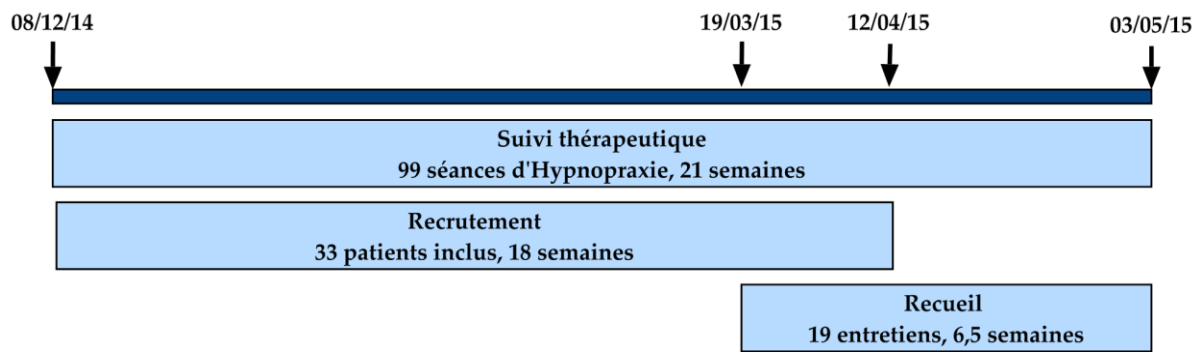


Figure III.2 - Schéma général de la réalisation de l'étude.

3.2. La réalisation de l'anamnèse :

L'anamnèse a systématiquement précédé toute séance. Elle constitue un préalable indispensable et ce, à plusieurs égards :

- Bien connaître le patient, à travers les structures du langage qu'il emploie, notamment l'utilisation des verbes, des « ÇA » et des phrases non spécifiques ;
- Déterminer si l'utilisation de la méthode est appropriée (cf. Les contre-indications et les précautions d'emploi : p17) ;
- Etablir une relation de confiance avec le patient ;
- Insister sur la liberté dont dispose le patient durant les séances, y compris sortir seul de l'Hypnose s'il le désire ;
- Rassurer le patient en lui donnant quelques explications pour démystifier l'expérience hypnotique.

Lors de cette anamnèse, nous avons cherché à recueillir les éléments suivants :

- Les antécédents du patient, notamment psychiatriques, ainsi que les traitements et les thérapies antérieurs ou en cours (cf. Annexe 2 – La fiche de renseignements nominative : p204) ;
- Les grands changements de vie et les événements marquants ;
- Les liens et les ruptures, avec la réalisation de constellations affectives⁵³ ;
- Les symptômes fonctionnels comme l'asthénie, l'appétit, le sommeil, la libido, les compensations ;
- Les scénarii et les situations inachevées ;
- Les actes inconscients : rêves, actes manqués, lapsus ;
- Les valeurs affectives : ce qui touche la sensibilité et ce qui est jugé important ;

⁵³ Le patient est représenté par un point au centre d'une feuille, il situe avec d'autres points, de façon plus ou moins proche du centre, les personnes en fonction de leur proximité affective.

- Le rapport à la mort ;
- Les représentations vis-à-vis de l'Hypnose ;
- Les attentes de la thérapie et les motivations du patient.

Aucun objectif thérapeutique n'a été fixé, ni le nombre de séances nécessaires.

Nous avons présenté oralement l'approche aux patients, ainsi que le déroulement des séances. Le mot « Hypnose » a été explicitement prononcé, en précisant qu'il s'agit d'Hypnopraxie. Enfin, nous avons répondu à leurs éventuelles questions.

3.3. La réalisation des séances d'Hypnopraxie :

Notre travail concerne uniquement les séances formelles⁵⁴ d'Hypnopraxie, les séances d'HT ou de NH pratiquées pour des situations aiguës⁵⁵ ne seront donc pas rapportées ici.

Après un court échange, nous invitons le patient à s'allonger dans la position de son choix et à fermer les yeux.

La « phase de travail » débutait immédiatement sans induction. Ce qui était recherché n'était pas le relâchement ni la détente, mais plutôt la rencontre du patient avec son intimité.

Nous adoptons une attitude centrée sur le patient, en utilisant un langage structurel⁵⁶, sous forme de verbes entrecoupés de phases de silence (cf. Annexe 5 – La retranscription intégrale d'une séance d'Hypnopraxie : p207).

Aucune procédure n'a été élaborée au préalable, nous accompagnions le patient dans ce qu'il vivait dans l'instantanéité, nous adaptions la proxémie et le langage en fonction de ce qu'il nous renvoyait. Les résistances rencontrées ont été acceptées.

A la fin de la séance, le patient était invité progressivement à se réorienter, en le resituant dans l'espace et dans le temps. La phase post-hypnotique était respectée jusqu'au rétablissement spontané du contact visuel ou verbal.

Nous n'avions pas utilisé d'amnésie structurée ni de suggestions post hypnotiques. De même, nous n'avions pas fait de débriefing après les séances afin d'éviter la rationalisation.

Nous avons accepté les demandes de présence du conjoint, en précisant que la dynamique de la thérapie allait être différente.

3.4. La prise de notes :

Pendant l'anamnèse et les séances, aucun support de prise de notes n'a été utilisé, aucun enregistrement n'a été effectué. Néanmoins, les points importants de leur déroulement ont été notés dans le journal de bord⁵⁷, immédiatement après le départ du patient.

⁵⁴ En opposition avec les séances conversationnelles qui se font en échangeant verbalement avec le patient.

⁵⁵ Il s'agit notamment de gestes techniques, comme la pose ou le retrait d'implants sous cutanés.

⁵⁶ Les suggestions directes n'ont donc pas été utilisées.

⁵⁷ Document constitué par l'ensemble des notes des comptes rendus rédigés.

3.5. L'aménagement du cabinet :

L'aménagement temporel :

Les séances étaient sur rendez-vous (RDV), pris durant des demi-journées⁵⁸ dédiées. Une plage d'une heure a été prévue pour chaque RDV.

Au départ, une demi-journée par semaine a été consacrée à la pratique de l'Hypnopraxie, cela s'est rapidement avéré insuffisant devant le nombre croissant de patients inclus.

Dans un second temps, des RDV ont été rajoutés sur les autres demi-journées de la semaine. Cette organisation a suscité des difficultés, car les autres patients consultant pour d'autres motifs ont manifesté leur mécontentement devant l'attente trop longue.

Finalement, après concertation avec nos praticiens, une deuxième demi-journée dédiée par semaine a été rajoutée.

Nous avons tenu nous-même l'agenda. A chaque séance, un RDV a été proposé pour la séance d'après. Les séances étaient espacées de 2 à 4 semaines pour un même patient, en fonction de sa disponibilité et de notre capacité d'accueil.

Lorsqu'un patient manquait un RDV, un autre lui était proposé lors de son appel pour prévenir. Pour ceux qui n'avaient pas prévenus, nous les avons relancés une fois, une semaine après.

Les RDV non honorés ont été notés et pris en compte dans les résultats.

L'aménagement matériel :

Il n'y a pas eu d'aménagement matériel particulier, les patients s'allongeaient sur la table d'examen, nous nous asseyions à côté d'eux sur un tabouret, au niveau de leur tête et à leur hauteur.

La facturation :

Toutes les séances ont été facturées⁵⁹ comme des consultations de Médecine Générale⁶⁰ avec le tiers payant. Aucun dépassement d'honoraire n'a été pratiqué.

4. Le recueil des données

4.1. La méthodologie du recueil :

L'entretien semi directif à tendance compréhensive⁶¹ nous a semblé l'instrument le plus approprié pour répondre à notre question de recherche.

⁵⁸ Chaque demi-journée correspondait à 4 ou 5 RDV, selon qu'il s'agisse de la matinée (8h – 12h) ou de l'après-midi (14h – 19h).

⁵⁹ La nomenclature ANRP001 correspond à la réalisation d'une séance d'Hypnose (à visée antalgique) en Médecine Générale, avec un tarif de zéro euro.

⁶⁰ Selon le tarif conventionné en vigueur (CS) qui est de 27,60€ à la Réunion, et à 23€ en France Métropolitaine.

⁶¹ Cela implique que nous nous engageons activement dans les questions, au lieu d'être dans une attitude distante et standardisée.

De par son caractère ouvert et participatif, il nous a permis à la fois d'approfondir certains points, tout en laissant la place aux interventions non prévues.

4.2. L'échantillonnage :

Nous avons tenté d'élargir le champ d'investigation pour mieux appréhender le phénomène de cheminement thérapeutique. Dès lors, nous avons mené les entretiens jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'au moment où aucune nouvelle donnée n'émergeait.

Nous avons obtenu cette saturation au bout de 18 entretiens, nous l'avons alors confirmée par un entretien supplémentaire, ramenant le nombre total d'entretiens à 19.

L'échantillonnage était naturellement intentionnel, c'est-à-dire que tous les patients sollicités pour le recueil ont été délibérément choisis pour leur représentativité par rapport à l'objectif de recherche.

4.3. La grille d'entretien :

Afin de pouvoir appréhender le phénomène de cheminement thérapeutique dans sa complexité, nous avons élaboré au préalable une grille d'entretien (cf. Annexe 4 – La grille d'entretien : p206). Nous l'avons conçue sous forme de 6 grands thèmes suivant une progression logique :

- La survenue de changements, il s'agit de la question d'ouverture ;
- L'évolution du motif de recours initial ;
- L'évolution de la qualité de vie ;
- L'évolution du rapport à soi-même et du rapport aux autres ;
- La mobilisation de nouvelles ressources ;
- Le vécu des séances et l'évolution des représentations vis-à-vis de l'Hypnose.

Chaque thème comportait un ou plusieurs sous thèmes orientés vers les changements survenus depuis l'intervention thérapeutique.

4.4. La réalisation du recueil par entretiens :

Les entretiens ont été réalisés durant 6,5 semaines. Ils ont tous eu lieu dans le même cabinet où nous avons réalisé les séances. Aucune tierce personne n'y est intervenue.

Avant de débiter chaque entretien, nous avons présenté aux patients l'objectif et le contexte⁶² de sa réalisation, oralement et par écrit. Ils ont été invités à y répondre sincèrement et librement.

Par la suite, un formulaire de consentement pour l'enregistrement vocal a été signé par chaque patient (cf. Annexe 3 – Le formulaire de consentement : p205).

⁶² La réalisation d'une thèse de Médecine Générale.

Tous les entretiens ont été enregistrés simultanément par deux dictaphones⁶³. Aucun incident technique n'est survenu⁶⁴.

Durant ces entretiens, nous avons tenté de respecter les éléments suivants :

- Ne pas interrompre le patient, afin de laisser le temps à son discours de se développer sur la base d'une libre association d'idées ;
- Adopter une écoute active et attentive ;
- Ne pas annoncer une limite de temps au patient ;
- Respecter les silences et les hésitations ;
- Ne pas orienter ou suggérer les réponses.

La grille d'entretien a été utilisée comme une carte de route, dans le sens où l'ordre des thèmes n'a pas été imposé mais se faisait en fonction des réponses données par le patient. Nous consultions à la fin la grille afin de vérifier que tous les éléments avaient été abordés.

Nous avons eu recours à des reformulations interrogatives pour préciser ou développer certains aspects. Avant de conclure, nous demandions aux patients s'ils avaient d'autres éléments à rajouter.

Tout comme les séances, les entretiens étaient sur RDV et ont été facturés comme une consultation normale.

4.5. L'entretien test :

L'entretien test nous a permis d'évaluer notre grille d'entretien dans le but de nous assurer de son opérationnalité.

Ainsi, quelques dysfonctionnements ont pu être décelés :

- Relever par écrit des aspects non verbaux nous a semblé gênant, car il altère la qualité d'écoute et de présence avec les patients et engendre des ruptures de lien. Nous avons alors fait le choix de ne pas prendre de notes durant les entretiens et le faire juste après ;
- Adopter plus de flexibilité et nous adapter à l'enchaînement du patient, sans forcément respecter l'ordre préétablie ni la formulation exacte des questions ;
- Limiter notre interventionnisme et laisser le patient s'exprimer (encore) plus longtemps ;
- Poursuivre l'enregistrement jusqu'à la sortie du patient du cabinet, car des éléments non évoqués peuvent se révéler à ce moment-là ;
- Les sous-thèmes du « rapport à la mort » et de « l'évolution des peurs » ont été rajoutés ;

⁶³ Le premier est placé à proximité du patient, le deuxième de notre côté.

⁶⁴ Nous avons une bonne qualité d'enregistrement sans aucune perte de données.

- Apprendre par cœur la grille d’entretien afin de regarder le document papier le moins possible, ceci assure un déroulement plus naturel et plus fluide de l’entretien.

Cet entretien test a été intégralement transcrit et intégré aux résultats. Le patient concerné correspondait au premier RDV de l’agenda, il n’a donc pas été choisi intentionnellement.

4.6. La transcription des entretiens :

Tous les enregistrements d’entretiens ont été intégralement transcrits verbatim⁶⁵, afin de conserver le plus fidèlement possible le discours des patients.

Nous nous sommes aidé par l’utilisation d’un logiciel de reconnaissance vocale : « *Dragon NaturallySpeaking V11, Nuance* », en dictant phrase par phrase les discours enregistrés.

Les aspects non verbaux⁶⁶ et paraverbaux⁶⁷ ont été transcrits dans la mesure du possible. Devant l’ampleur du travail, la transcription de chaque entretien a été réalisée dans un délai maximal de 3 semaines.

Dans un souci de respect de l’anonymat des patients, les éléments permettant leur identification ont été retirés. Nous avons attribué à chacun un numéro suivant l’ordre de réalisation des entretiens.

Par la suite, nous avons réécouté chaque entretien au minimum quatre fois, afin de nous assurer de la stricte reproduction du discours.

4.7. La constitution du corpus :

Le corpus est l’ensemble des données destinées à être soumises à l’analyse qualitative, il comporte deux volets :

- ◆ Le verbatim des 19 entretiens semi directifs.
- ◆ Le journal de bord : rédigé à chaque consultation sur une fiche individuelle pour chacun des 33 patients inclus. Nous y avons noté :
 - Les éléments importants de l’anamnèse ;
 - Le recueil des expressions corporelles involontaires survenues pendant les séances ;
 - Les expressions verbales et non verbales spontanées après les séances ;
 - L’évolution rapportée en début de consultation depuis la séance précédente.

Par la suite, ces deux volets ont été regroupés sur un fichier informatique unique, dans un format commun.

Notons enfin que l’analyse concerne l’ensemble des patients, y compris ceux qui n’ont pas eu d’entretien (de P20 à P33), c’est-à-dire après l’obtention de la saturation des données.

⁶⁵ C’est-à-dire une transcription littérale des propos, tels qu’ils ont été prononcés. Les erreurs de langage ont donc été respectées.

⁶⁶ Il s’agit d’attitudes, gestuelle, mimiques, pleurs, rires, silences, hésitations, lapsus, etc.

⁶⁷ Ils concernent la voix : ton, intonation, rythme, pauses, etc.

5. Les aspects éthiques :

Tout au long de ce travail, nous avons veillé au respect des patients, ce qui s'est traduit à travers les éléments suivants :

5.1. Le cadre légal :

- Une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenue⁶⁸ (cf. Annexe 1 – L'autorisation de la CNIL : p203).
- Un formulaire de consentement pour l'enregistrement vocal a été signé par les patients avant chaque entretien, accompagné de notre engagement écrit garantissant leur anonymat (cf. Annexe 3 – Le formulaire de consentement : p205).
- La possibilité pour les patients d'obtenir, sur une simple demande, la copie intégrale de la transcription de leur entretien.

5.2. Le respect de l'anonymat :

- Aucune donnée permettant l'identification⁶⁹ des patients n'apparaît dans le présent travail.
- Aucune tierce personne n'a été autorisée à intervenir dans l'élaboration du présent travail, et ce durant toutes ses étapes.

5.3. La sécurisation des données :

- Les données nominatives des patients ont été conservées dans un fichier informatisé, sécurisé par un mot de passe et chiffré par le logiciel de protection : « *SanDisk SecureAccess*®, *Gemalto SA* ».
- Aucune donnée nominative n'a été échangée sur un réseau⁷⁰.
- Les formulaires de consentement en version papier ont été stockés dans un local fermé à clé.
- Tous les enregistrements vocaux ont été détruits après leur analyse.

5.4. L'éthique professionnelle :

- Toutes les séances ont été menées dans un but exclusivement thérapeutique, dans le respect de l'intimité des patients.
- Nous avons veillé à offrir toute la liberté aux patients et à ne jamais les contraindre à faire quoi que ce soit, notamment durant les séances.

⁶⁸ Au nom du Département de Médecine Générale (DMG) de la Réunion.

⁶⁹ Ces données concernent : le nom, le prénom, l'âge, l'ethnie, la profession, le numéro de téléphone et l'adresse postale.

⁷⁰ Comme les mails, les espaces de stockage virtuels ou les réseaux sociaux.

- Nous avons pu expérimenter l'Hypnose en tant que patient avant de l'expérimenter en tant que thérapeute, notamment à travers les exercices pratiques lors de notre formation.
- La pratique de l'Hypnopraxie a été réalisée après une formation qualifiante, destinée exclusivement aux professionnels de la santé.

6. Le traitement des données :

6.1. La méthodologie d'analyse :

Nous avons opté pour une analyse thématique du contenu. Elle consiste à repérer, à regrouper et à analyser les thèmes récurrents abordés dans le corpus.

Cette méthodologie nous a permis de développer un ensemble de nouvelles catégories à l'intérieur d'un modèle qui résume et donne un sens aux données brutes, en passant du spécifique vers le général.

Il s'agit d'une démarche inductive⁷¹ où les catégories ne sont pas définies a priori, leur émergence ne découle pas d'un cadre théorique préétabli, et leur analyse est menée sans hypothèses préalables. Elles sont au contraire tirées (induites) des interprétations des données recueillies.

6.2. Les étapes d'analyse :

Afin d'explorer le phénomène de cheminement dans sa globalité, nous avons décomposé le corpus de manière à en distinguer les éléments constitutifs et expliquer les rapports qui lient les différents éléments entre eux. Par la suite, nous les avons reliés pour former un nouvel ensemble cohérent.

En pratique, l'analyse des données s'est effectuée en plusieurs étapes.

La pré-analyse :

Avant de procéder à l'analyse proprement dite, nous avons réalisé 3 lectures « flottantes » de l'ensemble du corpus.

Ces lectures nous ont permis de nous imprégner de son contenu, de laisser émerger des impressions générales et d'avoir une vue d'ensemble de la totalité des éléments à analyser.

La réduction des données par codification⁷² :

Cette étape consiste à rechercher les thèmes émergents. Pour ce faire, nous avons découpé le corpus en identifiant des unités de sens, c'est-à-dire des segments de texte qui présentent en soi une signification spécifique. Il s'agit de décontextualiser.

Nous avons parcouru le corpus entretien par entretien en nous posant les questions : Qu'est-ce que c'est ? De quoi est-il question ? Nous n'avons retenu que le matériel significatif au regard de notre question de recherche.

⁷¹ Par opposition à l'approche déductive où l'analyse des textes se fait à partir d'un cadre théorique fixé préalablement qui ne peut être modifié.

⁷² La codification correspond à la transformation des données brutes en données organisées.

Par la suite, nous avons étiqueté les unités de sens se rapportant au même thème au moyen de codes. Au fur et à mesure de la codification, de nouveaux thèmes sont apparus et les unités de sens y ont été assignées, favorisant ainsi l'introduction d'informations nouvelles.

Chaque thème émergent a été défini et décrit, afin de lui garantir la même signification tout au long du travail. Nous avons poursuivi le codage jusqu'à saturation, c'est-à-dire lorsque l'ajout d'unités de sens ne permet plus d'enrichir les catégories.

La codification a été effectuée à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative : « NVivo 10, QSR international ». Son utilisation nous a permis également d'effectuer des requêtes fréquentielles de mots, afin de nous aider à l'identification des thèmes récurrents.

A l'issue de cette étape, nous avons pu dégager 39 thèmes.

La condensation des données par la catégorisation thématique :

Nous avons structuré les thèmes dégagés en un système porteur de sens, en les regroupant par analogie selon leur caractère commun, et en les hiérarchisant dans des catégories et des sous-catégories, sous forme d'un arbre thématique. Il s'agit de recontextualiser.

En adoptant une démarche inductive, nous sommes partis du précis au général. Les catégories terminales sont les plus larges, elles proviennent du regroupement progressif de catégories à généralité plus faible. Le titre conceptuel de chaque catégorie n'a été défini qu'en fin d'opération.

Les extraits du corpus illustrant ces catégories ont été présentés dans leur contexte, afin d'aider à saisir leur signification exacte. Nous avons sélectionné ceux qui reflètent le mieux l'essence de chaque sous-catégorie.

A l'issue de cette étape, nous avons élaboré un arbre thématique comportant 9 grandes catégories (cf. Annexe 6 – L'arbre thématique : p208), ceci constitue la base de notre analyse.

La généralisation :

Nous avons lu l'ensemble des extraits issus des différentes catégories à la lumière de notre question de recherche, afin de leur donner du sens. Pour y parvenir, nous avons procédé de la manière suivante :

- Nous avons cherché à mettre en lien les différentes catégories et sous-catégories, en analysant comment elles interagissent entre elles.
- Cette mise en lien nous a permis de repérer les mécanismes sous-jacents au cheminement thérapeutique des patients, ainsi que les différents facteurs pouvant les influencer.

L'élaboration d'un schéma interprétatif :

Nous avons tenté d'attribuer peu à peu à ces mécanismes et facteurs un schéma interprétatif. Un modèle structurel et synthétique a été ainsi élaboré, sous forme d'un diagramme représentant la manière dont les processus s'articulent les uns avec les autres. Cette étape constitue l'aboutissement de notre travail.

Tout au long de l'analyse, nous avons tenté d'illustrer les notions développées par des images et des métaphores, selon une procédure analogique⁷³ d'interprétation. Ceci a pour but d'offrir une vision synthétique et globale du phénomène étudié.

Synthèse des étapes d'analyse :

Nous avons résumé ci-dessous l'ensemble de ces étapes (Tableau III.1) :

Etapes	Pré-analyse	Codage	Catégorisation thématique	Généralisation	Modélisation
Détail	Faire une lecture préliminaire des données brutes	Identifier et étiqueter des unités de sens	Structurer les thèmes en catégories (arbre thématique)	Etablir des liens entre les différentes catégories	Elaborer un modèle structurel et fonctionnel
Tâche	Préparer	Réduire	Condenser	Donner du sens	Synthétiser
Résultats	170 pages	39 thèmes	9 catégories	9 liens	7 mécanismes et 3 facteurs

Tableau III.1 - Synthèse des étapes de l'analyse des données.

6.3. La présentation des résultats :

- Nous avons privilégié une présentation transversale, sur la base de notre arbre thématique, plutôt qu'une présentation verticale patient par patient.
- Nous avons respecté la règle d'exhaustivité⁷⁴, c'est-à-dire que chaque extrait n'est attribué qu'à une seule catégorie.
- Pour chaque thème, nous avons cherché à illustrer l'évolution des patients. Pour cela, nous avons sélectionné les extraits faisant référence à leur situation avant et après l'intervention thérapeutique.
- Les extraits ont d'abord été visualisés dans le corpus puis présentés dans leur contexte, afin d'aider à la compréhension du sens donné et de conserver les nuances.
- Concernant les catégories à caractère sommaire, nous avons opté pour une présentation sous forme de tableaux.

⁷³ Elle s'appuie sur des rapprochements successifs en identifiant les ressemblances et les similitudes. En contraste avec l'analyse séquentielle qui représente les liens à l'aide d'une chaîne d'événements.

⁷⁴ Exception faite pour les présentations sommaires, sous formes de tableaux.

QUATRIEME CHAPITRE -

LA PRESENTATION DES RESULTATS

Sommaire du chapitre :

- 1. Les caractéristiques des patients et de leur suivi.**
- 2. L'acquisition de nouvelles praxies.**
- 3. Entre vouloir et pouvoir.**
- 4. La dynamique de la transe.**
- 5. La mobilisation thérapeutique.**
- 6. Les mécanismes de défense.**
- 7. Le lien thérapeutique.**
- 8. L'Hypnopraxie en Médecine Générale.**
- 9. L'adhésion thérapeutique.**
- 10. Les représentations et les appréhensions vis-à-vis de l'Hypnose.**

IV. LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans le chapitre précédant, nous avons présenté les aspects méthodologiques de notre recherche, avec la description des méthodes de recueil des données, ainsi que le traitement auquel elles ont été soumises.

Nous allons à présent exposer les caractéristiques des patients, ainsi que les résultats tels qu'ils émanent du traitement du corpus par analyse thématique inductive, sous forme de catégories thématiques.

Dans un souci d'amélioration de la lisibilité, nous présenterons ici une synthèse des résultats, avec l'illustration de chaque notion abordée par un ou deux extraits pertinents du transcrit original. L'intégralité des extraits après leur analyse ont été placés en annexes (cf. Annexe 8 – La présentation intégrale du verbatim après l'analyse : p211).

Nous exposons ici les règles de transcription, afin de conserver les nuances du discours :

- Les citations des patients apparaissent « *entre guillemets* » avec la police « *Century Gothic* ».
- Leur langage non verbal apparaît (*entre parenthèse*).
- Leurs mots accentués dans l'intonation sont soulignés.
- Leurs phrases inachevées sont marquées par 3 points de suspension (...).
- Les éléments qui nous ont semblés les plus illustratifs sont en **caractère gras**.
- Les données retirées pour préserver l'anonymat sont [*entre crochets*].
- Le raccourcissement des extraits de notre part est traduit par 3 points de suspensions entre crochet [...].
- Les éléments issus du journal de bord sont marqués d'une étoile*.
- Nos prises de paroles apparaissent '*en italique*'.
- Le contexte des extraits est (entre parenthèses) avec la police « *Calibri Light* », taille « 10 ».

1. Les caractéristiques des patients et de leur suivi :

1.1. Les caractéristiques des patients :

Les caractéristiques démographiques :

L'âge des patients est compris entre 19 et 68 ans, avec une moyenne à 42,1 années (Figure IV.1). Cette population est composée de 81.8% de femmes, et de 18.8% d'hommes.

L'origine Réunionnaise est majoritaire avec 70% des patients, l'origine « Métropolitaine » représente 24%, les patients restants (6%) sont d'origine Mahoraise ou Malgache.

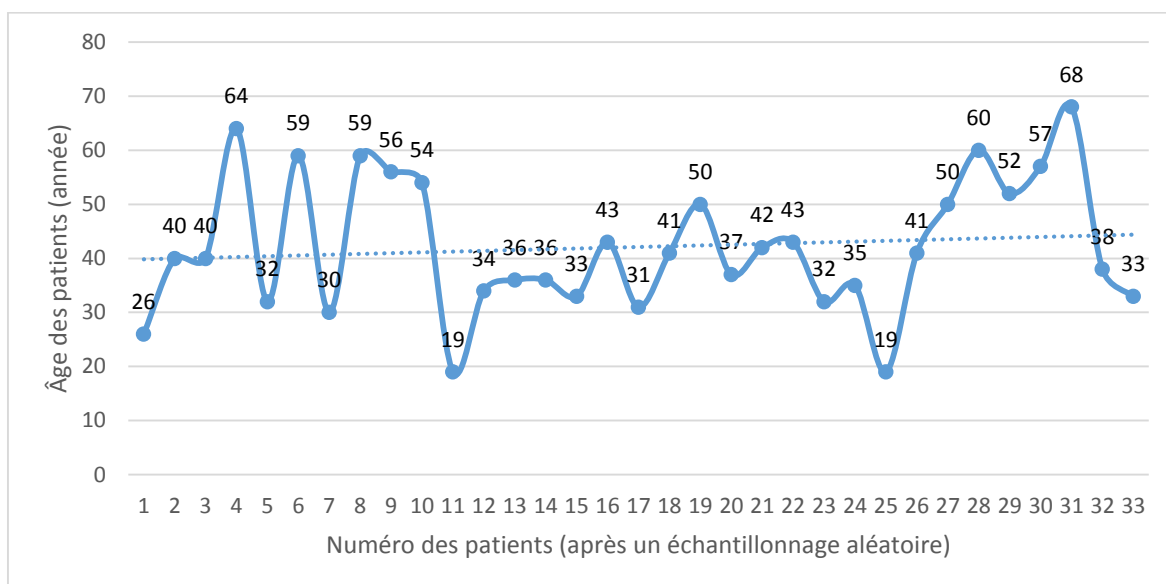


Figure IV.1 - Répartition d'âges des patients, échantillonnage aléatoire effectué avec « Excel 2013, Microsoft ».

Un quart des patients n'ont pas d'activité professionnelle. La répartition des autres catégories socio-professionnelles est relativement équilibrée. Les catégories « Agriculteurs » et « Artisans » ne sont pas représentées (Figure IV.2).

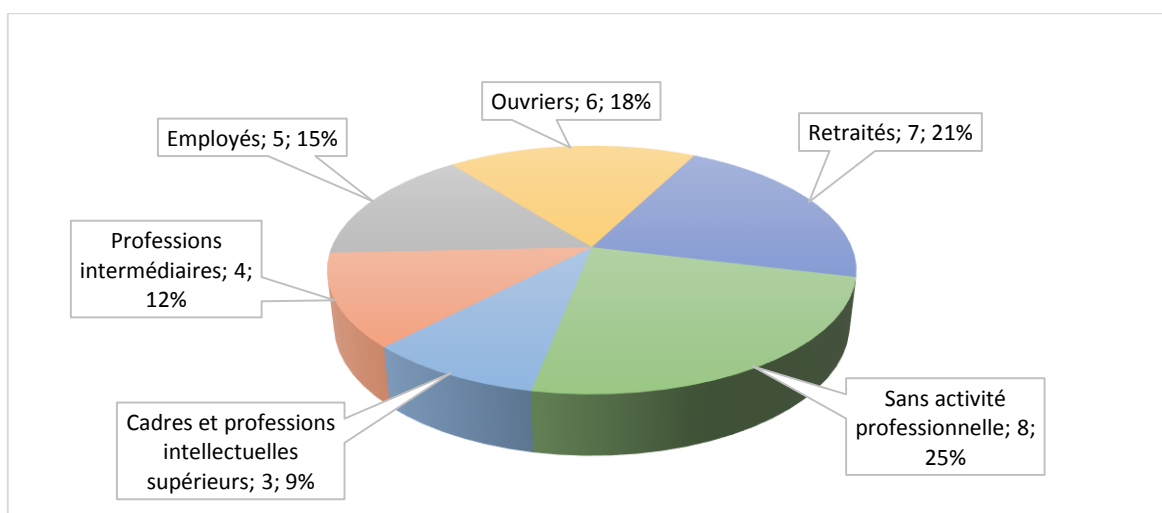


Figure IV.2 - Catégories socio-professionnelles des patients.

Cette classification est basée sur la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles, établie par l'Insee⁷⁵ en 2003 (cf. Annexe 7 – Nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'Insee, 2003 : p210).

Les antécédents :

8 patients (24,2 %) ont déjà pris un traitement antidépresseur ou anxiolytique (avec ou sans suivi psychiatrique). Aussi, 7 patients (21,2%) ont déjà eu un suivi psychiatrique (avec ou sans traitement).

⁷⁵ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

Au moment du recrutement, deux d'entre eux (6%) étaient en cours de traitement par un antidépresseur. Aucun patient n'était en cours d'une psychothérapie.

Il s'agissait d'une première expérience hypnotique pour 32 patients (96,9%).

1.2. Les caractéristiques du suivi :

Le recrutement :

Nous avons proposé la thérapie par l'Hypnopraxie à 44 patients, parmi eux :

- 15 (34,1%) n'ont pas été revus, sans qu'aucun refus n'ait été explicitement formulé.
- 29 (65,9%) ont accepté la proposition et ont été suivis.

7 autres patients se sont rajoutés, 5 patients ont formulé eux-mêmes la demande et 2 autres nous ont été adressés par des confrères.

Parmi ces 36 patients, nous avons exclu 3 d'entre eux car ils avaient moins de 15 ans.

Au total, 33 patients ont été inclus et suivis, cette population constitue notre échantillon (Figure IV.3).

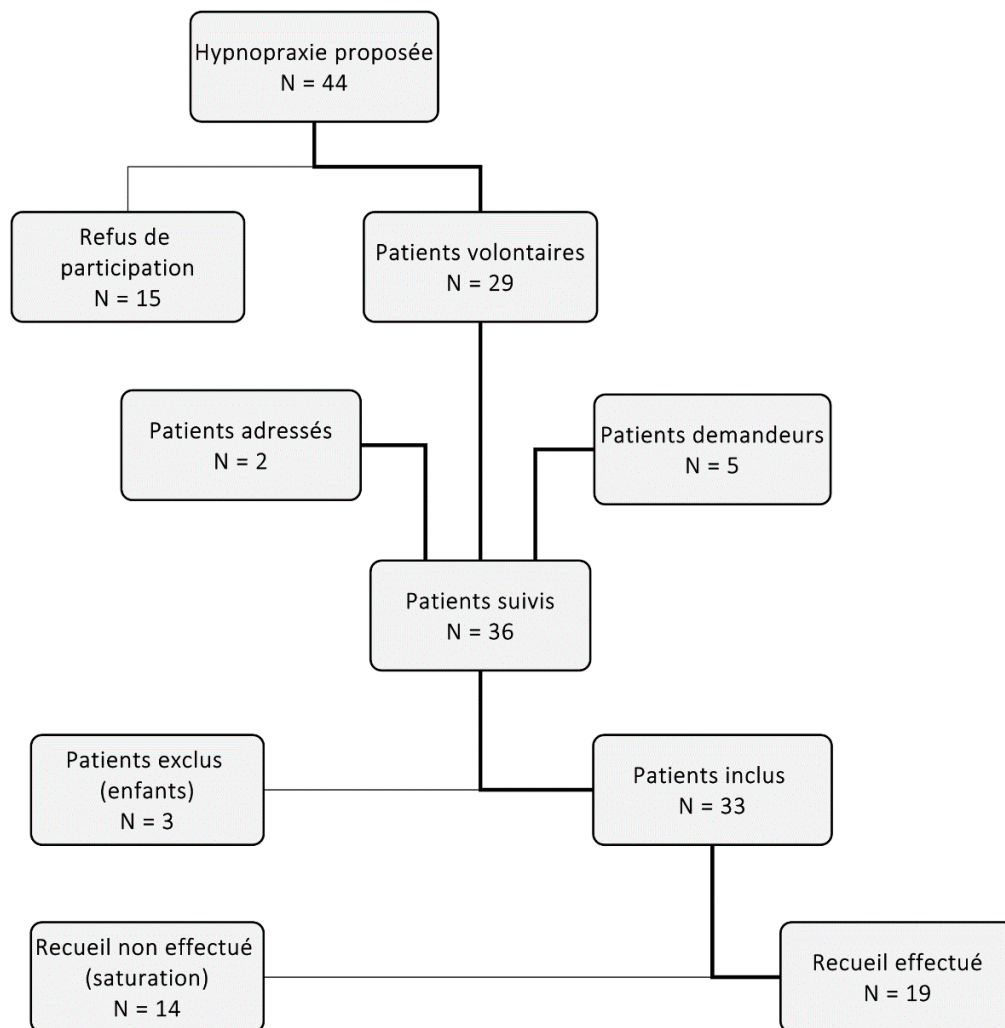


Figure IV.3 : Diagramme de flux.

Les motifs de recours :

Les motifs de recours concernaient des manifestations fonctionnelles, psychosomatiques ou psychiques diverses et intriquées entre elles.

Nous les avons déterminés a posteriori en retenant l’aspect pathologique le plus dominant (Figure IV.4), et en nous basant sur la classification du DSM V⁷⁶ (61).

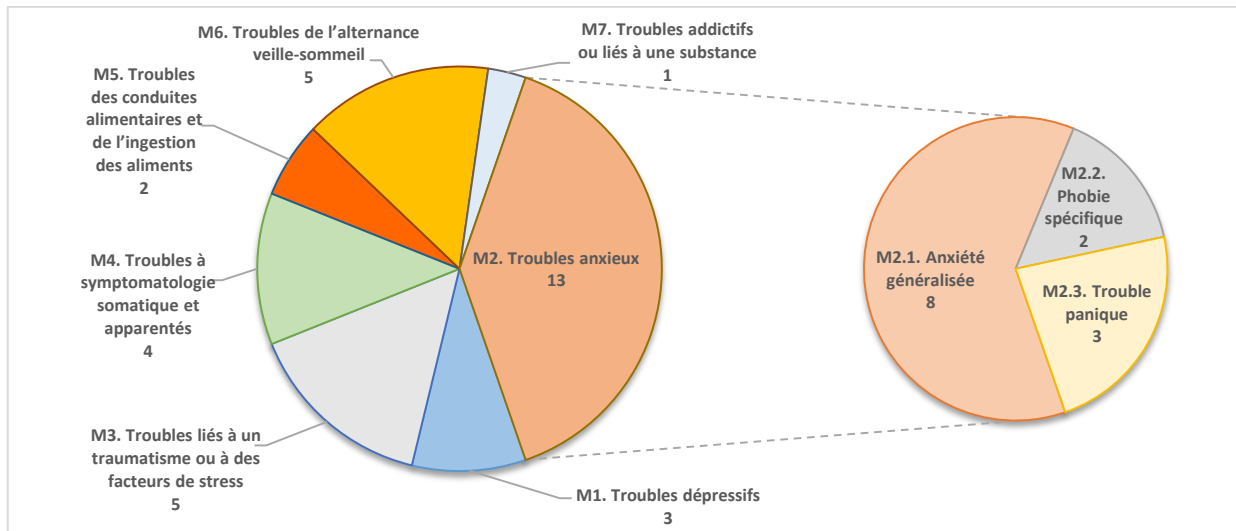


Figure IV.4 - Répartition des motifs de consultations (Selon la classification du DSM V, 2015).

Les motifs M1 (9,1%), M3 (15,2%), M4 (12,1%) et M6 (15,2%) sont relativement homogènes. Il y a une prédominance des motifs M2 (39,4%), essentiellement constitués par M2.1 (24,2%). Les motifs M5 (6%) et M7 (3%) sont sous représentés.

Le nombre de séances :

Au total, 99 séances formelles d’Hypnopraxie ont été réalisées chez 33 patients (en dehors de l’anamnèse), avec 3 séances en moyenne par patient (Figure IV.5).

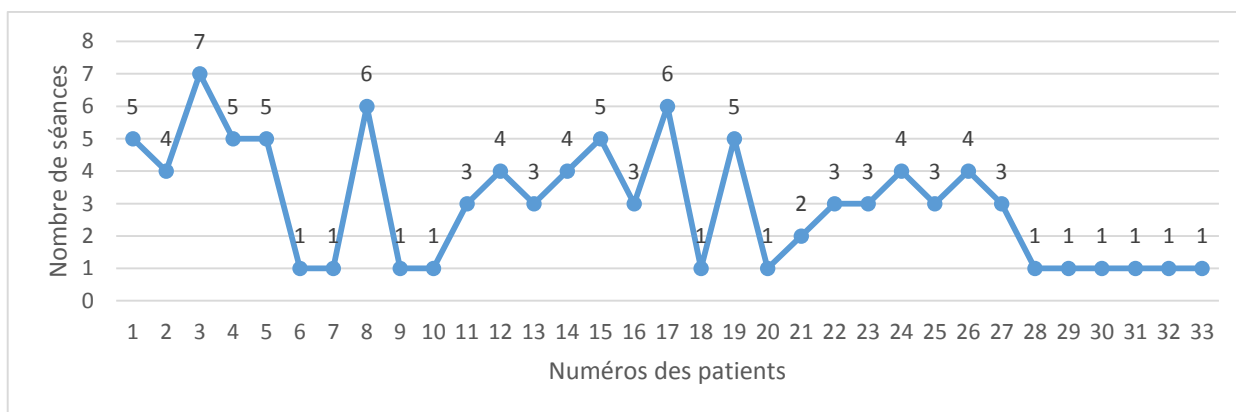


Figure IV.5 - Nombre de séances par patient.

⁷⁶ Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition.

La durée de l'étude :

Notre étude s'est étendue sur 21 semaines au total (cf. Figure III.2 : p51).

Concernant les 19 patients ayant eu l'entretien, la durée de suivi⁷⁷ a été de 11,5 semaines en moyenne par patient.

Les derniers patients recrutés ont eu moins de séances que les premiers, avec une durée de suivi plus courte (Figure IV.6).

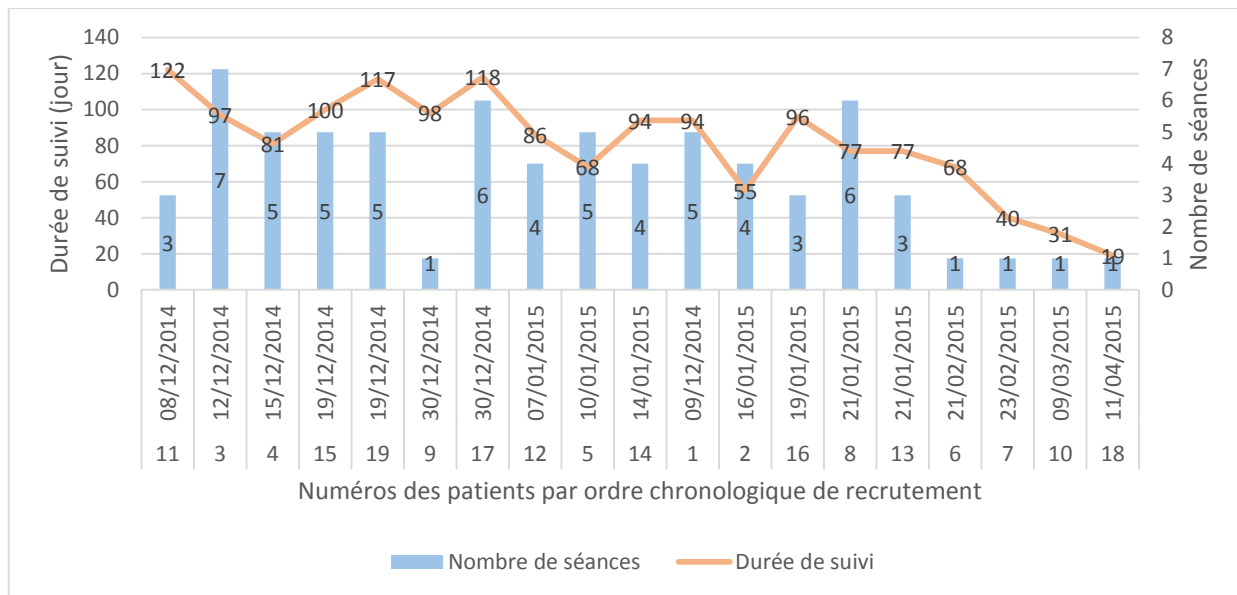


Figure IV.6 - Durée de suivi et nombre de séances en fonction de la date de recrutement.

A titre d'exemple, la durée de suivi moyenne pour les 4 derniers patients est de 39,5 jours avec en moyenne 1 séance par patient, alors qu'elle est de 100 jours pour les 4 premiers avec 5 séances par patient en moyenne.

La durée des entretiens :

La durée des entretiens était comprise entre 20 et 59 minutes, avec une durée moyenne de 37 minutes par entretien, et une durée totale de 11 heures et 40 minutes (Figure IV.7).

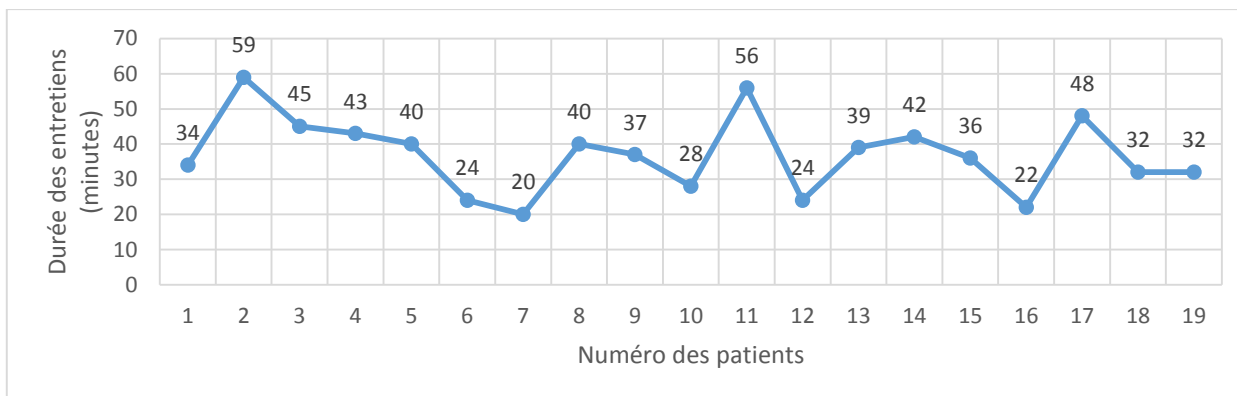


Figure IV.7 - Durées des entretiens par patient.

⁷⁷ Il s'agit de la durée entre la première séance d'Hypnopraxie et le recueil de données par entretien.

1.3. Synthèse des caractéristiques des patients et de leur suivi (Tableau IV.1):

Patients	Recrutement	Motif de consultation	Nombre de séances	Durée de suivi	Durée du recueil	RDV non honorés	Thérapie antérieure	Psychotropes antérieurs
Numéro	1 : nous-mêmes 2 : patient 3 : confrère	Cf. Figure IV.4	-	En jour	En minute	-	0 : aucune 1 : psychiatrie 2 : psychanalyse	0 : aucun 1 : antidépresseur 2 : anxiolytique
P1	2	4	5	94	34	0	0	0
P2	3	5	4	55	59	0	2	0
P3	1	1	7	97	45	0	1	1 & 2
P4	1	6	5	81	43	0	0	2
P5	1	2.1	5	68	40	0	0	0
P6	1	6	1	68	24	0	0	0
P7	3	6	1	40	20	0	1	1 & 2
P8	3	2.2	6	77	40	0	1	2
P9	1	2.3	1	98	37	1	1	2
P10	1	2.1	1	31	28	0	0	0
P11	2	2.2	3	122	56	0	0	0
P12	3	4	4	86	24	0	0	0
P13	1	5	3	77	39	0	0	0
P14	1	2.1	4	94	42	0	0	2
P15	1	2.1	5	100	36	0	0	0
P16	3	3	3	96	22	2	0	0
P17	1	3	6	118	48	0	1	1 & 2
P18	1	2.1	1	19	32	0	1	1
P19	1	2.1	5	114	32	0	0	0
P20	1	2.3	1	–	–	0	0	0
P21	1	1	2	–	–	0	1	1
P22	1	2.1	3	–	–	0	0	2
P23	1	3	3	–	–	0	1	2
P24	1	2.1	4	–	–	2	0	0
P25	1	4	3	–	–	1	1	1
P26	1	7	4	–	–	1	1	1
P27	1	1	3	–	–	2	1	1 & 2
P28	1	4	1	–	–	0	0	0
P29	1	6	1	–	–	0	1	2
P30	1	3	1	–	–	0	1	0
P31	1	3	1	–	–	0	0	0
P32	1	2.3	1	–	–	0	0	0
P33	1	6	1	–	–	0	0	0

Tableau IV.1 - Synthèse des caractéristiques des patients et de leur suivi.

2. L'acquisition de nouvelles praxies :

Nous allons maintenant tenter d'éclaircir la nature du cheminement thérapeutique des patients.

Pour cela, nous allons apprécier l'évolution de leurs praxies, c'est-à-dire de leur manière de se saisir d'eux-mêmes, de leur rapport aux autres, de leur vécu des situations et de leur orientation au monde, à travers les dimensions affectives, cognitives et comportementales.

2.1. Le rapport à Soi-même :

S'apaiser :

Nous observons chez les patients un réaménagement de ce qu'ils éprouvent d'eux-mêmes. Ils nous rapportent un sentiment d'apaisement :

« J'avais l'impression que j'étais arrivée à un stade où... j'arrivais à mes limites quoi, alors que maintenant c'est **comme si tout s'était apaisé** » P5.

« J'arrivais pas à calmer ce stress [...] avant mon corps n'était pas habitué à se détendre [...] **maintenant j'arrive à me détendre** sans trop... **sans avoir des spasmes** et tout ça » P3.

Ainsi qu'un sentiment d'un mieux-être, comparativement à avant :

« Je me sens bien je me sens mieux [...] par rapport à quelque temps de cela **j'étais comme torturée** » P11.

« Maintenant je me sens soulagée, parce que **avant j'avais des tourmentes**, il y avait plein de trucs qui circulaient dans ma tête plein de questions, mais... maintenant ça va » P6.

Pour 8 patients (42.1%), l'apaisement est le premier élément à apparaître dans l'entretien, en réponse à notre question d'ouverture : qu'est-ce qui a pu changer pour vous depuis que vous avez commencé à faire ce travail ? (Tableau IV.2).

Patients	Extraits
P4	« Personnellement ce qui a changé en moi je suis moins stressée moins stressée beaucoup plus calme , je dors mieux ».
P5	« Je me sentais angoissée plutôt déprimée, et depuis que je fais les séances c'est comme si j'étais libérée au fait [...] je me sens apaisée ».
P7	« Je suis moins stressée et... parce que j'avais beaucoup de stress aussi hein, ah oui beaucoup beaucoup [...] ça m'a soulagée beaucoup beaucoup ».
P8	« Une sensation de bien-être [...] je me sens mieux je veux dire, mieux... mieux dans la tête surtout plus plus... plus libérée entre guillemets ».
P9	« Déjà moins stressée , j'arrive à mieux gérer mon stress mieux en tout cas (rire), beaucoup mieux ».
P14	« Je me sens plus sereine , j'ai l'impression d'être plus détendu dans... dans mon quotidien [...] dans des moments de stress ou d'angoisse, ben je me retrouve ».
P16	« L'apaisement je dirais, je me sens plus apaisée en sortant d'ici juste après les séances, je me sentais beaucoup plus calme plus ouverte peut-être ».
P18	« Un apaisement [...] aujourd'hui je me sens plus apaisée [...] ça m'a soulagé de ma souffrance , parce que j'avais une souffrance intérieure ».

Tableau IV.2 - Présentation des réponses à la question d'ouverture, relatives à l'apaisement.

Avoir moins d'angoisse :

Aussi, les patients disent ressentir moins d'anxiété :

« Quand je voyage autrefois, **un mois avant je suis paniquée** [...] et là dans une semaine je voyage, je pense **à rien** [...] **je suis tranquille** (rire), je m'en vais et puis **on verra** après » P11.

Et faire moins de crises d'angoisse :

« **Mes crises** d'angoisse **se sont arrêtées**, c'est souvent... souvent chaque matin j'étais... au réveil, je suis angoissée » P18.

« **Je** (ne) **fais plus des crises d'angoisse** [...] c'est vrai avant (inspiration) j'en faisais souvent hein » P14.

Les peurs s'estompent également :

« **Avant j'avais** peur **de tout**, ah oui de tout tout tout, tout... là non là c'est bon [...] vraiment avoir peur comme avant non » P4.

« **J'ai moins** peur **aussi**, cette peur-là ça c'est... ça me pourrissait la vie avant » P3.

L'angoisse et les peurs peuvent être suscitées par la manière d'envisager le mort :

« J'avais peur si... le matin je me réveille elle (sa mère) était morte **j'avais cette angoisse-là** [...] **chaque** semaine c'était ça » P18.

« J'avais beaucoup peur de la mort mais beaucoup [...] **d'où le soir j'avais peur de dormir**, quand j'arrivais au sommeil profond je me rappelle plus de rien et ça ça me faisait peur » P3.

Les patients nous rapportent une évolution de cet aspect :

« J'ai pris du recul par rapport à la mort [...] je pense à l'incinération je pense de plus en plus à ça, alors qu'**avant je pouvais pas** » P17.

« Je vois pas les choses comme avant, oui **c'est différent sur ça**, je pense moins du coup (à la mort), **c'est pas du tout les mêmes pensées qu'avant** » P16.

Parfois, la peur de la mort est portée sur d'autres aspects :

« Je me dis si je meurs qu'est-ce **qui va s'occuper de mon enterrement** (rire), pas qu'est-ce qui va arriver après hein qui va s'occuper de mon enterrement » P13.

« Le jour où j'ai fait l'examen le médecin le radiologue m'a dit c'est dangereux ce que vous avez voilà, et là, là j'ai eu peur de la mort [...] **j'ai pas peur pour moi, c'est plus... j'ai peur pour mes enfants** » P18.

Se considérer autrement :

Les patients portent un autre regard sur eux-mêmes :

(Réalisation ?) « Ben que j'étais capable de faire certaines choses alors qu'avant je me sentais pas capable, d'affronter des situations, **je me sens plus adulte** peut-être » P5.

« Je me fais plus confiance à moi maintenant oui contrairement à avant, **je me trouvais ben tous les défauts du monde** quoi » P4.

Et s'accordent maintenant plus de valeur :

« Je prenais tellement sur moi [...] maintenant je me suis dit ben non hein il faut arrêter, non [...] **j'ai besoin de préserver ma vie**, ma santé » P18.

« Je me respecte maintenant aujourd'hui [...] **avant il fallait y aller quoi jusqu'à l'épuisement**, là maintenant bon aller **si j'arrive pas maintenant je ferai plus tard** » P14.

Et s'acceptent tels qu'ils sont :

« Je suis comme je suis et voilà hein donc **je m'accepte comme je suis plus qu'avant** [...] j'aimais pas ce que j'étais avant » P19.

« Ben **je m'accepte comme je suis** maintenant, voilà je suis comme ça » P14.

Pour d'autres patients, la manière de se considérer eux-mêmes n'a pas évolué :

« Je suis toujours quelqu'un de renfermé sur moi-même [...] **je m'aime pas** en fin de compte [...] **je me sens toujours un peu inférieur** des trucs comme ça » P12.

« Non seulement je me maquille pas mais **je me regarde très rarement dans un miroir** [...] jamais je vais me regarder dans le miroir et dire je m'aime pour moi **ça c'est inadmissible** » P13.

Se rendre compte de sa réalité :

Une mise en lumière sur leur propre réalité se fait :

« La prise de conscience principale c'est que je pense que à mon avis **je me suis un peu oublié** quoi, et qu'il y avait une nécessité de me recentrer sur moi-même » P2.

« Je me suis rendue compte **j'avais aucune protection moi pour moi**, parce que avant c'est vrai que je vivais toujours pour les autres [...] je me rendais pas compte avant hein » P11.

Les patients se découvrent et comprennent mieux les choses :

« Au fil des séances **j'ai appris à me... me connaître** [...] **j'ai découvert** des choses sur moi sur mon passé [...] maintenant **je me connais un peu mieux** » P3.

« **Je réalise que j'ai un complexe** comme si j'avais honte de ne pas pouvoir conduire » P8.

Etre plus attentif à Soi-même :

Les patients semblent être plus connectés à eux-mêmes :

« Avant **j'étais** complètement **coupée de moi-même** oui [...] alors qu'au fait non maintenant j'ai d'autres manières de penser [...] **je fais plus attention à moi** [...] je prends conscience qu'il faut que je sois **connectée à moi pas aux autres** » P14.

« Avant **je me** négligeais, maintenant [...] j'essaye **d'écouter mon corps**, j'essaye d'écouter mes envies tout ça » P9.

Ils se rappellent mieux de leurs rêves :

« **Je rêve beaucoup maintenant** beaucoup tous les matins, et **je me rappelle** hein [...] je rêvais pas comme ça avant et autant » P3.

« Je rêve pas beaucoup mais ce que je rêve **j'arrive à me souvenir**, avant je me souvenais pas » P8.

Ils leur attribuent un sens :

« Mes rêves m'interpellent, je crois effectivement que c'est des **messages inconscients** au fait qui sont très **porteur de sens** enfin... tout à fait » P2.

« Ma mère elle s'est fâchée avec un bâton elle a tout fait tomber, et la maison s'écroulait comme un château de cartes [...] **ça doit vouloir dire quelque chose** » P5.

Et les interprètent à leur façon :

« Cette gueule qui vient et qui est prête à me croquer, **ça fait référence à une peur** que j'ai que j'arrive pas très bien à identifier [...] **ça aussi c'est un référent à la mort** » P2.

« Peut-être que ça veut dire que les bases sur lesquelles on construit elles sont pas correctes, et **il faut que ce soit plus solides** » P5.

S'accorder du temps :

Les patients arrivent à prendre du temps pour eux-mêmes :

« **Maintenant je prends du temps pour moi** [...] immobile je bouge pas je suis là, c'est mon moment à moi quoi, ça je le fais maintenant » P14.

« Depuis la séance, le petit peu que j'ai ben **je prends**, mais avant j'étais à 100 à l'heure, **avant c'était non-stop** jusqu'à 10 heures du soir » P10.

2.2. Le rapport aux autres :

Pouvoir pardonner :

Les patients évoluent dans leur sentiment à l'autre, ils ont maintenant la capacité de pardonner à ceux qui (selon eux) leur ont fait du mal :

« Pour moi je l'ai pardonné... **j'ai pu pardonner en moi-même**, parce qu'elle m'avait fait du mal » P6.

« **Il n'y a plus cet esprit de vengeance** [...] **c'est comme si je les ai pardonné** le fait d'avoir mis de côté **de ne plus avoir cette haine-là** » P14.

Des réconciliations peuvent se produire :

« Une amie avec qui j'étais fâchée depuis plus de 10 ans [...] j'ai été la voir, et c'est redevenu comme avant, **avant je n'aurais jamais pris ce genre de décision** » P4.

D'autres n'ont pas encore réussi à pardonner :

« **Je ne sais pas si je pourrai lui pardonner** (à son père) **un jour**, honnêtement je ne sais pas, j'ai tellement envie de l'oublier » P18.

« **J'ai pas encore pardonné** (à sa belle-famille), voilà parce qu'on se parle plus quoi on est fâché depuis au moins 3 ans » P7.

Avoir de l'humilité :

Les patients se détachent de leur égo :

« Avant j'avais **un côté aussi de fierté**, je voulais pas montrer mes faiblesses aux autres » P3.

« Quand ça va pas je peux demander de l'aide, ça se fait beaucoup **plus naturellement maintenant** [...] avant je le faisais avec **un sentiment de culpabilité** » P2.

Et arrivent à reconnaître leurs erreurs et à se remettre en question :

« J'arrive à reconnaître mes torts et **ça c'était pas évident avant** parce que j'acceptais pas les choses parce que moi je savais tout je connaissais tout » P17.

« Même si c'était moi qui étais en tort je n'acceptais jamais que ce soit moi, c'était toujours les autres [...] **maintenant quand c'est de ma faute j'arrive à accepter** » P4.

D'autres n'ont pas connu cette évolution :

« Je veux pas que les autres **aient besoin de s'occuper de moi** » P13.

Comprendre l'autre :

Les patients parviennent maintenant à se mettre à la place des autres :

« Elle répète des choses [...] **elle est dans sa logique** de personne âgée [...] **avant je me serais énervée**, maintenant je me dis mais non elle est dans sa logique à elle » P17.

« Elle (une amie) s'était énervée avec moi pour pas grand-chose, d'habitude je me braque [...] après j'ai réfléchi **j'ai dit elle devait avoir un problème** quelque part » P8.

Ils essayent de les comprendre :

« Je regardais pas si malgré tout dans le passé il a souffert [...] **maintenant je vois tout ça**, bon c'est vrai qu'il a son mauvais caractère, après aussi **j'essaye de le comprendre** » P4.

Et de les accepter tels qu'ils sont :

« Je suis plus... comment dire **moins tranchante** [...] plus cool quoi avec les autres... **j'accepte plus les gens** comme... tel qu'ils sont je deviens plus sage entre guillemets » P1.

Se valoriser dans le rapport à l'autre :

Les patients s'accordent plus de valeur dans leurs rapports aux autres :

« Ils me mettaient toujours dans une position d'infériorité [...] **j'ai réinstauré une relation plus-plus** [...] vous existez mais moi j'existe » P2.

« Il y a beaucoup de gens qui me confient leurs problèmes, donc moi j'entasse ça [...] j'ai dit maintenant je vais répondre au téléphone si j'ai le temps si j'en ai envie, **j'arrive à le faire maintenant** hein, **avant je pouvais pas je prenais le téléphone et j'écoutais** » P11.

Ils expriment aux autres ce qu'ils sont réellement :

« Il m'a dit c'est bizarre parce que **tu extériorises ta colère maintenant**, tu dis ça va pas quand ça va pas » P18.

« Maintenant je... je parle un peu plus **je suis un peu plus ouvert**, et je dis les choses un peu plus franchement, c'était mon défaut avant **je gardais tout pour moi** » P3.

Et arrivent à leur en faire part :

« Elle (sa mère) était pas d'accord pour quelque chose, et **j'ai pu lui dire tout ce que j'avais à lui dire** [...] je respecte les gens mais **je veux que les gens ne respectent aussi** » P11.

« Il y a des choses que je n'accepterai plus, donc s'il y a un souci **je n'hésiterai pas à en faire part**, alors qu'avant je me taisais je ramassais tout jusqu'à ce que j'en puisse plus » P5.

D'autres patients restent plus en retrait :

« Je donne pas mon opinion parce que je sais pas après comment les gens ils réagissent, **je me retiens plus** maintenant je préfère pas trop partager » P15.

Mieux échanger avec l'autre :

Les patients communiquent mieux avec les autres,

« **J'avais jamais eu de relation fluide avec lui** [...] mais maintenant [...] je peux partager un moment tranquille avec lui, sans que je le repousse » P9.

« **On arrive un peu à échanger mieux qu'avant**, alors qu'avant il y avait vraiment aucun échange entre nous hein » P5.

Les rapports sont plus détendus avec moins de conflits :

« **Ça se passe beaucoup mieux** [...] maintenant... même si il (son père) gueule machin, j'arrive à mieux prendre, avant il commençait ah là **c'était dispute directe** hein » P4.

« Il y a des changements dans mon comportement à l'autre [...] **les rapports sont simples** sont plus simples » P2.

Et moins de colère :

« **Je suis moins agressive** aussi parce que j'étais tellement pas bien que je devenais agressive [...] alors que maintenant ça va mieux, vraiment ça va mieux » P5.

« **Avant je m'énervais beaucoup**, et là non, bon ça m'arrive hein de temps en temps mais **je suis beaucoup plus calme** et plus détendue » P4.

2.3. Le rapport aux situations :

Eprouver différemment les mêmes situations :

Les patients vivent les situations de manière différente :

« Maintenant au moment où mon mari prend sa bouteille, là **ça devient un peu moins pénible pour moi**, c'est pas du tout pareil comme avant » P6.

« Mon fils est moins là **il vient moins souvent** [...] maintenant on se téléphone ben **si on se voit pas on se voit pas** [...] **on pouvait pas se passer l'un de l'autre** » P17.

Ils n'éprouvent plus le besoin de tout contrôler comme avant :

« **Ça me fait du bien de** (ne) **plus vouloir tout contrôler** ça me repose, je suis apaisée [...] ça c'était un souci aussi que j'avais, **maintenant je lâche prise** sur beaucoup de choses » P14.

« Alors ça effectivement c'est quelque chose qui a changé, **d'avoir la main mise sur les choses** (rire) » P2.

Et se sentent détachés des situations :

« Je me suis complètement détachée [...] au niveau de moi ça va, j'ai fait un trait dessus, **ça m'affecte plus tellement maintenant** » P10.

« Je suis plus détachée des choses maintenant qu'avant, **avant ça me collait à la peau** là maintenant non » P14.

Même si les situations elles-mêmes n'ont pas changé :

« Avant je me prenais beaucoup la tête [...] maintenant je gère mieux la situation au fait, alors que **la situation elle-même n'a pas vraiment changé** hein » P10.

« Avant, tout était assez brouillé il y avait plein de pensées partout et maintenant c'est... **même si j'y pense encore** disant c'est plus apaisé » P14.

Avec une meilleure acceptation :

« Avant je faisais une fixation sur cette conduite, maintenant [...] **j'accepte mieux** de dire que c'est un handicap » P8.

« **Maintenant j'accepte** le fait que le caractère qu'il (son père) est dedans je... et avant non pour moi c'était tellement négatif [...] j'arrivais pas du tout à accepter » P4.

Et un certain recul :

« Il y a pas plus tard que la semaine dernière j'avais un souci financier, j'étais vraiment vraiment dans le rouge je savais plus quoi faire [...] **je me suis dit bon ben il y a pire** » P9.

« Je me dis après **il y a des choses plus graves**, je me dis maintenant il faut avancer... être bien, ça sert à rien de s'énerver pour pas grand-chose il faut rester calme » P14.

Dépasser les fixations :

Ils arrivent à se dégager de leurs fixations antérieures :

« Dès que j'ai un petit problème... autrefois ça restait dans ma tête [...] maintenant **j'arrive à passer à autre chose**, ça peut revenir mais je reste pas dessus tant que j'ai pas trouvé la solution » P11.

« Quand je pense à un truc dur par rapport à mon fils (décédé) ça passe, **j'arrive à passer à autre chose** [...] je vais faire en sorte **de pas trop m'attarder là-dessus** » P17.

Sans s'attarder sur les détails :

« J'arrive à relativiser les choses, voilà ça m'aide [...] **je me prends plus la tête pour des détails** [...] et ma vie devient plus simple, moins encombrée » P14.

« Je trouve que **je m'attarde moins sur des futilités** on va dire, avant **je prenais tout trop à cœur** enfin voilà, maintenant je laisse passer (rire) » P16.

Voir plus clair :

La vision du patient sur les choses semble s'éclaircir :

« Avant j'ai l'impression que j'étais complètement dans le noir alors que là c'est **comme si tout était clair autour de moi**, mais vraiment hein » P5.

« **Je suis en train de comprendre des choses** que je comprenais peut-être avant [...] maintenant j'arrive à expliquer » P17.

Ils portent un nouveau regard sur les situations :

« Surtout face aux situations c'est surtout ça maintenant qui a changé, c'est que vraiment je... ouf **je vois les choses mais autrement** [...] j'arrive à mieux gérer, je prends du recul sur les situations » P14.

« Un meilleur regard, il y avait des choses avant, et même si c'était des bonnes choses, pour moi **je voyais pas ça comme c'était** hein » P4.

Et se rendent compte de certaines choses :

« Je sais surtout ce que je veux plus vivre, alors qu'avant je ne voyais même pas [...] **j'arrivais pas vraiment à mettre le doigt dessus** [...] j'ai comme perçu certains aspects qui me plaisaient pas » P5.

Elargir les possibilités :

Les patients s'ouvrent sur de nouvelles perspectives :

« Il y a des choses que je fais **que avant j'aurais jamais fait** [...] j'ai entrepris une formation en cuisine, j'ai toujours rêvé de faire ça mais je pensais que ce n'était pas possible à mon âge » P4.

« Quand les gens des amis ou autre sont malades, je vais pas voir j'ai peur, maintenant **j'essaye d'aller voir les gens** mêmes qu'ils sont malades » P11.

Et adoptent de nouveaux comportements :

« Maintenant [...] quand je connais pas les choses ben **je regarde sur Internet** ou dans le dictionnaire [...] c'est vrai ça on a plein de choses à apprendre on sait pas tout » P3.

« Avant je n'aimais pas à sortir **c'était un calvaire pour moi** [...] parce que je me sentais mal dans ma peau, et maintenant c'est bon, **si il faut sortir je sors je suis contente** » P4.

Ils arrivent à faire des choses qu'ils ne faisaient pas auparavant :

« Maintenant [...] je n'hésiterai pas à me mettre à l'arrière mais d'essayer quand-même, et **avant je n'aurais jamais osé faire ça** » P13.

« J'arrive à dire aux enfants ben je suis pas là [...] et en plus ça m'a rien fait [...] alors qu'**avant je me serais culpabilisée** de dire ben non je peux pas dire ça [...] **ça c'est nouveau** » P17.

Affronter les difficultés :

Les patients évoluent dans leur manière de gérer les difficultés, en passant du retrait à l'affrontement :

« Avant... j'affrontais rien, dès qu'il y avait un problème **je fuyais les problèmes mais maintenant non**, maintenant si y a un problème j'essaye de le résoudre » P9.

« **Maintenant j'affronte**, avant... avant je partais plutôt en larmes, mais j'ai l'impression que maintenant quand il y a un souci ben **je suis là j'écoute et je réponds** [...] avant je me taisais je ramassais tout jusqu'à ce que j'en puisse plus » P5.

Certains passent du déni à l'affrontement :

« Quand j'étais devant un truc dur difficile, j'avais plus tendance à me cacher, **à faire du style c'est comme si ça n'existait pas** pour ne pas affronter, maintenant c'est le contraire, quand ça va pas ben je préfère l'affronter » P4.

Ou encore de la recherche d'un support social à l'affrontement :

« J'avais un réflexe quand j'étais pas bien même si c'était pas grave, il fallait **aller soit chez le médecin soit aux urgences pour être rassuré** [...] maintenant j'évite les médicaments au maximum, **gérer voilà par moi-même** de me calmer » P3.

D'autres cherchent en eux-mêmes des ressources pour mieux vivre la situation :

« Dans des moments de stress ou d'angoisse, ben je me retrouve, **j'essaye de me reconcentrer sur moi**, voilà je fais ce travail-là continuellement » P14.

Certains n'ont pas encore la capacité d'affronter, et restent dans le retrait :

« **Quand ça va pas ben ça va pas**, je suis là j'ai pas envie de parler j'ai pas envie de manger j'ai pas envie [...] **je me renferme sur moi-même** je rumine voilà » P12.

2.4. Le rapport au monde :

Trouver son équilibre :

Les patients semblent retrouver leur place dans le monde :

« Je me sentais ni femme ni maman, mais maintenant **j'ai appris à être femme**, j'ai appris à **trouver ma place dans la vie**, trouver mon équilibre [...] aujourd'hui je suis plus la même maman » P9.

« **J'ai retrouvé mon rôle de maman** (sourire) **et mon rôle de femme** (rire), tandis qu'avant je sais pas... pour moi j'étais plus rien j'étais qu'une épave » P4.

Ils ont l'impression de s'être retrouver :

« C'est comme si j'étais perdue et là j'ai l'impression d'avoir retrouvé... de **m'être retrouvée** au fait » P5.

« Les séances m'ont fait du bien, **je me suis retrouvée** » P14.

Et expriment leur envie de vivre :

« C'est que **je me suis réconcilié avec la vie**, j'ai envie de vivre au fait » P2.

« Mêmes s'il y a des choses qui me paraît très difficiles que je peux pas résoudre, mais j'aime ma vie **j'aime la vie**, avant non **avant j'avais que des idées noires** » P9.

D'autres restent dans le même schéma :

« J'ai l'impression de toute façon **je serais jamais à ma place** quelque part, à chaque fois de toute façon » P15.

Considérer l'avenir autrement :

Une nouvelle orientation à l'existence peut apparaître. Les patients envisagent l'avenir différemment :

« Maintenant je dis bon ben [...] **si il y a des problèmes il y a des solutions** [...] j'essaye de réfléchir à une solution, mais avant je voyais pas ça comme ça » P9.

« Je voyais tout en noir [...] maintenant je me dis bon ben j'essaye si je me casse c'est pas grave, **y aura toujours une autre porte de sortie** » P4.

Avec plus d'espoir et de confiance :

« **Je sens que j'ai** plus confiance en l'avenir, je sens que ça ira mieux [...] plus d'espoir » P8.

« Maintenant je vois **l'avenir plus sereinement** [...] je prends les bons côtés et puis les mauvais côtés je les laisse de côté, voilà maintenant je suis comme ça » P14.

Certains n'envisagent pas pouvoir évoluer :

« **Il y a plus rien pour changer** donc pour moi **je vois mon avenir comme ça** quoi [...] comme on dit refaire sa vie ou changer sa vie ça c'est fini ça » P13.

« Des fois je pense je me dis oui **j'ai raté un petit peu ma petite vie** » P15.

Reconsidérer les priorités :

Les patients redéfinissent leurs priorités au profit de ce qu'ils estiment important, à savoir eux-mêmes :

« Maintenant avec le recul je me rends compte que... il y a des choses que je suis... **que je ne pourrais plus accepter**, c'est comme si vous m'aviez ouvert les yeux » P5.

« L'enjeu c'est... c'est **vivre**, en harmonie avec l'autre avec la société, mais **sans s'oublier**, ça c'est vraiment le plus important » P2.

Ou leur famille :

« **Je mets plus en avant ma famille que mon travail** [...] avant, mon travail j'avais pas d'heure pour finir, maintenant je fais ce qu'il y a à faire et je m'en vais » P10.

« C'est arrivé j'avais des visites avec eux (ses enfants) ben **je parlais pas et eux ils m'attendaient**, et ça les faisait souffrir les enfants [...] j'ai envie d'avancer, **j'ai envie de réussir tout ça pour mes enfants**, pour faire sans doute que pour eux » P9.

Retrouver sa responsabilité :

Les patients retrouvent une certaine responsabilité :

« Maintenant **je suis un peu plus responsable** et plus autonome, même envers les enfants (en famille d'accueil), tout ça... il y a eu un très très grand changement, très grand » P9.

« C'est vrai que j'ai eu **la sensation de mieux gérer** la famille la maison mon travail [...] **avant je gérais pas du tout**, maintenant ça va » P10.

Ils arrivent maintenant à se prendre en main :

« J'ai pris sur moi d'aller voir au fait un coaching sportif [...] un coaching nutritionnel, donc j'ai depuis là perdu du poids [...] **il y a une reprise en main de mon corps** » P2.

« J'essaye de... comment dire ça ? De **trouver quelle bonne solution à faire**, comment il faut que je fasse pour que ça éclate pas et que je suis bien aussi » P4.

Et se libèrent de la victimisation :

« Elle m'a accusée à tort d'adultère, elle m'a fait beaucoup de mal [...] **aujourd'hui je me sens plus vraiment comme une victime** comme avant » P10.

« Ça m'a libérée de mes tensions, et j'ai l'impression que j'arrive à mieux gérer les conflits (sourire)... alors qu'avant **à chaque fois je me sentais agressée** » P5.

D'autres se retirent de leurs responsabilités :

« **Je peux pas faire autrement**, donc les choses sont ce qu'elles sont donc ça reste comme ça [...] **on est obligé de l'accepter** puisqu'on peut pas le changer » P13.

Prendre les décisions :

La prise de décision semble plus aisée chez les patients :

« Maintenant **je prends une décision c'est oui ou non** tout de suite ou jamais, parce qu'avant j'avais tendance à cogiter à réfléchir c'est bien ou c'est pas bien » P3.

(Révélation d'une relation extra-conjugale) : « **Je lui ai tout expliqué** (à sa femme), même ma mère toute la famille est au courant maintenant » P12.

Ils prennent de nouvelles décisions :

« Tu (à son mari) fais ce que tu veux, si tu veux manges c'est ton problème, moi je fais attention je fais pour moi [...] avant j'étais malheureuse parce que **je voulais qu'il mange comme moi**, et maintenant **j'ai pris cette décision-là** » P11.

« Maintenant **je prends mes décisions mais dans le bon côté** (rire), comme pour ma formation [...] le régime que j'ai commencé que je continue » P4.

<p>Les patients ont pu évoluer dans leur manière qu'ils ont de se saisir d'eux-mêmes, de leur rapport aux autres, de leur vécu des situations et de leur orientation au monde (praxies), tant sur le plan affectif que sur le plan cognitivo-comportemental.</p>
--

2.5. Synthèse de l'acquisition de nouvelles praxies (Tableau IV.3) :

Rp	A Soi-même						Aux autres					Aux situations					Au monde					Sc
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
P1									+													1
P2		+	+	+	+			+			+	+	+				+		+	+		12
P3	+	+		+	+	+		+			+	+				+	+				+	14
P4	+	+	+				+	+	+	+	+		+	+	+	+	+			+	+	16
P5	+	+	+	+	+						+	+	+	+	+	+	+		+	+		14
P6	+						+				+											3
P7	+						-															1
P8		+		+	+		+		+		+	+			+		+	+				10
P9		+	+		+		+				+		+	+	+	+	+	+	+	+		13
P10		+				+					+	+	+			+			+	+		8
P11	+	+		+							+	+	+	+		+	+				+	11
P12			-																		+	1
P13			-					-		+						+		-		-		2
P14	+	+	+	+	+	+	+				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		17
P15							-	+						+			-	-			+	3
P16	+	+									+	+								+		5
P17		+		+				+	+		+	+	+	+	+					+		10
P18	+	+					-	+		+									+			5
P19			+								+	+										3

Tableau IV.3 - Evolution détaillée de l'acquisition de nouvelles praxies pour chaque patient (Rp. Rapport. Px. Praxies. Sc. Score).

Rapports	Dimension affective	Dimension cognitive	Dimension comportementale
A Soi	1. S'apaiser 2. Etre moins angoissé	3. Se considérer autrement 4. Se rendre compte de sa réalité	5. Etre plus attentif à Soi-même 6. S'accorder du temps
Aux autres	7. Pouvoir pardonner 8. Avoir de l'humilité	9. Comprendre l'autre	10. Se valoriser avec l'autre 11. Mieux échanger avec l'autre
Aux situations	12. Eprouver différemment 13. Dépasser les fixations	14. Voir plus clair	15. Elargir les possibilités 16. Affronter les difficultés
Au monde	17. Trouver son équilibre 18. Considérer l'avenir	19. Reconsidérer les priorités	20. Retrouver sa responsabilité 21. Prendre les décisions

Tableau IV.4 - Légende de l'évolution globale (code couleur et numéros des praxies).

3. Entre vouloir et pouvoir :

3.1. L'expression de l'involontaire :

Les patients nous rapportent un changement spontané, sa survenue au cours de leur suivi thérapeutique ne semble pas être le résultat d'un effort de volonté ou d'une compréhension de leur part :

« C'est pas quelque chose que j'ai réfléchi oui pourquoi je suis machin [...] non, **c'est venu spontanément** » P11.

« Je me suis même pas rendue compte, à un moment donné **je me suis réveillée j'ai vu** que je me sentais mieux » P5.

Ils expriment cette non volition dans leur langage à travers des termes tels que : « un déclic », « comme ça », « sans se rendre compte », « comme de la magie » :

« **C'est comme de la magie**, c'est comme si on enlevait un poids » P6.

« J'ai l'impression qu'**il y a des déclics**, je sais pas en termes de synchronicité » P2.

Cette évolution s'opère sans que leur situation d'existence ne change :

« On me trouve bien [...] pourtant j'ai rien... **il s'est rien passé de plus** je veux dire dans ma vie » P8.

« **J'ai rien changé dans ma vie** hein, j'ai... j'ai eu tous les bénéfices » P5.

Ils se trouvent dans l'incapacité d'en donner une explication :

« La relation est beaucoup plus fluide maintenant qu'avant, **je peux pas expliquer pourquoi ça vient comme ça** avec lui » P9.

« **Je sais pas pourquoi d'ailleurs** je pensais à tout ça avant, et là j'aurais pu penser la même chose hein, là ça m'étonne vraiment » P11.

Le changement peut survenir à l'insu des patients, c'est l'entourage qui le remarque chez eux dans un premier temps :

« Ma sœur **elle me l'a dit c'est bizarre tu as changé** qu'est-ce que... elle me dit tu parais plus heureuse [...] ça m'a surpris parce que je le vois pas de moi-même » P14.

Avant qu'ils le réalisent eux-mêmes dans un second temps :

« J'ai discuté avec 2 amies... **elles trouvent** que maintenant j'ai beaucoup plus d'assurance qu'avant, je dis **ah bon et comment ça ?** Et **c'est là que j'ai réfléchi** » P13.

« **Sur le coût j'ai pas compris le changement** au fait [...] j'avais une autre vision, j'étais pas pareil » P14.

Il peut être ressenti à distance de l'intervention thérapeutique (cf. Cheminer dans le temps : p103) :

(**Délai de 122 jours** entre la 1^{ère} séance et le recueil) : « Je me suis rendue compte des changements **il y a à peu près peut-être quoi 2 semaines** pas plus hein, avant je me rendais pas compte trop trop non plus » P11.

(**Délai de 94 jours** entre la 1^{ère} séance et le recueil) : « J'avais une autre vision, j'étais pas pareil, alors que **je me suis rendue compte après là, récemment** » P14.

3.2. La surprise :

Les patients expriment leur étonnement et leur surprise après avoir constaté un changement en eux :

« **Je suis étonnée, étonnée, étonnée** parce que moi je vous dis hein, un mois avant (le vol) j'étais pas bien, et là pour le moment... tranquille » P11 (phobie de l'avion).

« **Je m'impressionne des fois** [...] je disais pas ça (pouvoir affronter les problèmes) avant hein » P9.

Ils utilisent des termes comme : « c'est étrange », « c'est bizarre », « ça me surprend », « ça m'a marqué », « jamais j'aurais cru », « étonnamment » :

« **C'est étrange**, avant je n'arrivais jamais à rester plus 5 minutes sans bouger sans s'agiter, maintenant j'y arrive même tout seul » P3.

« Je suis moins encombrée dans ma tête (rire), **ça c'est bizarre** » P14.

Les patients nous font part de leur incompréhension du décalage entre le vécu des séances et la survenue des changements :

« De voir comment **en étant à moitié endormie** [...] au final **de me sentir libérée**, ça ça m'a marquée » P5.

« Pour tout vous avouer au début **je comprenais pas trop** parce que je me posais la question comment... **comment avec ce genre de séance** on arrive à... mais plus le temps passe je me dis que c'est... **c'est positif** » P8.

Alors que (selon eux) rien de particulier (en apparence) ne se passe pendant les séances :

« J'ai dit ben **qu'est-ce qu'on fait là on fait rien** [...] je suis là allongée je dis rien, je pense à rien [...] peut-être c'est vrai le subconscient il travaille vraiment hein » P11.

Ce décalage peut rendre difficile l'évaluation de l'implication de l'Hypnopraxie dans la survenue de changements (cf. Attribuer le bénéfice à la thérapie : p105) :

« **Je n'arrive pas à juger du côté efficient** de l'Hypnopraxie, puisqu'elle est quand-même **très abstraite** » P2.

« Une sensation de bien-être que... je sais pas si c'est dû à ma thérapie **je présume que c'est dû à cette thérapie** puisque je me sens mieux... plus libérée entre guillemets » P8.

Le cheminement résulte d'un travail non volontaire qui survient de manière spontanée et qui suscite la surprise.

3.3. « C'EST plus fort que MOI » :

Il arrive que les patients veuillent quelque chose, sans pour autant pouvoir le faire :

« Je m'étais dit quand je viendrai là faire le bilan **il faut absolument pas que je pleure (en pleurant)** [...] finalement ça ne marche pas quoi » P15.

« **J'essaye** de faire ma vie sans... sans penser à eux (sa belle-famille) mais **j'y arrive pas** » P7.

Et se retrouvent parfois dans la répétition des mêmes situations :

« Il arrive toujours un clash surtout dans mon boulot, tous **dans tous les boulots** (voix tremblotante) [...] **pourtant ça se passe bien** hein » P15.

Un aspect paradoxal peut être perçu chez les patients :

« La solitude c'est très dur à supporter [...] est-ce que j'arriverai à vivre avec quelqu'un ? Je pense pas [...] **il y a un côté contradictoire** en fin de compte » P13.

Ils rapportent ne pas pouvoir changer un sentiment par une logique ou par un raisonnement :

« **J'essaye de me canaliser** mais c'est toujours présent [...] **je m'en veux après** m'être mise en colère » P19.

« **Je pouvais pas contrôler ça** (l'angoisse) [...] ma femme et mes parents personne n'arrivait plus à m'aider, ils voulaient m'aider mais ils voyaient que **je pouvais pas m'en sortir** » P3.

Et de ne pas pouvoir vivre un sentiment volontairement :

« À chaque fois que **je vois une voiture** qui ressemble à la sienne (son ex-mari) **je suis paniquée** » P8.

C'est le « plus fort que le Moi » :

« J'ai rencontré une dame au travail [...] mais comme je suis marié j'ai décidé de ne plus la voir, mais **c'est plus fort que moi** » P12.

« **Je n'arrive pas à m'empêcher** de penser tout le temps à eux (ses enfants) **c'est plus fort que moi** » P11.

La compréhension du problème ne permet pas forcément de le changer :

« **Même si j'avais pensé** autrefois que... ah peut-être que mon problème venait de telle ou telle chose, **je pense pas que j'aurais pu... m'en sortir** toute seule comme ça » P11.

« J'arrive au moins à réfléchir pourquoi je m'énerve et j'essaye de comment dire... **de voir d'où est le problème, mais sur le coup** je m'énerve autant comme avant » P9.

Ceci est valable aussi pour l'apparition des symptômes qui est involontaire (cf. Somatiser : p92):

« J'ai fait une petite crise de spasmophilie je n'arrivais plus à respirer, **je ne sais pas pourquoi** »* P14.

Le pouvoir est plus fort que le vouloir.

3.4. La subjectivité des patients :

Il existe une différence entre le fait et le vécu du fait :

« **Quand j'ai appris** déjà la maladie de mon père [...] **d'où après les crises d'angoisse** la dépression » P3.

« Au moment de l'enterrement il y a eu un chant **qui m'a rappelé** que la première fois j'avais entendu ce chant c'était pour l'enterrement de mon père [...] et **ben j'ai pleuré** » P13.

La manière personnelle d'avoir expérimenté le passé détermine également la manière d'être dans le présent :

« Elle (sa mère) a l'impression de pas avoir été assez présente pour chacune d'entre nous [...] **donc j'essaye de donner à mes enfants l'attention** [...] et moi je crois qu'**il m'a manqué de l'attention** » P5.

« Quand j'ai rencontré quelqu'un qui était bisexuel, ça je ne me le pardonnerai jamais [...] **depuis ce temps-là je fais plus confiance à personne** » P13.

Ce ne sont pas les événements en tant que tels qui déterminent la façon d'être actuelle du patient, mais sa manière personnelle de les avoir vécus.

3.5. La réalité personnelle des patients :

Il existe une différence entre ce que le patient comprend et ce dont il fait l'expérience :

« Avant **je l'endentalis** mais je l'avais... bon **je l'avais pas expérimenté** on va dire » P2.

« Avec le recul avec une certaine introspection, je sens que j'ai les capacités [...] **c'est pas que je pense, je suis sûre** d'en être capable » P5.

Pendant les séances, les patients cherchent une confirmation en eux-mêmes, à travers ce qu'ils ressentent :

« **ÇA m'a réconforté** parce que enfin je savais déjà donc **ÇA a confirmé la chose** [...] de voir que je me trompais pas sur ce que je pensais » P16.

« Au bout de la deuxième séance **c'était venu à mon esprit**, et ben là je confirme elle est pour quelque chose... il y a eu cette interrogation-là, et ben **là j'ai eu confirmation** » P11.

Cette intime conviction tend à se confirmer, comme c'est le cas pour P15 :

« Je sens que je vais pas y rester longtemps (dans ce travail), **j'ai ce sentiment-là** que ça va pas durer » P15.

Et le patient peut se retrouver souvent dans les mêmes situations :

« Il arrive toujours un clash surtout dans mon boulot, tous **dans tous les boulots** » P15.

La volonté semble insuffisante pour changer :

« **Je ne sais pas** ce qu'il faudrait que je fasse pour que ça change »* P15.

La réalité personnelle du patient est en rapport avec une intime conviction.
--

4. La dynamique de la transe :

4.1. Se rencontrer et s'absorber en Soi :

Les séances sont une occasion pour les patients de prendre un moment pour eux-mêmes :

« Je savais que pendant la petite séance j'étais plus voilà... plus de boulot [...] un moment où ouf **j'étais tranquille 30 minutes** » P15.

« Prendre le temps de **penser à moi** tout ça, c'était agréable, parfois difficile mais peut-être nécessaire, pour au final comprendre les choses, je ressentais j'étais bien » P14.

Durant lequel l'attention est orientée vers l'intériorité :

« La démarche principalement intéressante dans... c'est **l'attention qu'on va apporter à soi**, à travers une démarche d'aller vers vous ou faire de l'Hypnopraxie » P2.

« On peut comment dire... **d'aller en soi** de... de penser à certaines choses, à certains épisodes de la vie qui a été agréable d'autres pas, oui, mais moi ça m'a fait du bien » P9.

Dans le moment présent :

« C'est un moment privilégié à soi, ça permet un retour à soi, de **goûter à l'ici et maintenant** » P2.

Dans cette intériorité, les patients s'absorbent en eux-mêmes :

« C'est une fois que je suis revenu **que je me suis rendu compte** que j'étais parti, je me faisais reprendre par mes ronflements » P2.

P12 a mis plus de 20 minutes pour émerger, malgré une dizaine d'invitations de notre part : « **Je me suis pas rendu compte** que j'ai mis autant de temps »* P12.

Notons que la fermeture des yeux (spontanée ou non) symbolise la coupure avec le monde extérieur. Elle fait classiquement partie de l'Hypnose, mais elle n'est obligatoire :

Comme pour P33 qui a préféré garder ses yeux ouverts pendant la séance. Un écoulement abondant de larmes est survenu suite à '*pouvoir laisser surgir tout ça*'.

Elle déclarait juste avant :

« **J'ai perdu la capacité de pleurer**, je sens venir mais ça sort pas »* P33.

Parfois, cette fermeture des yeux peut être gênante pour certains patients :

« Des fois les yeux fermés j'avais peur que vous me regardiez trop (rire) [...] **me sentir observée**, ça durait pas longtemps hein, après j'y pensais plus » P14.

« **Un peu stressant aussi d'avoir les yeux fermés**, parce que moi je suis un peu claustrophobe » P9.

Durant la transe, la conscience du patient est orientée vers son intériorité.

4.2. Se sentir :

Les séances sont des moments où c'est l'affect qui est mobilisé :

« Il y a moments **j'ai ressenti de la colère** [...] après bon je me suis résiliée, après j'ai eu **des moments de joie**, des moments où **j'ai eu peur** aussi pendant les séances, et puis après **de la tristesse** en pensant à certaines choses ou **en ressortant** certaines choses » P14.

« Ça faisait remonter en **moi certains des sentiments...** que ça faisait des années et des années que je ressentais plus » P4.

Et pas seulement le psychisme :

« Les séances étaient un moment où je pensais... j'étais complètement relâchée, **j'ai pensé pas à rien** donc ça m'a fait que du bien » P11.

Les patients rapportent une sensation de bien-être et d'apaisement, pendant les séances :

« Vous me parliez j'étais allongé, **j'ai eu une sensation de bien-être avec des vagues**, c'est très difficile de décrire au fait, des vagues de bien être » P2.

« **Le bien-être que j'avais durant les séances**, c'est ça que j'ai adoré le plus [...] j'étais **hyper détendue**, chose que je ne connaissais pas ça du tout » P4.

Et de repos :

« On dirait que j'ai dormi pendant un an **je me suis reposée pendant un an**, j'étais soulagée après » P10.

(Après la 2^{ème} séance) : « C'est comme si **j'avais fait la sieste** »* P19.

Et également après les séances :

« Quand je sortais je redevais normale, **j'étais peut-être libérée** je ne sais pas [...] ça m'a fait du bien oui » P14.

« Ce que je peux dire c'est que **quand je ressors je suis bien** [...] une sorte de bien être ça c'est indéniable » P2.

Durant la transe, les patients se trouvent dans un état modifié d'affect, et pas seulement un état modifié de conscience.

4.3. Laisser surgir :

La transe est un moment où les patients peuvent lâcher prise :

« À chaque séance ça m'a permis de **me lâcher un moment** » P15.

« C'est **une question de se lâcher** un petit peu » P17.

Et laissent surgir (en eux) ce qui a besoin de s'exprimer :

« **Certaines choses enfouilles me sont venues**, on dirait j'avais classé ça quelque part, et ça a refait surface [...] et aujourd'hui, je me sens plus apaisée » P18.

« La manière dont ça se déroulait ben c'était... c'était agréable de pouvoir parler se confi... (se reprend) **ressortir des choses que j'avais oubliées** » P14.

Parfois des choses surgissent malgré eux, même s'ils n'en voulaient pas (cf. L'expression de l'involontaire : p79) :

« Je ne veux pas revenir sur le passé, mais **c'est venu quand-même malgré moi** »* P15.

Ou comme pour P13 qui s'étonne d'avoir eu un écoulement de larmes pendant la séance :

« C'était des souvenirs qui sont remontés **que je ne voulais pas**, ça c'était des mauvais souvenirs **gardés bien au fond d'un tiroir** » P13.

Le vécu des séances peut être parfois éprouvant :

« **C'était pas évident de venir** c'était difficile de... moi des fois j'avais pas envie de venir une ou deux fois j'avais pas envie, parce que **je savais que ça allait me secouer** » P17.

« **Pendant l'effort d'une heure-là j'en chie** on va utiliser... par contre une fois que c'est fini, il y a une satisfaction personnelle je suis content de moi » P2.

Et l'expression affective peut se manifester sous forme de réactions explosives :

Comme pour P5 lors de la 1^{ère} séance, elle **éclate en sanglots** suite à '*se sentir considérée*'.

Ou pour P17 lors de la 6^{ème} séance, elle a eu un **tremblement du menton avant d'éclater en pleurs** suite à '*voir plus clair*'.

Les patients expriment un soulagement après avoir exprimé leurs affects :

« Vous m'avez aidé à... ben quand je pleurais je vidais un peu là [...] **on a besoin de sortir les choses** qu'on a sur le cœur on a besoin de... et ça permet d'avancer » P17.

« Ça m'a fait du bien par contre, de **dire tout haut ce que je ressentais** » P14.

Enfin, notons que la thérapie ne consiste pas à prendre en Soi l'affect du patient (empathie) :

« Peut-être après vous c'est... **il faut que vous fassiez un travail** par rapport à tout ce qu'on vous dit (en souriant) » P17.

Mais à Etre avec son Pathos (sympathie) :

« J'ai dit beaucoup de choses avec vous [...] **vous rentrez pas dans le détail** enfin dans ma vie » P14.

Les séances sont des moments où le patient exprime ses affects.

4.4. Se surprendre :

Pendant la transe, les patients peuvent vivre quelque chose sans pouvoir le rapporter à un fait précis (cf. La surprise : p80) :

(Après la 2^{ème} séance) « Je me suis rappelée (pendant la séance) d'un souvenir quand j'étais très petite avec mon cousin, **ça n'a pas de sens particulier mais ça m'a surpris** »* P14.

(Après la 3^{ème} séance) : « Je suis parasité par des moments du quotidien avec des réminiscences de la petite enfance **tout ça mélangé**, c'est intéressant »* P2.

Ils peuvent avoir une impression de confusion ou de paradoxe :

« **On arrive pas vraiment à comprendre** ce qui nous arrive, **on sent qu'on est là mais qu'on n'est pas là** » P5.

(Après la 1^{ère} séance) : « **C'est bizarre comme sensation**, j'étais là sans être là, je ne sais pas comment l'expliquer »* P16.

Les séances peuvent être perçues comme différentes pour un même patient :

(Après la 3^{ème} séance) : « Je suis partie loin loin cette fois, **ce n'était pas comme les autres fois**, c'était vraiment autre chose »* P16.

(Après la 1^{ère} séance) : « **Ça s'est passé très vite**⁷⁸ contrairement aux autres fois »* P1.

Ce vécu peut susciter la surprise et l'incompréhension :

« La dernière séance j'ai senti des larmes couler [...] **je sais pas pourquoi**, portant j'ai entendu rien que vous m'avez dit qui m'a fait couler les larmes, **j'ai rien pensé [...] ça j'ai pas d'explication** » P11.

A la fin de la 2^{ème} séance, P13 a eu un écoulement de larmes, se frotte les yeux puis **se ressaisi**) : « **Tiens, pourquoi je me frotte les yeux ? C'est surprenant ça** »* P13.

Le fonctionnement inconscient durant la transe obéit à une logique propre qui ne suit pas le chemin du raisonnement habituel.

4.5. S'exprimer corporellement :

Les affects éprouvés s'expriment matériellement, sous forme d'expressions corporelles involontaires. Ces manifestations peuvent être des contractions musculaires involontaires (secousses, spasmes, rétractions), chair de poule, borborygme etc. (Tableau IV.5).

Patient	Séance N°	Manifestations corporelles	Suite à
P1	2	Secousse corporelle généralisée	« sentir ce qui coince »
P2	2	Ronflements importants	« explorer »
P3	4	Mouvement horizontaux des yeux	« reconsidérer »
P4	2	Frémissement des paupières	« retrouver l'essentiel »
P5	1	Eclat en sanglots à 3 reprises	« se sentir considérée », « être à l'écoute de soi-même », et « accueillir tout ça »
P6	1	Surélévation des sourcils	« partager »
P7	1	Spasmes du visage	« se rapprocher »

⁷⁸ La séance en question a duré autant que les précédentes.

P8	6	Rétraction du bras puis du pied droit	« retrouver ce qui a été perdu »
P9	1	Observations non relevées (NR)	NR
P10	1	Mouvements isolés du pouce droit	NR
P11	3	Humidification des cils	« voir ce que ça fait »
P12	1	Déglutitions	« perdre... accepter »
P13	3	Sourire	« voir comment il est possible de se sentir en harmonie avec soi-même »
P14	4	Ecoulement de larmes	« préserver »
P15	5	Mouvement latéral de la tête du côté opposé	« se rappeler de ce qui a été oublié »
P16	1	Chair de poule	« c'est ça » (accompagnement)
P17	6	Tremblements du menton puis éclat en pleurs	« voir plus clair »
P18	1	Borborygme	« envisager »
P19	4	Spasme du pied gauche	« se réconcilier »

Tableau IV.5 - Expressions corporelles et affectives relevées durant les séances.

La tonicité corporelle semble changer avec les changements des états affectifs :

Comme pour P8 lors de la 6^{ème} séance, elle a eu une rétraction du bras puis du pied droit suite à '*retrouver ce qui a été perdu*'.

Ou P1 lors de la 2^{ème} séance, elle a eu une secousse corporelle généralisée suite à '*sentir ce qui coince*'.

Ce qui est éprouvé par les patients peut correspondre à des sensations corporelles particulières :

(Lors de la 1^{ère} séance) : « J'ai eu une sensation de **contraction de la paroi abdominale** comme si quelqu'un m'a touché »* P8.

(Lors de la 1^{ère} séance où elle parle en gardant les yeux fermés) : « Je sens **mon souffle retenu dans mon estomac**, comme si j'étais allongée sur un mur »* P30.

De même, la composante corporelle révèle ce qui est éprouvé :

« Ma mère elle me voit plus... elle voit que je vais mieux au fait **physiquement** [...] **une photo de moi** au début et à la fin c'est carrément l'opposé » P5.

« **Vous m'avez vu** j'étais pas bien, j'étais pas bien parce que... **ça se voyait** » P18.

Les patients utilisent dans leur langage des expressions relatives à leur dimension corporelle :

« J'avais du poids **sur le cœur** » P6.

« Avant ÇA me collait **à la peau** » P14.

Et aussi à travers leur langage non verbal :

« Quand elle n'est pas là, ça me manque (**en montrant son ventre**) » P12.

« Le stress qui revient l'angoisse (**en touchant son torse**) » P3.

La dimension affective semble se manifester à travers des expressions corporelles involontaires.

4.6. Résister pendant les séances :

Les mécanismes de défense peuvent se manifester au cours d'une séance d'Hypnopraxie, comme c'est le cas pour P13 qui cherche à éviter la rencontre avec son intimité :

« **On peut penser n'importe quoi** à ce moment-là [...] on donne **libre cours à sa pensée** dans ce cas-là, alors donc ça peut aller loin et même très loin » P13.

Elle nous confirme par la suite qu'il s'agit bien ici d'un mécanisme de défense :

« Ça fait remonter des choses **que je ne voulais pas voir** [...] c'est pour ça que la fois suivante donc je voulais laisser libre court à mon imagination **pour ne pas revenir là-dessus** » P13.

Une autre forme de résistance peut être le retrait de la séance :

« On entend pas tout, **c'est très sélectif** je pense [...] j'ai pas compris tous les mots que vous disiez **c'est sans doute pas par hasard** » P1.

Parfois, les patients l'expriment clairement :

« **Je me retenais beaucoup dans les séances**, il y a des moments où on a l'impression qu'on peut lâcher mais après on se retient on revient » P15.

(Des prises de conscience ?) : « Non, est-ce que je ne l'ai pas fait ou est-ce que **je n'ai pas voulu le faire** je ne peux pas dire » P13.

Certains tiennent à garder ces résistances pour garder un certain équilibre :

« Il faut aller **remuer tout ça ah non** [...] je ne veux pas justement que ça fragilise cette carapace » P13.

« Peut-être que j'ai une résistance à tous, **quelque chose que je ne veux pas voir** » P1.

Des manifestations non verbales peuvent également se rencontrer, sous diverses formes :

Comme pour P15 qui, lors de la 5^{ème} séance, a tourné la tête du côté opposé suite à '*se rappeler de ce qui a été oublié*'.

Ou P22 (lors de la 2^{ème} séance) qui a eu une quinte de toux suite à '*expérimenter*'.

La séance d'Hypnopraxie permet de mesurer la capacité du patient à se rencontrer dans sa sphère sensible et à s'accueillir lui-même, à travers la manifestation des résistances.

5. La mobilisation thérapeutique :

5.1. Respecter l'intimité et les possibilités du patient :

Les patients ont eu la possibilité de travailler dans le secret, sans être obligés de tout dévoiler au thérapeute :

« Il y a des choses que j'ai retrouvées, j'ai revécu des choses que **je voulais garder pour moi que je vous ai pas dit** (éclat de rire) » P14.

« Il y a des fois j'avais pas envie de parler **j'avais pas envie de dire les choses** » P17.

Les patients prennent (ou pas) ce que le thérapeute propose :

« **Vous ne faites pas de prosélytisme**, vous... **vous proposez...** moi c'est l'attitude qui me rassure au fait hein, et on y va ou on n'y va pas mais vous mettez en confiance » P2.

Ou rejeter dans d'autres :

« D'ailleurs j'ai horreur de ÇA » P13.

Ce qui peut correspondre à un mécanisme de défense (cf. Les symptômes fonctionnels : p93) :

« J'ai mis beaucoup de temps à enfouir tout ÇA » P13.

N°	Eprouver comme « ÇA »	Le « ÇA » que l'on accueille	Le « ÇA » que l'on rejette
P1	ÇA ÇA me dépasse.	ÇA me convient parfaitement.	J'accepte pas trop ÇA.
P2	ÇA émane du plus profond de moi-même.	ÇA c'est vraiment le plus important.	ÇA c'est quelque chose qui me gênait.
P3	Je pouvais pas contrôler ÇA.	ÇA m'a fait du bien.	Plus jamais ÇA.
P4	ÇA faisait remonter en moi des sentiments.	C'est ÇA que j'ai adoré.	Faire comme si ÇA n'existais pas.
P5	Je voulais consulter le médecin pour ÇA.	Je me sens sereine par rapport à tout ÇA.	ÇA me convenais pas.
P6	J'ai pu confier tout ÇA.	ÇA m'a fait plaisir.	ÇA c'était mon souci.
P7	C'est pour ÇA ÇA m'a touché.	ÇA m'a soulagé beaucoup.	ÇA m'a blessé.
P8	Je sais pas expliquer ÇA.	ÇA ÇA fait partie de la normalité.	J'aimerais bien me débarrasser de ÇA.
P9	C'est pour ÇA que j'ai moins d'angoisse.	ÇA peut être très bénéfique pour moi.	ÇA c'est ma crainte.
P10	ÇA partait en larmes.	ÇA m'a apaisé.	J'attendais que tout ÇA se dégage.
P11	ÇA me rend malade.	ÇA a une grande importance pour moi.	ÇA m'embête.
P12	Le fait de dire ÇA ÇA m'a soulagé.	J'ai rencontré ÇA.	Si on peut faire oublier ÇA.
P13	Je n'arrive pas à surmonter ÇA.	ÇA apporte un certain équilibre.	D'ailleurs j'ai horreur de ÇA.
P14	ÇA m'affectait beaucoup.	ÇA a porté ses fruits.	Tout ÇA me stresse.
P15	ÇA va se terminer en clash.	ÇA doit être une bonne chose.	J'ai essayé de masquer ÇA.
P16	ÇA était le choc.	ÇA m'a réconforté.	Je fais pas forcément attention à ÇA.
P17	Je suis encore sensible à tout ÇA.	Tout le monde a besoin de ÇA.	C'était trop dur de vivre tout ÇA.
P18	J'ai vu ÇA pendant la séance.	ÇA m'a permis de faire beaucoup de choses.	J'avais classé ÇA quelque part.
P19	Venir vous voir pour ÇA.	ÇA va mieux là.	ÇA a fini par exploser.

Tableau IV.6 - Utilisation des « ÇA » comme affect et rapports des patients avec « ÇA ».

Ce « ÇA » semble orienter la conscience (Tableau IV.7).

« ÇA m'a fait prendre conscience » P14.

Ainsi que l'action :

« ÇA m'a fait fuir » P18.

N°	L'aspect cognitif	L'aspect comportemental
P1	ÇA me donnait envie.	C'est pour ÇA que je dis toujours.
P2	ÇA m'a fait réaliser.	ÇA m'a réveillé.
P3	J'ai remarqué ÇA.	ÇA m'a aidé beaucoup.
P4	Maintenant je vois tout ÇA.	ÇA me permet de me reposer.
P5	C'est ÇA qui m'a surtout marqué.	ÇA m'a joué des tours.
P6	ÇA m'a surpris.	ÇA me fait pas réagir comme avant.
P7	ÇA me distrair	C'est pour ÇA que j'arrive pas dormir.
P8	ÇA me turlupine dans la tête.	ÇA fait un blocage.
P9	J'étais en train de penser à ÇA.	ÇA va me permettre d'avancer.
P10	Je vois que ÇA.	ÇA peut aider.
P11	Je réfléchis tout le temps à tout ÇA.	ÇA doit faire travailler vraiment.
P12	ÇA me surprend.	ÇA ÇA m'empêche d'avancer.
P13	ÇA vous fait réfléchir.	C'est ÇA qui m'a rendue renfermée.
P14	ÇA m'a fait prendre conscience.	ÇA m'apportait quelque chose.
P15	ÇA peut me trotter plusieurs jours.	ÇA me donne envie de faire plus.
P16	ÇA a confirmé la chose.	ÇA m'a réconforté.
P17	ÇA fait remonter des choses très dures.	ÇA me fait discuter de choses.
P18	ÇA a refait surface.	ÇA m'a fait fuir.
P19	ÇA n'a pas changé grand-chose.	Je ne sais pas ce que ÇA va donner.

Tableau IV.7 - Utilisation des « ÇA » comme à l'origine de l'orientation de la conscience et de l'action.

Les phrases non spécifiques :

Nous avons pu repérer des phrases qui sont valables autant pour le contexte présent que pour d'autres moments de la vie, comme P5 qui vit des problèmes conjugaux et nous rapporte :

« On souhaiterait vraiment **construire quelque chose de durable** » P5.

Elle ne fait pas (consciemment) référence à son couple mais à sa maison, car elle dit juste avant :

« On est dans une maison où **on est locataires** » P5.

Et lorsque P8 nous parle de la conduite, elle ne nous parle probablement pas de la conduite elle-même, mais de sa manière personnelle d'expérimenter la vie :

« Je serai plus en confiance **avec quelqu'un [...]** le fait d'**être seule** ça fait un blocage » P8.

Cet extrait renvoie à une problématique prégnante dans sa vie :

« Peut-être qu'au niveau de **ma vie sentimentale** ça va changer aussi » P8.

L'utilisation des verbes :

Dans le présent travail, notre choix méthodologique ne porte pas sur une analyse sémantique. Néanmoins, un aperçu rapide sur le verbatim de P5 (par exemple) nous donne une idée sur sa structure :

Elle utilise des catégories de verbes relatifs au mouvement, comme : arriver, s'en aller, retrouver, rester, venir, rentrer, continuer, sortir, aller, laisser, passer, partir, commencer, rencontrer, repartir, arrêter, etc.

Une autre catégorie concerne le mode relationnel, comme : se fâcher, construire, plaire, s'entendre, se taire, écouter, se parler, appeler, engueuler, excuser, répondre, échanger, crier, réagir, s'énerver, gérer, se calmer, demander, aider, proposer, etc.

Enfin, une catégorie de verbes en rapport avec le changement, comme : se sentir, s'apaiser, se libérer, changer, réussir, faire, lancer, affronter, ouvrir, devenir, pouvoir, réussir, prendre, essayer, se forcer, expérimenter, etc.

Cette brève analyse correspond au profil de P5 qui rapporte des problèmes relationnels et aspire au changement, son motif principal de consultation est une conjugopathie.

Le langage du patient est révélateur de sa structure et de son affect sous-jacent.

5.3. Mobiliser les structures :

Nous avons tenté de parler pour le patient, en adoptant une attitude centrée sur lui (cf. Evoluer dans un lien thérapeutique : p99) :

« **Quand j'entends votre voix** ça m'aide à m'apaiser à me recentrer, pas comme chez moi où je m'endors » P14.

« **Quand vous parlez ça soulage**, quand on vous écoute là [...] vous m'avez soulagé quand vous m'avez parlé je vous entendais là, ah c'était super » P7.

Le langage que nous avons utilisé n'est pas constitué de suggestions⁸⁰ dans le sens communément admis, mais d'une succession de verbes :

« Ces petites phrases **qui fait des déclics** dans le cerveau, ça remonte à l'enfance à très loin dans mon enfance [...] des phrases comme '**accepter** les choses' » P3.

La structure est universelle, sa mobilisation permet au patient d'introduire ses propres contenus individuels :

« Ça m'a interpellé quand vous avez dit '**voir** comment les choses peuvent **se résoudre** spontanément', **ça évoque** le lâcher prise » P2.

Révélant ainsi sa sensibilité :

« Quand on avait parlé des enfants je crois, dans ma vie privée et **ça m'a fait penser justement que j'ai dû élever mon fils seule** et cette coupure qui s'est passée là » P13.

« Le fait quand vous me demandiez quels sont **les personnes qui tiennent à vous** enfin, là **j'ai vraiment vu** enfin les proches proches au fait » P16.

Le patient reconnaît avoir eu une part active dans la thérapie :

« Vous étiez là ok à côté de moi quand vous me disiez des choses, mais... **j'étais pas totalement livrée** » P17.

Qui semble ne pas comporter de directivité (cf. Respecter l'intimité et les possibilités du patient : p87) :

⁸⁰ Tout langage est suggestif par nature, car il suscite toujours un mouvement dans la conscience et l'oriente.

« Le travail que je fais avec vous est **beaucoup plus libre** (que la sophrologie) au fait, donc c'est intéressant » P2.

Le thérapeute oriente la thérapie mais pas l'intentionnalité du patient. Celui-ci a une part active dans la thérapie.

5.4. Maintenir le lien pendant la séance :

Durant la transe, les patients restent en lien avec le thérapeute :

« **J'étais toujours en connexion avec vous** (pendant les séances) toujours en lien et j'ai pas du tout coupé » P17.

De la même façon, le thérapeute maintient le lien avec ce que le patient lui renvoie, car l'apparition d'un sentiment est fugace et doit être saisi dans son instantanéité :

Comme pour P13 (lors de la 2^{ème} séance) qui s'est absorbé en elle-même au moment où nous l'avions invité à revenir, nous avons alors repris la séance sans ouverture des yeux.

Pendant cette séance qui a duré plus d'une heure, P13 s'est surprise de pouvoir pleurer (cf. Se surprendre : p85), quand bien même elle déclarait :

« J'ai mis un point d'honneur **à ne pas pleurer devant quelqu'un** et je ne pleurerai pas devant quelqu'un » P13.

Le thérapeute accompagne et soutient les patients dans ce qu'ils vivent :

Comme pour P16 qui a eu la chair de poule, nous l'avons alors accompagné dans ce qu'elle vit dans l'instantanéité avec : 'c'est ça'.

En revanche, il a y eu avec P15 ce qui a été perçu comme une rupture de lien (lors de l'entretien, lorsque le maître de stage nous a appelé) :

« Pour moi dans ce genre d'entretien **le téléphone ne doit pas sonner**, parce que ça perturbe, **c'est comme si vous êtes pas vraiment avec moi** au fait » P15.

Nous verrons par la suite que ce ressenti peut être lié à un mécanisme de défense (cf. Se victimiser : p95).

Le thérapeute doit être attentif à ce qui se passe chez le patient pour pouvoir l'accompagner.

6. Les mécanismes de défense :

6.1. Les manifestations des mécanismes de défense :

Somatiser :

La somatisation survient de manière non volontaire, comme pour P13 qui n'arrive pas à perdre du poids :

« Je veux comprendre pourquoi je prends du poids, ça me tracasse et **pourtant je suis de bonne volonté** »* P13.

Elle semble être en relation avec un enfouissement des affects, lorsque P13 répond à notre question 'que faire de ce qui remonte ?' :

« Les oublier au plus vite **les ranger dans le tiroir où ils étaient et refermer le tiroir**, donc ça c'était pour moi vraiment la meilleure chose à faire » P13.

Ces manifestations symptomatiques peuvent se produire lorsque les patients éprouvent intensément les expériences de la vie :

« Moi **si je suis malade** si j'ai tout ça je pense que parce que j'ai eu de gros soucis [...] il y a des choses qui m'ont marquées dans ma vie et qui font que ben **on est pas bien par rapport à ÇA** » P17.

Ces manifestations expriment quelque chose de l'ordre du sensible :

« **J'avais eu une douleur** dans le bras et au niveau de la poitrine, **c'était par rapport à ÇA [...] dû au stress** » P4.

« ÇA a été violent (la douleur), alors est-ce que c'est **une réaction du corps par rapport au stress** par rapport à des choses qui sortent je sais pas, parce que j'ai rien fait de spécial qui a pu me donner ce mal au dos » P17.

Les symptômes peuvent également refléter une rupture entre le schéma corporel et le schéma psychique (cf. Les symptômes fonctionnels : p93), le corps exprime quelque chose que la conscience ignore :

« **Je n'arrive pas à comprendre d'où ça vient** (la douleur) et ça m'agace »*P1.

Et chacun localise (involontairement) son symptôme à sa manière :

« Mais pourquoi (la douleur) dans les fesses, **ça ça me dépasse** » P1.

La volonté du patient paraît insuffisante pour s'en débarrasser :

« **J'accepte pas trop ça** (les douleurs) ça me met en rogne quoi, et je comprends toujours pas pourquoi (en riant) » P1.

Cette dimension affective inconsciente est révélée dans le langage par l'utilisation du « ÇA » (cf. L'utilisation des « ÇA » : p88) :

« ÇA, **ÇA me dépasse** » P1.

« **ÇA me déclenche** tous mes symptômes »* P30.

La somatisation apparaît comme un refoulement d'un affect dans la sphère corporelle.

❖ Les symptômes fonctionnels :

Ce type de symptômes reflète l'affect sous-jacent du patient, ils se manifestent lorsque celui-ci est perturbé, notamment l'appétit :

« Moi **quand ça va pas** dans ma tête ben tous s'écroule [...] **j'ai même pas l'appétit** » P12.

« **Je suis pas bien on perd du poids** on maigri, on n'a plus envie de vivre enfin on n'a plus la joie de vivre, voilà » P3.

Et le sommeil :

« Une fois dans mon lit **je repensais à tous les problèmes** que j'avais, je gagnais pas... j'arrivais pas à avoir un sommeil avant 2 bonnes heures des fois » P5.

« Il suffit que je sois un **petit peu contrariée** et je fais des heures à ne pas dormir » P8.

Ils ne sont pas accessibles à la volonté :

« J'essayais de **me forcer à dormir**, mais si je dormais 1 heure ou maxi 2 heures par jour... par jour par nuit quoi c'est que j'avais bien dormi » P4.

« Je reste dans mon lit pour ne pas... **pour attendre le sommeil** » P8.

Les symptômes fonctionnels ne sont pas accessibles à l'intervention volontaire. Ils sont liés à un affect sous-jacent.

Se dissocier :

- ❖ Mettre à distance sa sensibilité :

Il peut y avoir un décalage entre ce qui est éprouvé et ce qui peut être conçu, il peut s'agir d'un moyen pour ne pas revenir à sa propre expérience personnelle :

Comme pour P22 qui arrive au cabinet en pleurs, avec des lunettes de soleil pendant la consultation :

« Je n'en peux plus **de ces gens-là** »* P22.

Quand nous lui posons la question 'qu'est-ce que ça vous fait d'être comme ça ?', elle répond :

« **Moi je vais très bien** hein, **c'est eux** qui ne comprennent rien à l'économie »* P22.

Certains refusent de revenir sur leur passé :

« (Revoir le passé) ça n'apporte rien de bon [...] moi **je vais pas revenir sur ma vie** hein » P13.

« Je pense qu'il y a certaines choses **c'est bon d'oublier** oui » P15.

Et mettent à distance ce qui est douloureux pour eux :

« Sinon **ça amenait à la dépression** et ça non [...] Qu'est-ce que je protège moi ? **de la souffrance**, je ne veux pas souffrir oh ça non » P13.

« Pour l'histoire de mon père franchement ouf... **j'ai envie de l'oublier**, c'est trop profond et **ça m'a fait trop trop de mal** » P18.

- ❖ Dissocier le soma du psycho-affectif :

De même, un décalage est possible entre ce qui est éprouvé et ce qui est exprimé dans la dimension corporelle, il se manifeste à travers la rationalisation et le besoin de contrôle :

« **Je veux comprendre** pourquoi je prends du poids » P13.

Sans faire de lien entre leurs symptômes et leur situation d'existence :

« Je me sens seule mon fils me manque, je ne manque à personne mais **ça ne me dérange pas**, tout ce que je veux **c'est de perdre du poids** »* P13.

Certains patients considèrent leur corps comme une entité dissociée d'eux, ou comme un objet matériel indépendant de ce qu'ils peuvent éprouver :

« De toute façon moi c'était pas l'esprit que je voulais changer hein **c'était le corps** » P13.

« J'ai cru que j'acceptais (la maladie de son père) mais non, **mon corps acceptait pas**, d'où après les crises d'angoisse la dépression » P3.

Or, l'esprit et le corps font partie de la même unité et ne peuvent être séparés, l'individu comme son nom l'indique est indivisible (cf. S'exprimer corporellement : p85) :

« Quand on est malade je pense qu'il **y a pas seulement que le corps qui est malade** » P17.

- ❖ Montrer ce que l'on n'est pas réellement :

Une autre forme de dissociation peut consister à ce que les patients montrent une image qui ne correspond pas à ce qu'ils sont réellement :

« C'est peut-être aussi **une carapace** hein c'est peut-être **une façade ce que je montrais** » P17.

« **Je suis sensible à fond**, le truc c'est que j'aime bien montrer que je suis dure quoi, alors que c'est pas ça du tout » P15.

La dissociation est une mise à distance de la sensibilité.

Se victimiser :

L'exemple de P15 reflète ce mode de défense (Tableau IV.8) :

Aspects de la victimisation	Extraits de P15
Attribuer aux autres la responsabilité de ce qui arrive :	« Pour moi c'est à cause de lui que j'ai pas réussi [...] il m'a foutu dans le fond ».
Considérer que les choses viennent de l'extérieur :	« Moi j'ai jamais eu cette chance ».
Démissionner de sa responsabilité, en tant qu'acteur de sa vie :	« Je suis obligée d'accepter ». « Domage que j'ai pas la motivation ».
S'accorder de la valeur à partir des autres :	« J'ai besoin oui qu'il y ait une reconnaissance ».
Se placer en position de victime :	« J'ai jamais eu cette chance ». « J'étais pas guidée ».

Tableau IV.8 - La victimisation à travers l'exemple de P15.

Il s'agit d'une rupture entre le Soi et le monde, cette rupture peut engendrer une rigidité dans l'opinion :

« Pour moi si **c'est ma séance c'est à 100 %**, pour moi si vous me prenez une séance le téléphone doit être coupé pour être sûr que voilà... que **vous êtes que pour moi** » P15.

Sous tendue par une rigidité du sentiment :

« J'ai l'impression de toute façon **je serais jamais à ma place** quelque part, à chaque fois de toute façon depuis... » P15.

La victimisation est une perte de lien entre le Soi et le monde.

Compenser :

Les compensations sont liées à un affect :

« **Je suis pas bien quoi avec l'anxiété**, mais bon... c'est pour ça que je disais à Dr. [nom du médecin] de me prescrire un petit... un petit dépresseur (pour dire antidépresseur) » P11.

« Prendre des médicaments **pour me tranquilliser**, c'était surtout les médicaments je voulais un truc **pour me détendre** » P14.

Elles peuvent concerner l'alimentation :

« En ce moment oui, (des compensations) avec n'importe quoi ce qui se passe (se rectifie) **ce qu'il y a dans le frigo** [...] j'ai pris du poids » P10.

« J'ai pris toutes les mauvaises habitudes (alimentaires), **je grignote je prends mes sucreries** etc. (en souriant) » P13.

Des substances :

« Ça arrive une période **où je suis pas bien** je vais me précipiter sur la cigarette et je vais fumer fumer fumer » P9.

Ou des traitements médicamenteux (cf. L'évolution de la consommation médicamenteuse : p97) :

« **Je n'arrive pas à dormir** du tout depuis une semaine, je suis partie voir un médecin qui m'a donné **du Lexomil**, ça m'aide un peu mais je me réveille la nuit »* P6.

6.2. L'évolution de la somatisation :

L'évolution des symptômes fonctionnels :

Les patients nous rapportent une amélioration de leur sommeil :

« Là j'ai pu me reposer, comme je vous l'avais dit que **je retrouvais pas du tout le sommeil du tout**, [...] c'était la première fois que **j'ai pu fermer mes yeux paisiblement** » P6.

« Avant **je me réveillais j'arrivais plus à dormir** [...] c'était comme ça jusqu'au petit matin [...] maintenant je dors... ça peut m'arriver **parfois à 11 heures je dors toujours** » P4.

Et arrivent à faire la sieste :

« L'après-midi de temps en temps je fais une sieste [...] **c'était quelque chose que je faisais jamais**, j'avais trop de soucis dans ma tête » P4.

« **Le sommeil parfait** hein, là je dors très bien (sourire), **je fais une petite sieste** aussi l'après-midi » P14.

Cette évolution du sommeil survient après qu'un apaisement soit survenu :

« **Les tensions sont apaisées chez moi** [...] je dors très bien la nuit » P5.

« Ça va mieux là heu j'arrive à dormir à mieux dormir, avant j'avais du mal à m'endormir et sinon je me réveillais et **j'avais plein de choses en tête** » P19.

De même, de nouveaux comportements alimentaires apparaissent :

« Avant je mangeais n'importe quoi, **maintenant je mange plus équilibré** et mieux, **j'ai même perdu du poids**, je suis passée de 59 à 55 Kg » P4.

« **Je révise complètement mon comportement alimentaire**, je me refuse à toute sorte de régime » P2.

Les patients retrouvent l'appétit :

« **L'appétit est revenu** [...] j'ai repris un peu de poids, parce que **j'ai un peu maigri**, maintenant je mange mieux » P3.

« J'étais anorexique, **je mangeais plus, j'étais toute maigre, et là j'ai grossi** [...] j'ai pris quelques kilos en même pas 2-3 mois » P9.

Et rapportent également une diminution de la fatigue :

« Je me sens **moins fatiguée qu'avant** aussi, avant j'étais beaucoup fatiguée » P14.

« Maintenant il y a moins de fatigue **je suis plus en forme qu'avant**, je me retrouve en arrière dans ma jeunesse » P3.

Et de la concentration :

« J'ai l'impression de... **d'arriver à me concentrer plus** [...] je suis moins dans la lune » P5.

« **Je m'éparpille plus trop** je reste assez concentrée » P14.

L'évolution des symptômes physiques :

Il existe une amélioration des manifestations symptomatiques au cours du suivi thérapeutique :

« Ça va mieux, **la douleur elle est partie**, les picotements que je ressentais et tout il y a plus de lourdeur c'est bon, **au niveau de ÇA c'est bon**, il y a plus de problèmes » P4.

« Ça a duré (la douleur) facilement oui 7-8 mois [...] jusqu'à ce que je commence les rendez-vous avec vous au fait [...] **là je (ne) ressens plus effectivement** » P15.

Et parfois pendant la séance, comme pour P24 qui rapporte avant la 2^{ème} séance :

« **ÇA me serre** au niveau du ventre »* P24.

Puis à la fin de la séance :

« **Je n'ai plus le ventre noué**, je me sens comme légère »* p24.

Ou encore P32 (après la 1^{ère} séance) :

« Ça m'a soulagé, **je n'ai plus de fourmillement** nulle part »* P32.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que cette évolution s'opère sans que l'origine du trouble ne soit connue, ni par le thérapeute, ni par le patient.

L'évolution de la consommation médicamenteuse :

Nous avons choisi le modèle de P3 car il est caractéristique pour illustrer cette partie.

A travers cette thérapie, le sevrage des antidépresseurs et des anxiolytiques a été possible :

« Il y avait **Sertraline 3 le soir 150 et Seresta° 10**, je prenais 6 par jour et 1 au cas où je fais des crises d'angoisse, ça c'était au moment où on s'est vu au début » P3.

Au fur et à mesure des séances, nous avons diminué le nombre de prises par jour de l'antidépresseur et de l'anxiolytique :

« Je suis assez fier de moi, oui (cligne des yeux), on peut prendre 6 mois d'anxiolytiques on peut arrêter pas d'un coup mais **diminuer sans retomber dans le truc** » P3.

Jusqu'à leur arrêt complet :

« Maintenant je m'en rends compte que **je n'ai plus besoin** [...] donc **j'ai réussi à m'en sortir** sans être dépendant des médicaments » P3.

Après la mobilisation de ses propres ressources :

« **Je me suis découvert des capacités** que je peux gérer mes émotions par moi-même et sans médicaments contrairement à avant » P3.

Et l'amélioration de la symptomatologie initiale :

« Maintenant ça va quand il y a des crises (d'angoisse) qui vient je... je gère, c'est un peu délicat mais je... **je m'affole pas** j'ai moins peur, **ça passe plus vite** » P3.

Des effets portant sur d'autres aspects sont rapportés, notamment sur la sexualité :

« Ah ben mieux donc c'était bien la Sertraline j'ai remarqué, **il y a plus ce retard** [...] le plaisir est différent, **ça revient comme avant quand j'étais jeune** » P3.

Par ailleurs, d'autres patients ont connu une certaine évolution concernant la prise de psychotropes :

« J'ai pris (des anxiolytiques) pendant 3 jours, et le quatrième jour j'avais pas pris mais j'avais pas eu sommeil, et après je suis venue ici, et **depuis ben... j'ai pas repris** » P6.

« **Pour le moment ça va j'ai pas besoin**, bon... non, d'ailleurs je crois que j'ai encore l'antidépresseur... peut être que c'est périmé parce que ça fait un bout de temps » P11.

Pour P25, l'augmentation prévue de la Venflaxacine 37,5 mg n'a pas eu lieu, l'antidépresseur a été poursuivi à la même posologie.

L'apaisement semble être un préalable à l'amélioration des symptômes fonctionnels.

6.3. Synthèse de l'évolution des manifestations symptomatiques (Tableau IV.9) :

N°	Sommeil	Appétit et alimentation	Fatigue et concentration	Symptômes physiques	Prises médicamenteuses	Total
P1	-					0
P2	+	+				2
P3	+	+	+		+	4
P4	+	+		+		3
P5	+		+	+		3
P6	+	+			+	3
P7						0
P8	-		+			1
P9	-	+	+			2
P10						0
P11					+	1
P12						0
P13		-				0
P14	+		+			2
P15				+		1
P16	-					0
P17				+		1
P18						0
P19	+					1

Tableau IV.9 - Synthèse de l'évolution des manifestations symptomatiques.

7. Le lien thérapeutique :

7.1. Evoluer dans un lien thérapeutique :

Les patients rapportent avoir besoin de liens avec les autres :

« **Sans les autres on est chosifié**, on n'a pas de raison d'être au fait, c'est complètement égotique de penser que tout seul on fait quelque chose [...] **j'ai besoin de ce lien** » P2.

Y compris de lien thérapeutique :

« La fascia thérapie elle me manipule un peu mais moi je pense que c'est même pas ça **c'est la relation que j'ai avec la personne qui me manipule c'est ça qui m'aide** » P17.

Leur évolution se fait dans le cadre de la rencontre thérapeutique :

« **Sans vous ça aurait pas été possible** hein, je crois que j'aurais été encore dans mes idées noires » P5.

« Vous vous êtes une personne qui est très... ça ça... **ça agit dans ma vie** ça m'a apporté quelque chose dans ma vie je vais pas vous oublier comme ça quoi... » P17.

Les patients expriment l'importance d'avoir une voix pour leur cheminement :

« **J'ai besoin d'une voix extérieure**, j'arrive pas à faire enfin j'y arrive moins à faire... il me faut une voix j'allais dire » P1.

« À un moment donné j'allais vous demander si j'étais capab... si je pouvais **vous enregistrer** pour me remettre dans le même état chez moi » P5.

Et parfois l'importance d'avoir une « voie » :

« Je voulais oui savoir ce qui... comment faire **pour avoir la bonne conduite** quoi » P1.

« Je pensais que dans la thérapie **il fallait suivre ce que vous me dites** » P8.

Le patient évolue dans un lien thérapeutique.
--

7.2. Se sentir en confiance :

Les patients accordent leur confiance au thérapeute, dans une relation singulière :

« **Vous j'ai confiance en vous** donc voilà, mais peut-être que si c'était avec quelqu'un d'autre ça aurait pu passer différemment [...] j'aurais eu une certaine appréhension » P11.

« S'en remettre à l'autre dans la totalité, ça c'est quelque chose qui me gênait énormément [...] **je le fais maintenant sans problème vis-à-vis de vous** » P2.

Ce rapport de confiance va dans les deux sens, car le thérapeute doit avoir une certitude dans les possibilités d'évolution de ses patients.

La relation thérapeutique apparaît alors comme une coopération :

« Vraiment **on** a fait un travail hein, **on** a fait du travail, **on** a bien travaillé » P14.

Ils considèrent le thérapeute comme un confident :

« Je savais pas avec qui... vers qui me confier tout ça [...] en tout cas **vous êtes la première personne à qui j'ai pu confier tout ça** (sourire) » P6.

« Ce que je vous ai raconté des choses très dures très difficiles à dire **c'est qu'à vous que je l'ai dit**, je... je me voyais pas raconter ça à mon compagnon ou à mes enfants » P17.

Ce mode relationnel singulier semble favoriser l'adhésion thérapeutique des patients :

« **Continuer oui mais pas avec n'importe qui**, et... avec le temps il y a un **rapport de confiance** qui s'est instauré je veux dire entre nous, et ça c'est important pour moi » P2.

Ou comme pour P18 qui déclare :

« Dans le passé il y avait un médecin **qui m'avais proposé une séance d'Hypnose** pour la dépression [...] ah **ça m'a fait fuir** » P18.

Quand nous lui demandons 'qu'est ce qui a fait que vous l'avez fait maintenant ?' elle répond :

« Peut-être que **la personne qu'on a en face vous met en confiance**, ça aussi ça compte, et pourtant ben ça fait pas longtemps que vous êtes au cabinet je vous connais pas » P18.

L'attitude du thérapeute peut y contribuer également :

« Au fait je trouve que votre démarche est... est sincère, **vous croyez à ce que vous dites** au fait, et **ça c'est rassurant** [...] c'est efficient ce que vous faites » P2.

Le cheminement thérapeutique se fait dans le cadre d'une relation singulière et personnalisée, basée sur la confiance.

8. L'Hypnopraxie en Médecine Générale :

8.1. Intégrer de l'Hypnose dans la pratique libérale :

Certains patients ignoraient la pratique de l'Hypnose par les médecins généralistes :

« J'étais surprise parce que **je pensais pas du tout** que le médecin généraliste est amené à faire ce genre de séance » P16.

« Je pensais pas que ça existait [...] avant pour moi l'Hypnose c'était... je sais pas c'était **quelqu'un dans un cabinet à part**, un peu comme les magnétiseurs » P4.

Ils déclarent être favorables à une généralisation des approches hypnothérapeutiques au sein de la Médecine Générale :

« Moi je pense que ben **plus de médecins devraient se spécialiser dans ce domaine**, parce qu'il y en a pas beaucoup il y a presque pas, il y a presque pas » P18.

« Je trouve que **c'est bien qu'il y ait plus de médecins généralistes qui font ça**, je me dis qu'il y a beaucoup de gens comme moi qui ont en besoin » P4.

Ce cadre d'exercice semble être plus rassurant pour eux :

« **On a plus confiance à un médecin** que quelqu'un qui fait ça en indépendant » P8.

« **C'est plus rassurant** [...] c'est pas comme vous voyez un marabout ou un sorcier » P13.

Et facilite l'accès à la thérapie pour certains patients :

« Comme j'ai eu l'opportunité de venir ici je trouve que **je suis plus en confiance** je veux dire [...] **avec vous je pense que ça passe** très bien » P8.

« (Un médecin) m'avait proposé des soins par psychothérapie, et comme **j'ai eu l'occasion de vous rencontrer** entre temps, j'ai essayé ça avant et je pense que ça me suffit » P5.

Et offre la possibilité pour d'autres qui n'auraient pas fait la démarche spontanément :

« Vous m'avez proposé mais **sinon j'aurais pas fait**, je serais restée comme j'étais » P4.

« Si vous m'avez prévenu 15 jours à l'avance que c'était pour une séance d'Hypnose **j'aurais peut-être pas fait**, parce que me sachant-moi comment j'étais, je réfléchis beaucoup avant » P11.

La proposition de l'Hypnopraxie dans le cadre de la Médecine Générale facilite l'accès à cette thérapie.

8.2. Les attentes des patients vis-à-vis de la thérapie :

Une réponse non pharmacologique :

Les patients consultent le médecin quand ils ont perdu l'aise avec leur intimité :

« On va toujours **chez le médecin pour ÇA** » P14.

« Je voulais **consulter le médecin pour ÇA** » P5.

Alors, le rôle du médecin est d'aider à cette reconnexion avec l'intériorité et de recréer un dialogue intérieur :

« Les séances m'ont fait du bien, je me suis retrouvée [...] maintenant je me réalise que **je suis connectée avec moi-même** » P14.

La réponse non pharmacologique peut correspondre aux attentes de certains d'entre eux :

« Il y a un échange on n'est pas là pour vous donner des sous et puis regardez **prenez tels médicaments** vous prenez la tension **c'est pas que ça** » P17.

« **C'est mieux avec vous**, je veux pas prendre des médicaments docteur (rire) » P7.

Certains souhaitent réaliser un « travail » sur eux-mêmes :

« J'avais pas besoin de médicaments mais **de trouver des réponses en moi**, et effectivement j'ai trouvé certaines réponses et ça m'a aidé » P3.

« Moi j'ai pas envie de prendre des médicaments, j'ai pas envie d'être dépendante des médicaments vous voyez, **j'ai envie que ça devienne naturel** » P9.

L'Hypnopraxie semble répondre à ces attentes :

« **Pour une fois qu'on me dit pas il faut prendre des médicaments**, le dernier Laroxyl^o machin là je supporte pas, j'ai l'impression quand-même oui **c'est mieux** on écoute » P1.

« Je faisais crises d'angoisse et tout, je m'attendais à avoir des médicaments, et **finalement j'ai pris aucun médicament avec vous et je ressors je suis bien** quoi » P14.

Une approche relationnelle et globale :

Les patients expriment le besoin de se sentir considérés par le thérapeute :

« Quand je viens ici, je sais qu'il y a quelqu'un en l'occurrence vous qui peut m'écouter, qui est **attentif à ce que je pourrais exprimer**, et ça c'est fondamental » P2.

« Quelque part oui il (le médecin) était bien parce que ben **il était soucieux de de... de savoir ce que je pensais ce que je vivais** ce que... et ça c'est important » P17.

Et expriment le besoin d'être écoutés :

« **On n'a pas besoin forcément de réponse, on a besoin d'être écouté** d'être entendu [...] on a besoin d'échanges comme ça, **c'est l'essentiel dans la vie même** » P17.

Dans une approche qui explore au-delà du symptôme :

« J'ai de l'admiration pour l'approche globale... **qui ne se contente pas de voir que le matériel** » P2.

La réponse non pharmacologique et l'approche relationnelle font partie des attentes de certains patients.

8.3. La motivation et l'implication des patients dans la thérapie:

Les demandes motivant la thérapie sont multiples (Tableau IV.10) :

Motivations	Extraits
Mieux se connaître	« J'ai fait ces séances là avec vous pour apprendre à ... à être moins stressée, et apprendre à mieux me connaître » P14.
Etre bien	« Ce qui comptent c'est que ça vous fait du bien » P12.
Pour la découverte	« J'avais pas forcément d'attente, c'était plus une découverte » P16.
Par curiosité	« Moi je vais vous dire la curiosité était plus forte (éclat de rire) » P13.
Des demandes spécifiques	« Une fois je vous ai dit si on peut faire oublier ça vous me dites non on ne peut pas oublier » P12.

Tableau IV.10 - Demandes des patients ayant motivé le recours à l'Hypnopraxie.

Certains ont suivi la thérapie en dernier recours :

« C'était comme si j'étais **poussée dans mes derniers retranchements** et que j'arrivais vraiment plus à gérer la moindre situation conflictuelle » P5.

« **J'avais pas le choix** c'était soit je m'en sors soit je plonge » P3.

Ou après l'échec de plusieurs thérapies :

« **J'ai fait plusieurs thérapie** pour ne plus avoir ce problème (phobie de conduire), je fais celle-là sérieusement pour me donner une dernière chance puis j'arrête » P8.

« **J'ai tout essayé** depuis 30 ans mais c'est toujours là »*P1.

Les motifs de recours à l'Hypnopraxie sont variés, certaines ont un caractère urgent ou pesant.

8.4. Le coût de la thérapie pour le patient :

Le coût des séances semble être un facteur qui limite l'accès à la thérapie :

« Après il y a aussi **la fourchette du tolérable** pour la personne » P2.

« Après **quand ça devient trop cher** les gens... comme tout le monde a des difficultés ben on remet » P8.

Voire qui l'empêche :

« Après c'est vrai que **c'est pas tout le monde qui peut** (payer), oui » P19.

« Je suis pas prêt enfin... **à rien donner** finalement, parce que **j'ai pas les moyens** » P15.

Les patients déclarent qu'ils n'auraient pas eu le même nombre de séances s'ils devaient les payer :

« **J'aurais pas eu autant de séances** si c'était payant » P5.

« **Pas toutes les semaines** par contre (si c'était payant) » P3.

Le coût des séances peut être un facteur limitant l'accès à la thérapie.

8.5. Cheminer dans le temps :

Le cheminement des patients dans le temps :

L'évolution des patients se fait progressivement, dans la durée :

« Ça s'est fait **tout doucement**, comme une évolution qui s'est faite **petit à petit** » P5.

« **Au fur et à mesure** enfin je sentais voilà j'étais plus peut-être... plus calme plus... c'était différent dans ma réaction » P16.

Plusieurs séances peuvent être nécessaires avant de ressentir un changement :

« Les 2 premières (séances) je sais que j'étais pas bien du tout [...] je dirais **la troisième quatrième ça allait...** ça a commencé vraiment à être positif » P5.

« C'était disons **à partir de la deuxième séance** je commençais à être vraiment plus... plus tranquille, et surtout dormir après » P14.

Certains patients peuvent avoir des résistances ou des appréhensions au début, et ont besoin de temps avant de les dépasser :

« **Au début j'arrivais pas à me concentrer** mais après ça... j'avais du mal même des fois à me réveiller » P19.

« **C'était difficile pour moi au début** parce que je tremblais beaucoup et après... mais au bout de la deuxième séance... » P3.

D'autres ont besoin de temps avant de se sentir prêts à vivre l'expérience hypnotique :

« Vous me l'avez proposé au mois de février [...] **après ben je suis revenue** (2 mois après), ben c'était le moment je pense, voilà... certainement que **je n'étais pas prête avant** » P18.

Le cheminement des patients nécessite du temps et se fait dans la durée.

Le besoin de poursuivre les séances :

Des patients expriment le besoin de poursuivre les séances de manière variable (Tableau IV.11).

N°	Besoin	Extraits
P1	+ / -	« Je continu à venir parce que je maintien l'espoir ».
P2	oui	« Je pense que j'ai besoin de continuer ce cheminement ».
P3	–	Non Renseigné (NR).
P4	oui	« J'en ai encore besoin , pour le moment ».
P5	oui	« C'est dommage d'arrêter quelque chose qui me faisait autant de bien ».
P6	–	NR.
P7	oui	« Si j'avais d'autres séances avec vous ah je serai très contente ».

P8	oui	« Je suis satisfaite et je veux bien continuer ».
P9	oui	« J'ai envie justement d'être ... d' avoir des coups de pouces comme ça dans la vie pour avancer ».
P10	+/-	« Oui, pas maintenant mais oui (rire), pour l'instant je gère un peu mieux la situation ».
P11	+/-	« Là pour le moment je suis bien hein je vous dis <u>bien</u> , maintenant je sais pas si il faudrait faire une ou deux séances, pour que ce soit vraiment bien machin ».
P12	+/-	« Moi j'avais pensé peut-être refaire 2-3 séances pour voir au fur et à mesure ».
P13	oui	« J'aimerais bien (poursuivre) parce qu'en fin de compte ça apporte un certain équilibre ».
P14	+/-	« Là pour l'instant je suis bien dans ma tête [...] peut-être après, l'année prochaine ».
P15	oui	« (J'aimerais) Qu'il y ait d'autres séances encore après , j'ai l'impression que c'est pas terminé ».
P16	–	NR.
P17	oui	« Moi je crois que j'en aurais toujours besoin ».
P18	oui	« L'autre m'a dit est-ce que tu penses repartir ? J'ai dit oui parce que ça me fait du bien ».
P19	+/-	« Je pense qu' une dernière peut-être je verrai si vraiment ça fait un effet ou pas ».

Tableau IV.11 - Besoins exprimés par les patients de poursuivre les séances.

10 patients sur 19 (52,6%) estiment avoir besoin de poursuivre les séances.

6 patients (31,6%) éprouvent moins ce besoin, car ils estiment être suffisamment bien, ou pour voir si les séances auront un effet sur eux.

Pour 3 patients (15,8%), la question n'a pas été posée ou ceux-ci n'y ont pas répondu.

8.6. Les remarques des patients :

Certains patients font part de leurs préférences personnelles :

« J'aurais peut-être préféré **être allongée par terre** » P1.

« Peut-être **moins de lumière** des petites bougies (rire) comme l'ambiance de massage, **avec un peu de musique anti-stress** la musique de relaxation » P2.

Celles-ci peuvent concerner la durée des séances ou du suivi :

« **C'était un peu court** au fait, oui j'aurais peut-être ressenti si j'avais eu plus de rendez-vous depuis longtemps là oui » P15.

« **Si la séance était un peu plus longue** peut-être (sourire) ça aurait été mieux » P19.

Avec parfois des aspects gênants :

« Des fois **il y avait du bruit** [...] mais après c'était moins gênant [...] dans le bureau même il y avait des patients qui étaient là, on entend quand-même ce qu'ils disent » P19.

« Des fois il y a des fois **je comprenais pas trop ce que vous disiez**, alors je me dis soit je suis pas concentrée sur votre voix ou **soit vous parlez peut-être pas assez fort** » P15.

8.7. Attribuer le bénéfique à la thérapie :

Certains patients attribuent clairement leur évolution au cheminement réalisé à travers l’Hypnopraxie :

« J’ai appris à maîtriser mes émotions, d’avoir moins peur et à être positif voilà, à prendre la vie autrement **grâce ben à la première séance et à la deuxième** » P3.

« **Les séances** m’ont fait du bien, je me suis retrouvée » P14.

D’autres y mettent une réserve :

« **Je sais pas si c’est à cause de la séance**, si c’est un déclic par rapport à la séance ou... ou autre chose [...] **je pense que ça s’est arrangé un peu à cause de la séance** » P10.

« Après là je me rends compte quand-même, **je pense que c’est dû aux séances... d’Hypnose** hein » P11.

D’autres l’attribuent directement au thérapeute :

« Je me sens vraiment beaucoup mieux, **ça c’est grâce à vous** » P5.

« **Vous m’avais aidé** à faire ce chemin et vous m’aidez aussi je penserai à des choses quand je vais être sur des moments difficiles » P17.

Nous avons répertorié les facteurs (autre que l’Hypnopraxie) susceptibles d’intervenir dans le cheminement thérapeutique (Tableau IV.12) :

N°	Facteurs	Extraits
P2	Sophrologie	« À la fois j’ai entamé cette démarche avec vous, j’ai entamé une démarche de sophrologie ».
P3	Psychothérapie antérieure	« Grâce un peu à ça et à d’autres séances (antérieures) avec des psychologues que j’ai eu, ça m’a aidé, j’ai découvert des choses sur moi sur mon passé ».
P11	Yoga	« Je sais pas si en faisant les séances, avec le yoga... ».
P13	Danse	« Est-ce que c’est ces séances-là est-ce que c’est vraiment ce que j’avais commencé avant [...] c’est-à-dire je parle de la danse moi ».
P14	Lieu d’habitation	« Maintenant je suis plus au calme on a déménagé aussi je suis plus au calme ».
P17	Homéopathie	« Les palpitations j’en ai moins quand-même parce que j’ai pris de l’homéopathie ».

Tableau IV.12 - Facteurs susceptibles d’intervenir dans le cheminement thérapeutique.

Les patients attribuent leur évolution à la thérapie de manière plus ou moins claire, quelques facteurs peuvent interférer avec cette évolution.

9. L’adhésion thérapeutique :

9.1. La considération et la satisfaction des patients :

Certains patients expriment clairement leur satisfaction vis-à-vis de l’approche :

« Moi **je suis entièrement satisfaite** c’est pour ça que je viens je fais la route je prends 2 bus parfois 3 bus » P8.

« Moi là **c'était vraiment le top des top** hein [...] maintenant... **j'en parle hein parce que je suis contente** » P11.

D'autres de façon plus modérée :

« **J'aimerais bien** (poursuivre) parce qu'en fin de compte **ça apporte un certain équilibre** » P13.

« C'est vrai que **ça peut aider** » P10.

L'Hypnopraxie est parfois considérée comme différente des autres approches :

« J'ai eu tous les bénéfices... je me sens vraiment mieux, alors que **si j'ai été voir quelqu'un et que j'aurais parlé pendant des heures à raconter ma vie** » P5.

« Pour moi c'est l'Hypnose peut-être à votre façon [...] **c'est une autre approche** de la patiente avec son médecin [...] **très différente très différente** » P17.

18 patients sur 19 (94,7%) expriment leur satisfaction vis-à-vis de l'approche, 12 d'entre eux (63%) de façon claire, pour 6 autres (31,5%), la satisfaction est exprimée de façon moins prononcée.

9.2. La recommandation à l'entourage :

Certains patients sont prêts à recommander l'Hypnopraxie :

« Si je vois quelqu'un qui va pas bien je pense... **sans retenue je vous recommanderai** » P5.

« **Vous aurez du monde avec moi** (rire) parce que moi j'en parle j'en parle tout le temps » P17.

Ou l'ont déjà recommandé à leurs proches ou à leurs amis :

« **Je lui ai donné votre numéro** (à une amie), je lui ai dit t'inquiètes pas même si tu oublies moi j'oublie pas (éclat de rire) [...] **je prendrai le rendez-vous pour toi** » P4.

« **Chaque fois je lui conseille** (à son mari) de faire une séance peut-être qu'il aura **un déclic** » P10.

D'autres ne l'ont pas recommandé, essentiellement pour ne pas révéler aux autres leur suivi psychothérapeutique :

« Non, mais pas parce que c'était pas intéressant [...] comme **je voulais pas dire ou j'y étais** j'en parle pas voilà » P15.

« J'en ai parlé à personne d'autre, **je suis pas de nature à raconter ma vie** on va dire (rire) » P16.

Au total, 14 patients parmi 19 patients (73,6%) recommandent l'Hypnopraxie à leur entourage.

9.3. L'estimation du tarif d'une séance :

Le tarif des séances estimé par les patients dépasse celui d'une consultation ordinaire (Tableau IV.13) :

« Pour moi je me dis que **c'est peut-être cher** » P6.

« Paraît-il **ça coûte cher** et c'est pas remboursé par la sécu » P11.

Ils justifient cette estimation par le temps passé :

« En plus avec **le temps qu'on prend** pour le faire, pendant au moins une heure et tout » P4.

« Parce qu'il y a du temps quand-même » P1.

Ou pour une compétence supplémentaire :

« Parce que c'est **un spécialiste** quand-même » P13.

« Parce que c'est **pas la même chose** » P16.

D'autres sont habitués au remboursement des consultations sans avance de frais :

« Je sais pas du tout, **déjà il faut que je sache** une séance en Médecine Générale c'est combien » P10.

« Ça fait longtemps que **je ne paie pas de prestations médicales** quand je viens » P13.

N°	Tarif (€)	Commentaires
P1	40-50	Parce qu'il y a du temps quand-même.
P2	50-80	Après il y a aussi la fourchette du tolérable pour la personne.
P3	60	Vous allez me faire payer ? [...] pas toutes les semaines par contre (si c'était payant).
P4	> 27,6	En plus avec le temps qu'on prend pour le faire, pendant au moins une heure et tout.
P5	90-100	Ça dépend si la personne a les moyens ou pas [...] j'aurais pas eu autant de séances si c'était payant.
P6	65-70	Pour moi je me dis que c'est peut-être cher.
P7	59-60	Pas de commentaire.
P8	50	Après quand ça devient trop cher les gens... comme tout le monde a des difficultés ben on remet.
P9	150-200	Ça doit être super cher.
P10	> 27,6	Je sais pas du tout, déjà il faut que je sache une séance en Médecine Générale c'est combien.
P11	50	Paraît-il ça coûte cher et c'est pas remboursé par la sécu [...] moi j'aurais payé 50€ j'ai fait 4 séances, 200€ y a pas de problème, je suis mieux beaucoup mieux [...] le tarif j'ai rien tiré de ma poche c'est parfait.
P12	80	Pour 1 heure de temps.
P13	30-50	Parce que c'est un spécialiste quand-même [...] Ça fait longtemps que je ne paie pas de prestations médicales
P14	45-60	Ça dépend du temps entre une demi-heure et 1 heure [...] je mettrai pas plus.
P15	0	Je suis pas prêt enfin... à rien donner finalement.
P16	> 27,6	Parce que c'est pas la même chose.
P17	60-70	c'est vrai qu'il faut du temps aussi hein.
P18	50-70	Ça dépend le temps.
P19	> 50	Après c'est un tarif pour tout le monde, parce qu'après c'est vrai que c'est pas tout le monde qui peut (payer), oui.

Tableau IV.13 - Estimation du tarif des séances par les patients, avec leurs commentaires.

Les patients estiment un tarif moyen⁸¹ de 64,9 € par séance d'Hypnopraxie.

9.4. Les perdus de vue et les RDV manqués :

Parmi les 33 patients inclus, aucun perdu de vu n'a été observé durant toute la durée du suivi.

⁸¹ Les valeurs non chiffrées n'ont pas été prises en compte dans le calcul. Nous avons considéré la moyenne des estimations avec un intervalle.

Sur les 104 RDV fixés (pour les 19 patients ayant eu le recueil de données), 3 d'entre eux (2,9%) ont été manqués sans que les patients concernés ne nous aient prévenu.

Si nous considérons les 33 patients inclus, ce nombre est ramené à 9 (6,5%), sur les 139 RDV fixés.

9.5. Synthèse de l'adhésion thérapeutique (Tableau IV.14) :

Patients	Satisfaction exprimée	Recommandation à l'entourage	RDV manqués (sur 104 proposés)	Estimation du tarif (en €)
P1	+	Oui	0	40-50
P2	++	Non	0	50-80
P3	++	Oui	0	60
P4	++	Oui	0	> 27,6
P5	++	Oui	0	90-100
P6	++	Oui	0	65-70
P7	++	Oui	0	59-60
P8	++	Oui	0	50
P9	++	Oui	1	150-200
P10	+	Oui	0	> 27,6
P11	++	Oui	0	50
P12	-	Non	0	80
P13	+	Oui	0	30-50 40
P14	++	Non	0	45-60
P15	+	Non	0	0
P16	+	Non	2	> 27,6
P17	++	Oui	0	60-70
P18	++	Oui	0	50-70
P19	+	Oui	0	> 50

Tableau IV.14 - Représentation semi-quantitative des indicateurs indirects de l'adhésion thérapeutique.

10. Les représentations et les appréhensions vis-à-vis de l'Hypnose :

10.1. Les représentations de l'Hypnose :

Le thérapeute tout puissant :

La représentation la plus souvent évoquée consiste à croire que c'est le thérapeute qui contrôle le patient :

« L'Hypnose pour moi c'était... on était complètement **sous l'emprise de la personne**, alors que là j'ai joué un rôle vraiment » P17.

« Je pensai dans ma tête **j'allais être endormi** tout ça, après je me dis peut-être c'est une autre façon de faire » P12.

Et qui a le pouvoir de lui faire faire ce qu'il veut :

« J'avais vraiment l'impression que la personne qui hypnotisait l'autre **il pouvait lui dire comptez jusqu'à 3 [...]** et **la personne se mettait à danser** » P5.

« Moi je savais pas grand-chose sur l'Hypnose, on en parle à la télévision on voit l'Hypnose [...] **endormez-vous les gens qui pleurent qui crient** et qui machin » P11.

La perte de contrôle :

La représentation du thérapeute tout puissant est corrélée à celle de la perte de contrôle du patient :

« Je pensais que l'Hypnose comme on voyait à la télé, où **on perd le contrôle de soi**, donc c'est pas ça du tout » P15.

« **Je pensais qu'on perdait totalement le contrôle** enfin ou la conscience, alors que c'était pas le cas pour moi... qu'on ait plus le... c'est pas la maîtrise si un peu » P1.

La révélation des secrets :

Une autre représentation moins fréquente est le dévoilement des secrets des patients :

« Auparavant je me disais ben une séance d'Hypnose là c'est pourquoi exactement ça va servir à quoi ? La personne en face de moi **va découvrir mes secrets** » P18.

« Moi je voyais quelqu'un qui était endormi et puis on allait poser des questions **des questions qu'il va répondre** comme ça sur sa vie antérieure » P13.

Ces représentations sont véhiculées par les médias et issues de l'Hypnose de spectacle :

« Pour moi l'Hypnose **c'était ce qu'on voyait à la télé**, quelqu'un debout après il ferme les yeux et (fait le mouvement de tomber avec la main) voilà » P3.

« Moi je voyais **la pendule** et **on était endormi** au fait, je voyais pas comme ça non [...] donc c'est bien de découvrir autre chose aussi » P19.

Les représentations les plus fréquentes sont celles du thérapeute tout puissant et de la perte de contrôle du patient

10.2. Les appréhensions :

Les appréhensions peuvent être sous tendues par des représentations mentales :

« **Je pensais pas** que ça allait se passer comme ça, **je pensais** que j'allais être plus transformée, que j'allais être dans un état second... donc c'était une appréhension » P14.

(Appréhension ?) : « Au début oui, parce que **je me fais** vraiment à ce qui se passe à la télé (rire) [...] donc je savais pas du tout quel effet sur moi ça allait avoir » P16.

Parfois, les patients appréhendent moins l'Hypnose que ce qu'ils peuvent être amenés à vivre :

« Il y a certainement des choses enfouies pour chacun de nous, et **comment je vais vivre ça après**, c'est ça, **j'avais peur de tout ce qui pouvait remonter** » P18.

« Au début j'avais un peu d'appréhension, parce que **je savais pas ce qui m'attendait** » P5.

Les appréhensions sont liées aux représentations mentales, mais aussi à la peur de la rencontre avec soi-même.

10.3. L'évolution des représentations vis-à-vis de l'Hypnose :

Les représentations des patients concernant le thérapeute puissant ont évolué :

« Comme tout le monde j'avais peur avant de l'Hypnose... que c'est le médecin ou l'autre qui vous contrôlais mais **c'est pas ça... vous c'est différent** » P3.

« A la télé il y a plus cet effet de magie, on a l'impression que voilà **la personne dit 2-3 mots et la personne s'endort**, non non **c'est pas du tout ça** » P16.

Ainsi que celles concernant la perte de contrôle :

« Pour moi l'Hypnose c'était **on aurait agi inconsciemment**, ben oui quand-même et j'ai vu que ça n'avait rien à faire (lapsus) **rien à voir** quand-même » P13.

« Moi je croyais que l'Hypnose était **qu'on dormait** comme on voit à la télé mais **c'est pas du tout ça** » P8.

Leurs croyances sur la « non efficacité » de l'Hypnose n'ont pas constitué un obstacle à leur évolution :

« **Au début je croyais pas**, mais après finalement ça... **ça a fait son petit chemin** et puis au fait voilà... maintenant ça va mieux (rire) oui, je me sens plus posée » P14.

« Au départ **j'étais un peu sceptique** hein au niveau de machin, j'ai dit ben **qu'est-ce qu'on fait là on fait rien**, mais après c'est peut-être vrai que ça marche sur certaines personnes en l'occurrence moi » P11.

Leurs représentations issues de l'Hypnose de spectacle ont également changé :

« Moi ça m'a soigné [...] **pour moi c'est thérapeutique**, avant **c'était plutôt spectacle** quand je voyais à la télé » P5.

« Ce qu'on voit souvent à la télé [...] et au final non c'était pas du tout ça donc... **ça n'a rien à voir vraiment avec la télé c'est complètement différent** » P16.

De même, ils ont réussi à dépasser leurs appréhensions :

« **J'appréhendais cette séance**, mais après ça m'a fait du bien, ah oui » P18.

« Moi je voyais **plutôt à la télé** donc **j'avais pas trop confiance** [...] **jamais je ne l'aurais fait** [...] on a un autre point de vue » P10.

Les patients n'ont pas l'impression d'avoir perdu le contrôle, ils reconnaissent avoir eu une part active dans leur thérapie :

« L'Hypnose pour moi c'était... on était complètement **sous l'emprise de la personne**, alors que **là j'ai joué un rôle vraiment** » P17.

« C'est un travail sur soi, c'est pas le médecin au fait **c'est le patient lui-même qui travaille** [...] avec l'aide du médecin bien-sûr » P3.

Cette évolution s'opère chez eux après qu'ils aient expérimenté l'Hypnose :

« Au début j'appréhendais beaucoup, mais **après la première séance c'était bon j'étais en confiance** » P4.

« Avant je croyais que je tombais dans un profond sommeil [...] alors que maintenant **je vois que c'est agréable**, parce qu'on est détendu il y a un silence » P9.

<p>Les patients ont pu dépasser leurs appréhensions après avoir vécu l'expérience thérapeutique. Leurs représentations ont également pu évoluer.</p>
--

CINQUIEME CHAPITRE -

L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES

RESULTATS

Sommaire du chapitre :

- 1. L'évolution thérapeutique globale des patients.**
- 2. L'identification des mécanismes d'action.**
- 3. L'identification des facteurs d'influence.**
- 4. Le modèle synthétique (intégral et simplifié).**
- 5. L'application du modèle synthétique, l'exemple de P14.**
- 6. La discussion des résultats.**

V. L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES RÉSULTATS :

Nous allons à présent interpréter et discuter les résultats obtenus au regard de notre question de recherche.

Rappelons que notre objectif est de comprendre comment s'opère le changement chez les patients et d'éclaircir les processus sous-jacents à leur cheminement thérapeutique, c'est-à-dire ses mécanismes d'action et les facteurs qui l'influencent. Pour cela, nous allons établir des liens entre les différentes catégories et sous-catégories dégagées dans la partie « Résultats », chacun de ces liens sera illustré à travers un patient représentatif.

Tout au long de cette analyse, un modèle synthétique sera progressivement élaboré, avec l'introduction d'images⁸² selon une procédure analogique. Ceci afin d'offrir une vision globale des différents processus mis en évidence.

1. L'évolution thérapeutique globale des patients :

Nos résultats montrent que les patients ont pu évoluer dans leurs manifestations symptomatiques, ainsi que dans leur manière de se saisir d'eux-mêmes, de leur rapport aux autres, de leur vécu des situations et de leur orientation au monde (praxies), tant sur le plan affectif que sur le plan cognitivo-comportemental.

Afin d'apprécier cette évolution thérapeutique, nous avons établi un score global⁸³ pour chaque patient en fonction de :

- Son acquisition de nouvelles praxies, parmi les 21 identifiées précédemment (cf. Tableau IV.3 : p78).
- Son évolution symptomatique, parmi les 6 manifestations identifiées précédemment (cf. Tableau IV.9 : p98).

Nous avons défini des seuils et catégorisé les patients en confrontant le score de chacun avec les extraits qui représentent le mieux le ressenti de son évolution, leur équivalent en termes de « ÇA » a été introduit à titre indicatif (Tableau V.1).

Trois groupes de patients ont alors été définis :

- Le groupe A : concerne les patients qui rapportent un changement important, avec un score supérieur ou égal à 10 ;
- Le groupe B : concerne les patients qui rapportent un changement intermédiaire, avec un score supérieur à 4 et inférieur à 10 ;
- Le groupe C : concerne les patients qui rapportent un changement peu important ou absent, avec un score inférieur ou égal à 4.

⁸² Aucune image n'est soumise à des droits d'auteurs.

⁸³ A travers l'attribution d'un point par acquisition de l'un des 27 critères.

Patients	Sc.	Extrait(s) correspondant(s)	Equivalent en « ÇA »	Gr.
P1, 5S, R2, 94J, M4.	2	Pas grand-chose j'ai l'impression, je ressens pas de modification.	ÇA m'a pas diminué mon handicap.	C
P2, 4S, R3, 55J, M5.	14	Il y a une phase de transformation importante là il me semble [...] vraiment ma vie se réoriente.	J(e n)'ai plus de souci par rapport à ÇA.	A
P3, 7S, R1, 97J, M1.	18	J'ai l'impression que j'ai passé une étape dans ma vie.	ÇA aide vraiment beaucoup.	A
P4, 5S, R1, 81J, M6.	19	Je me sens beaucoup beaucoup mieux, ça n'a rien avoir avec avant [...] Je trouve que j'ai sauté quand-même un grand pas.	ÇA se passe beaucoup mieux.	A
P5, 5S, R1, 68J, M2.1.	17	C'est comme un renouveau comme... tout était reparti à zéro quoi [...] j'ai eu tous les bénéfices.	ÇA m'a soigné.	A
P6, 1S, R1, 68J, M6.	6	Comme si j'avais pu enlever un peu mes soucis.	ÇA devient un peu moins pénible pour moi.	B
P7, 1S, R3, 40J, M6.	1	Je suis moins stressée.	ÇA m'a soulagée beaucoup beaucoup.	C
P8, 6S, R3, 77J, M2.2.	11	Je me sens mieux... pour moi dans tous les domaines on dirait que ça va mieux.	ÇA m'a donné plus de foi en moi.	A
P9, 1S, R1, 98J, M2.3.	15	J'ai appris à trouver ma place dans la vie, trouver mon équilibre.	ÇA va dans la bonne direction.	A
P10, 1S, R1, 31J, M2.1.	8	Il y a certains points négatifs que j'ai réussi à mettre derrière moi.	ÇA m'affecte plus tellement maintenant.	B
P11, 3S, R2, 122J, M2.2.	12	Je sens le changement je suis bien, plein de changements dans ma vie.	ÇA doit faire travailler vraiment.	A
P12, 4S, R3, 86J, M4.	1	Honnêtement je peux pas vous dire vraiment si ça m'a apporté quelque chose.	Il y a ÇA qui me bloque.	C
P13, 3S, R1, 77J, M5.	2	Pour moi rien n'a changé je suis toujours pareille dans le même état d'esprit.	Je n'arrive pas à surmonter ÇA.	C
P14, 4S, R1, 94J, M2.1.	19	J'ai l'impression que c'est une autre phase, une autre personne.	Je ne m'attendais pas à ce que ÇA me change comme ÇA.	A
P15, 5S, R1, 100J, M2.1.	4	Je pense pas avoir trop trop changé non plus.	Je ne sais pas ce qu'il faudrait que je fasse pour que ÇA change.	C
P16, 3S, R3, 96J, M3.	5	Ça m'a fait du bien ces quelques séances.	Je voyais ÇA fonctionnait beaucoup plus.	B
P17, 6S, R1, 118J, M3.	11	J'ai fait un cheminement, je suis quand-même mieux.	ÇA m'a permis d'avancer.	A
P18, 1S, R1, 19J, M2.1.	5	J'ai... comment dire ça une nouvelle vie, c'est une renaissance.	ÇA m'a vraiment aidé.	B
P19, 5S, R1, 114J, M2.1.	4	Je vois pas une grande amélioration.	Je verrai si vraiment ÇA fait un effet.	C

Tableau V.1 - Confrontation du score global avec les extraits reflétant au mieux l'évolution globale de chaque patient.

Légende de la colonne « Patients » : P (numéro du patient) ; S (nombre de séances réalisées) ; R (mode de recrutement) ; J (délai entre la 1^{ère} séance et le recueil par entretien, en jours) ; M (motif initial de consultation).

Légende de l'en-tête : Sc. (Score total) ; Gr. (Groupe du patient).

Nous constatons que l'évolution globale est très variable en fonction des patients (Figure V.1).

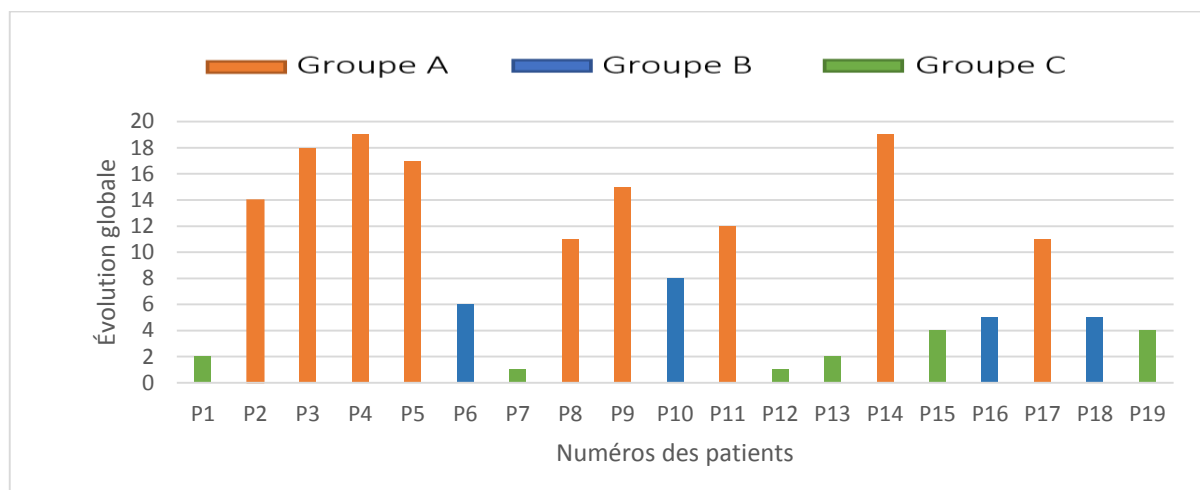


Figure V.1 - Répartition des patients selon leur évolution globale.

2. L'identification des mécanismes d'action :

2.1. L'apaisement et l'involontarité, l'exemple de P11 :

La mobilisation thérapeutique des patients a permis une transcendance affective, c'est-à-dire un dépassement de leur manière de se sentir, dans un mouvement allant de la souffrance vers l'apaisement.

L'apaisement nous semble être le changement le plus important ; pour plus de 42% des patients, il a été le premier élément à apparaître dans leur réponse à notre question d'ouverture (Tableau IV.2 : p68).

Ce réaménagement affectif nous semble être un processus non volontaire, et ce à plusieurs égards :

- Les patients n'ont pas fait appel à leur volonté et nous ont rapporté un changement spontané, alors qu'ils se trouvaient toujours dans la même situation de vie ;
- La prise de conscience du changement est survenue secondairement et parfois longtemps après l'intervention thérapeutique, il a pu être constaté par l'entourage avant que les patients ne s'en rendent compte eux-mêmes ;
- Les patients ont exprimé leur surprise lorsqu'ils ont constaté un changement en eux, sans pouvoir en donner une explication ;
- Ils nous ont rapporté que le Sentiment⁸⁴ n'évolue pas par une logique ou par un raisonnement, autrement dit, que la compréhension de la situation n'aboutit pas forcément à l'apaisement (Tableau V.2).

⁸⁴ Nous utilisons le mot « Sentiment » au singulier avec une majuscule pour désigner la somme de ce qui a été éprouvé par le passé, en contraste avec l'émotion qui est au Sentiment ce que la couleur est à l'arc en ciel.

Aspects	Extraits de P11
S'apaiser	« Comme je vous dis, je me sens bien je me sens mieux, je me sens mieux, je suis [...] par rapport à quelque temps de cela j'étais comme torturée ».
Avoir moins d'angoisse	« Quand je voyage autrefois, un mois avant je suis paniquée [...] et là dans une semaine je voyage, je pense <u>à rien</u> [...] je suis tranquille (rire) ».
Se réaménager spontanément	« C'est pas quelque chose que j'ai réfléchi oui pourquoi je suis machin, je vais réfléchir à telle chose, j'ai pas vu ce problème là... non, c'est venu spontanément ».
Prendre conscience secondairement	(Délai de 122 jours entre la 1 ^{ère} séance et le recueil) : « Je me suis rendue compte des changements il y a à peu près peut-être quoi 2 semaines pas plus hein, avant je me rendais pas compte trop trop non plus ».
Se surprendre de constater le changement	« Je suis étonnée, étonnée, étonnée parce que moi je vous dis hein, un mois avant (le vol) j'étais pas bien, et là pour le moment... tranquille ».
Comprendre ne permet pas forcément l'apaisement	« Même si j'avais pensé autrefois que... ah peut-être que mon problème venait de telle ou telle chose, je pense pas que j'aurais pu ... m'en sortir toute seule comme ça ».

Tableau V.2 - Illustration de l'involontarité du réaménagement affectif après les séances, l'exemple de P11.

Aussi, durant les séances :

- Les patients ont pu vivre un affect sans pouvoir lui donner une explication ni le rapporter à un fait précis ;
- Ils ont évolué malgré leurs représentations et leurs croyances vis-à-vis de l'Hypnose ;
- Ils se sont étonnés du décalage entre le déroulement des séances (où il ne se passe rien en apparence) et la survenue du changement (Tableau V.3).

Aspects	Extraits de P11
Vivre un affect sans pouvoir l'expliquer	« La dernière séance j'ai senti des larmes couler [...] je sais pas pourquoi , portant j'ai entendu rien que vous m'avez dit qui m'a fait couler les larmes, j'ai rien pensé [...] ça j'ai pas d'explication ».
Evoluer malgré la croyance	« Au départ j'étais un peu sceptique hein au niveau de machin, j'ai dit ben qu'est-ce qu'on fait là on fait rien, mais après c'est peut-être vrai que ça marche sur certaines personnes en l'occurrence moi ».
S'étonner du décalage avec les séances	« Je vois qu' il se passe pas grand-chose à part que je suis bien comme ça, mais je me posais quand-même des questions 'mais est-ce que dans la tête là ça va changer quelque chose ?' ».

Tableau V.3 - Illustration de l'involontarité du réaménagement affectif pendant les séances, l'exemple de P11.

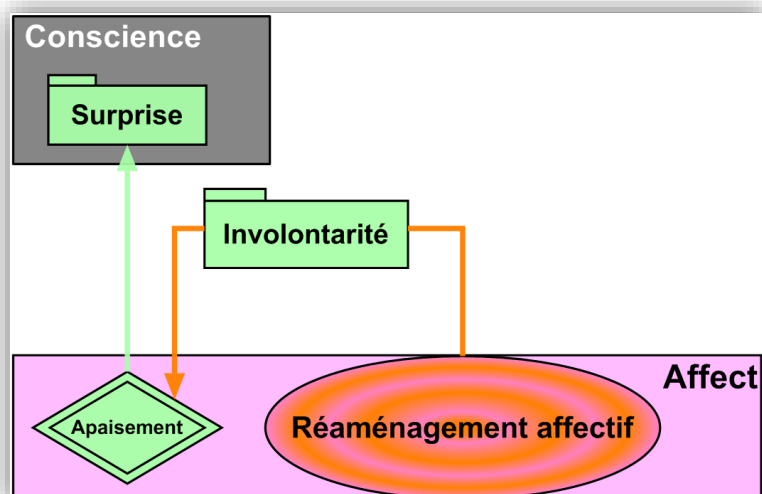


Figure V.2 - Construction du modèle synthétique, l’apaisement et l’involontarité.

La survenue de l’apaisement semble ne pas nécessiter de prise de conscience ni une compréhension de la situation, mais plutôt un réaménagement affectif.

Ce réaménagement est un processus non volontaire et inconscient. Il survient de manière spontanée à l’insu du patient dans un premier temps, et se révèle à sa conscience secondairement. Sa manifestation suscite l’étonnement et la surprise (Figure V.2).

2.2. Les visées et l’affect :

Le vécu n’est pas le fait (Tableau V.4) :

Notions	Extraits
Les patients vivent les événements extérieurs sous forme d’évènements intérieurs.	« Ma fille est avec quelqu'un elle est heureuse, mais pour moi il m'a volé ma fille »* P11.
Ils ne se rappellent pas d’un fait mais d’une réalité personnelle.	« Au moment de l'enterrement il y a eu un chant qui m'a rappelé que la première fois j'avais entendu ce chant (le fait) c'était pour l'enterrement de mon père [...] et ben j'ai pleuré (la réalité personnelle) » P13.
Les faits sont passés, les vécus demeurent actifs.	« Je me suis dit pour ton bien-être il est préférable d' aller postuler ailleurs [...] le travail qui me fait rappeler à ma propre vie, il y a un peu de mon passé » P18.
Les patients ne perçoivent pas le réel tel qu’il est mais tel qu’ils sont capables de le percevoir.	« Ça m'a interpellé l'exercice (fermer les yeux et dire ce qu’il y a sur le bureau), on ne voit que ce qu'on a besoin de voir au fait , on n'est pas totalement objectifs »* P2.
Cette différence entre le réel et la réalité personnelle peut être aperçu dans le lapsus de P2.	« En termes de <u>conscience</u> j'ai l'impression de porter un regard plus <u>conscient</u> sur la réalité (rectifie) ma réalité en tout cas » P2.

Tableau V.4 - Illustration de la différence entre le fait et la réalité personnelle.



Cette manière personnelle du patient de viser le monde est à l'image d'un opérateur qui cadre et focalise sur certaines choses et délaisse d'autres, en fonction de ce qu'il est. Il ne filme pas la réalité telle qu'elle est mais telle qu'il est capable de la voir.

Le patient se rappelle d'un vécu personnel et non d'un fait.

La construction pathétique de la réalité :

- ❖ Construire sa réalité à partir d'éprouvés, l'exemple de P12 (Tableau V.5) :

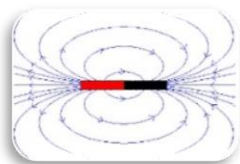
Notions	Extraits de P12
La manière personnelle d'avoir expérimenté le passé correspond à une impression sensible chez les patients.	« C'est peut-être un peu un manque de... d'affection [...] j'ai pas vraiment connu la vie de famille ».
Celle-ci oriente leurs visées d'aujourd'hui et les portent vers telle ou telle situation.	« Avec elle (une autre femme que son épouse) je ressens des choses que je n'avais pas avant [...] c'est une femme plus ouverte plus attentive ».
Elle les amène vers ce dont ils ont besoin, et non vers le meilleur choix rationnel pour eux.	« Si je suis comme ça c'est parce que je le fais pas par plaisir parce que moi-même je me sens mal en étant comme ça quoi ».
Les patients diront : « C'EST plus fort que MOI ».	« J'ai rencontré une dame au travail [...] mais comme je suis marié j'ai décidé de ne plus la voir, mais c'est plus fort que moi ».

Tableau V.5 - Illustration de la construction de la réalité personnelle à partir d'affects, l'exemple de P12.

- ❖ Construire les liens à l'autre à partir d'éprouvés (Tableau V.6) :

Notions	Extraits
Le Sentiment détermine la manière d'être du patient avec l'autre.	« Quand j'ai rencontré quelqu'un qui était bisexuel, ça je ne me le pardonnerai jamais [...] depuis ce temps-là je fais plus confiance à personne » P13.
Car l'autre n'existe pas pour le patient dans sa réalité, mais dans sa manière de le sentir.	« Quand on se met en colère au fait c'est notre propre colère [...] il faut savoir la lire au fait, pour quoi chez tel individu nous révèle telle part de nous-même » P2.
Ce Sentiment tend à engendrer un contexte...	« Ce sont des choses qu'on provoque , quand on a un différend avec une personne, il est vraisemblable que c'est nous qui avons provoqué ce différend » P2.
... Et à reproduire un type de lien.	« Elle (sa mère) a l'impression de pas avoir été assez présente pour chacune d'entre nous [...] donc j'essaye de donner à mes enfants l'attention [...] et moi je crois qu'il m'a manqué de l'attention » P5.
Son réaménagement produit une évolution de la dynamique relationnelle.	« J'ai l'impression que le fait que j'aie mieux lui aussi ça l'a... ça l'a apaisé [...] peut-être un déclic où il a senti que j'allais mieux et que lui aussi il avait besoin de ça pour venir vers moi » P5.

Tableau V.6 - Illustration de la construction du lien à l'autre à partir d'affects.



Les affects mettent en mouvement, ils rapprochent ou éloignent, attirent ou repoussent les choses et les êtres à la manière d'un aimant.

❖ La certitude conceptuelle et pathétique (Tableau V.7) :

Notions	Extraits
Il existe une différence entre concevoir intellectuellement et expérimenter.	« Avant je l'endormais mais je l'avais... bon je l'avais pas expérimenté on va dire » P2.
Les patients considèrent les choses comme vraies non pas parce qu'ils les pensent, mais parce qu'ils les ressentent comme vraies.	« Concernant ma thérapie, ÇA m'a donné plus de foi en moi pour dire tu vas réussir [...] je sens que j'ai plus confiance en l'avenir, je sens que ça ira mieux » P8.
Cette certitude pathétique (foi) est différente de la certitude conceptuelle (conviction).	« Avec le recul avec une certaine introspection, je sens que j'ai les capacités [...] c'est pas que je pense, je suis sûre d'en être capable » P5.
Pendant les séances, les patients cherchent une confirmation en eux-mêmes, à travers ce qu'ils ressentent.	« ÇA m'a réconforté parce que enfin je savais déjà donc ÇA a confirmé la chose [...] de voir que je me trompais pas sur ce que je pensais » P16.

Tableau V.7 - Illustration de la certitude pathétique.

Cette intime conviction tend parfois à se confirmer, le patient adopte les mêmes comportements et peut se retrouver souvent dans les mêmes situations tant que le Sentiment qui les engendre ne s'est pas transformé. Ces scénarii ne sont pas toujours accessibles à la volonté (Tableau V.8).

Aspects	Extraits de P15
La certitude pathétique	« Je sens que je vais pas y rester longtemps (dans son travail actuel), j'ai ce sentiment-là que ça va pas durer ».
Les scénarii engendrés	« Il arrive toujours un clash surtout dans mon boulot, tous dans <u>tous</u> les boulots [...] pourtant ça se passe bien hein ».
Le comportement engendré	« Je fais mon travail mais j'ai pas envie trop de m'investir non plus parce que voilà après je suis déçue après ».
L'involontarité	« Je ne sais pas ce qu'il faudrait que je fasse pour que ça change »*.

Tableau V.8 - Illustration de la répétition des situations en fonction de la certitude pathétique, l'exemple de P15.

La mobilisation thérapeutique :

Lors des séances, nous n'avons pas fait appel à la volonté du patient, nous avons plutôt cherché à mobiliser son Sentiment afin qu'il puisse dépasser ses limitations et accéder à de nouveaux processus d'intégration (Tableau V.9).

Dimensions	Extraits de P15.
Conceptuelle	« Je réalise que je pourrais améliorer certaines choses, pour avoir de l'attention il faut que j'en donne aussi ».
Existentielle	« J'ai l'impression que je réfléchis un peu plus, peut-être que je prends des initiatives peut être un peu plus aussi ».
Affective	« J'ai beaucoup pris sur moi, avant je prenais les choses mal on dirait [...] j'accepte facilement quand-même les critiques ».

Tableau V.9 - Dépassement de la dualité en visant la dimension affective, l'exemple de P15.

Ce n'est pas les évènements eux-mêmes qui sont ciblés, mais plutôt la manière personnelle du patient de les avoir vécus, afin qu'elle puisse se transformer (Tableau V.10).

Visées antérieures	Evolution des visées
« Mon fils a eu une maladie incurable et il en est décédé, c'était trop dur de vivre tout ça »* – « celui (l'enfant) qui est décédé en moto, ben moi j'étais beaucoup touchée » P17.	« Maintenant je me dis non chacun son truc moi j'ai eu ma part » P17.
« Quand j'ai appris déjà la maladie de mon père [...] d'où après les crises d'angoisse la dépression » P3.	« Maintenant j'arrive un peu mieux à gérer mes émotions et à vivre avec sa maladie (de son père) » P3.

Tableau V.10 - Evolution des visées après la mobilisation thérapeutique.



L'éprouvé apparaît comme fondamental chez le patient (dans le sens qu'il le fonde), car il sous-tend sa perception et oriente son action, il est à l'image d'un réacteur d'une centrale nucléaire dont le fonctionnement détermine tout le reste.

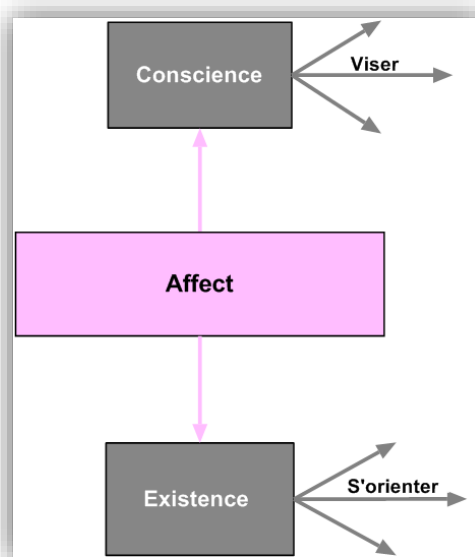


Figure V.3 - Construction du modèle synthétique, les visées et l'affect.

Le patient constitue sa réalité intérieure et son rapport à l'existence à partir d'un affect (Figure V.3).

2.3. La dynamique de la transe et l'acquisition de praxies :

Nous avons vu que l'affect est axiologique, dans la mesure où il oriente au monde et sous-tend la conscience. Dès lors, l'intervention thérapeutique va consister à transformer cet affect, c'est-à-dire faire murir ce qui est éprouvé en Soi.

Ce réaménagement affectif va alors aboutir à l'acquisition de nouvelles praxies pour orienter le patient différemment dans son rapport à lui-même et dans son rapport au monde.

Nous nous sommes posé la question de savoir comment s'opère ce réaménagement. Pour y répondre, nous allons analyser le lien entre sa survenue et la dynamique de la transe.

Le retour à l'intériorité et le dévoilement des possibles, l'exemple de P2 :

Pendant les séances d'Hypnopraxie, les patients prennent un moment pour eux-mêmes durant lequel leur attention est orientée vers leur intimité sensible. Dans cette intériorité, ils s'absorbent en eux-mêmes et lâchent prise pour laisser surgir ce qui a besoin de s'exprimer en eux.

Ce qui est vécu ne correspond pas à la logique rationnelle habituelle ; les patients peuvent avoir une impression de confusion ou de paradoxe. Aussi, ils rapportent une sensation de bien-être pendant et après les séances, et parfois un vécu difficile (Tableau V.11).

Aspects	Extraits de P2
Revenir à Soi-même	« La démarche principalement intéressante dans... c'est l'attention qu'on va apporter à soi , à travers une démarche d'aller vers vous ou faire de l'Hypnopraxie ».
Dans le moment présent	« C'est un moment privilégié à soi, ça permet un retour à soi, de goûter à l'ici et maintenant ».
S'absorber	« C'est une fois que je suis revenu que je me suis rendu compte que j'étais parti, je me faisais reprendre par mes ronflements ».
Une logique propre	(Après la 3 ^{ème} séance) : « Je suis parasité par des moments du quotidien avec des réminiscences de la petite enfance tout ça mélangé , c'est intéressant »*.
Se sentir bien pendant la séance	« Vous me parliez j'étais allongé, j'ai eu une sensation de bien-être avec des vagues , c'est très difficile de décrire au fait, des vagues de bien être ».
Se sentir bien après la séance	« Quand je ressors je suis bien [...] une sorte de bien être ça c'est indéniable ».
Un vécu difficile	« Pendant l'effort d'une heure-là j'en chie on va utiliser [...] un état d'ébriété sans avoir bu (sourire), cette notion m'était un vrai inconfort... ».

Tableau V.11 - Illustration du vécu des séances après le retour à l'intériorité, l'exemple de P2.

Le retour à l'intimité sensible dans « l'ici et maintenant » aboutit à un réaménagement affectif. Un apaisement et un détachement peuvent alors s'opérer de manière non volontaire, ce qui peut susciter l'étonnement et la surprise.

Ce retour ouvre les patients sur de nouvelles possibilités ; ils se considèrent différemment qu'auparavant, le vécu des situations est renouvelé, ainsi que l'orientation aux autres et au monde (Tableau V.12).

Aspects	Extraits de P2
Evolution involontairement	« J'ai l'impression qu'il y a des déclics , je sais pas en termes de synchronicité ».
Se surprendre	« Le soir ben étonnamment j'ai pas beaucoup faim, je mange très peu le soir » – (En attente d'une proposition professionnelle depuis 1 an) : « là bizarrement... sans que je fasse quoi que ce soit on me contacte [...] je peux pas expliquer ça ».
S'apaiser	« Mes peurs peu à peu s'estompent ». « Je m'endors très rapidement sans me prendre la tête ».
Se détacher	« Un plus grand détachement s'opère en moi » – « Alors ça effectivement c'est quelque chose qui a changé, d'avoir la main mise sur les choses ».
Se considérer	« L'enjeu c'est... c'est vivre, en harmonie avec l'autre avec la société, mais sans s'oublier , ça c'est vraiment le plus important ».
Prendre conscience de sa réalité	« Cette introspection permet effectivement de... de réaliser qu'il y a rien de plus important que soi , du soi pas du moi hein » – « La prise de conscience principale c'est que je pense que je me suis un peu oublié ».
Se réaliser	« Ce recentrage sur moi-même effectivement me permet de me réaliser , il y a vraiment quelque chose de profond qui se passe là en ce moment ».
Changer de regard	« En termes de <u>conscience</u> j'ai l'impression de porter un regard plus conscient sur la réalité (rectifie) ma réalité en tout cas ».
Le rapport aux autres	« L'estime de moi-même c'est dans ce rapport à l'autre dans un rapport plus-plus , plutôt qu'un rapport plus-moins ».
Etre dans le monde	« C'est que je me suis réconcilié avec la vie , j'ai envie de vivre au fait » – « C'est... vraiment ma vie se réoriente ».
Se responsabiliser	« J'ai pris sur moi d'aller voir au fait un coaching sportif [...] un coaching nutritionnel, donc j'ai depuis là perdu du poids, 4-5 Kg à peu près [...] donc il y a une reprise en main de mon corps ».
Considérer la mort	« Je prends conscience de ma finitude, mais justement la mort est plutôt là pour me faire apprécier le présent ».

Tableau V.12 - Illustration du dévoilement des possibles à travers le retour à l'intimité, l'exemple de P2.



L'orientation de la conscience du patient vers son intériorité lui permet de se dé-voiler, à l'image d'un spectateur qui découvre les coulisses d'un théâtre, au-delà du rideau rouge.

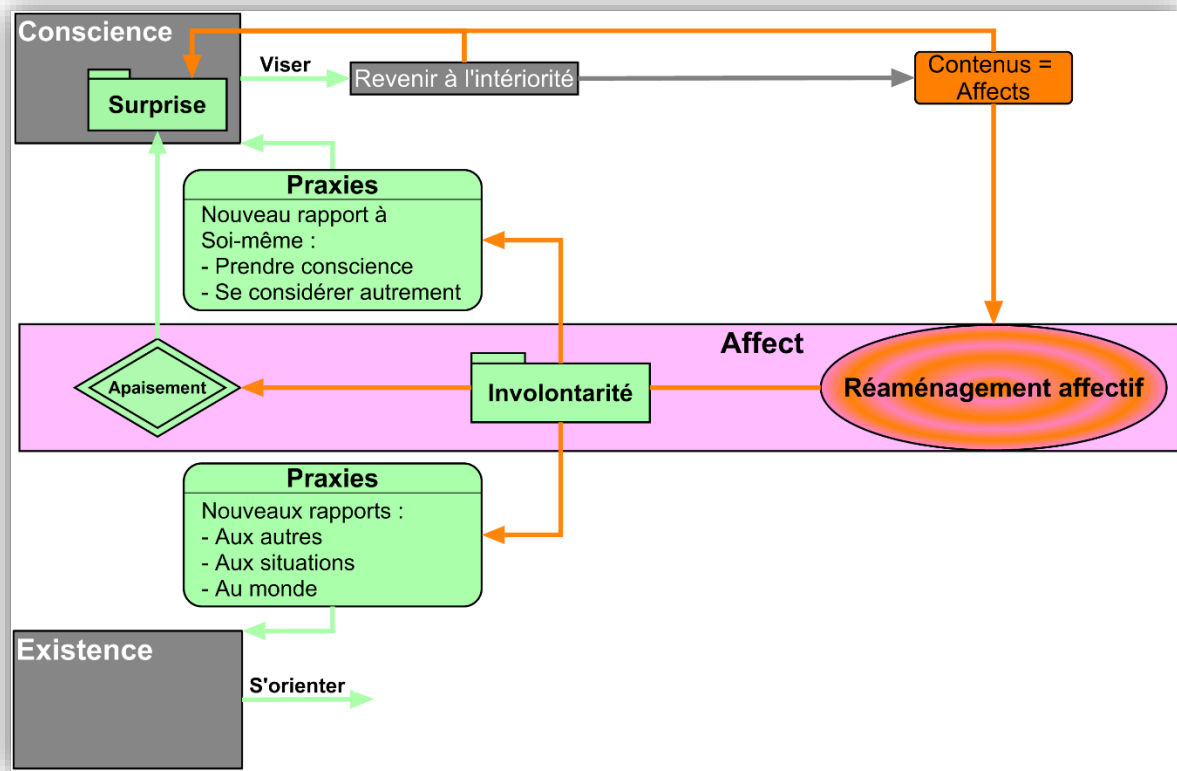


Figure V.4 - Construction du modèle synthétique, le retour à l'intimité et le dévoilement des possibles.

Le réaménagement affectif s'opère chez le patient après un retour à son intimité sensible. Dans cette intimité, il fait l'expérience des éprouvés antérieurs, ce qui dévoile chez lui de nouvelles potentialités (Figure V.4).

Les expressions corporelles et l'acquisition de praxies, l'exemple de P5 :

La transe Hypnopraxique correspond à des moments où c'est le Sentiment qui est mobilisé, et non seulement le psychisme.

Nous observons pendant les séances un changement de la tonicité corporelle qui est concomitant avec le changement des états affectifs, comme si les affects éprouvés par les patients s'expriment matériellement sous forme de manifestations corporelles involontaires ou de sensations particulières.

Ces expressions peuvent correspondre à une libération d'affects latents et stagnants chez les patients, les séances sont une occasion pour eux de les laisser surgir, avec parfois des réactions explosives, comme s'il s'agissait d'une « transe affective » (Tableau V.13).

Aspects	Déroulement / Extraits de P5
Manifestations corporelles	Spasmes de la face suite à <i>'pouvoir être'</i> , lors de la 1 ^{ère} séance.
Expressions d'affect	Eclats en sanglots à 3 reprises suite à <i>'se sentir considérée'</i> , <i>'être à l'écoute de soi-même'</i> , et <i>'accueillir tout ça'</i> , lors de la 1 ^{ère} séance.
Le sentiment de libération	« De voir comment en étant à moitié endormie [...] puis de pleurer et puis au final de me sentir libérée , ça ça m'a marquée ». « Je me sentais angoissée plutôt déprimée, et depuis que je fais les séances c'est comme si j'étais libérée au fait ». « Ça m'a libérée de mes tensions , et j'ai l'impression que j'arrive à mieux gérer les conflits (sourire)... alors qu'avant à chaque fois je me sentais agressée ». « De voir comment je me suis libérée au fil de ces séances , c'est ça qui m'a marquée vraiment ».

Tableau V.13 - Illustration de la valeur libératoire des expressions affectives durant les séances, l'exemple de P5.



Le thérapeute, en accueillant la sensibilité profonde de son patient, agit comme un révélateur ou un « accoucheur d'âme », ceci fait référence à la maïeutique de Socrate, à la différence qu'il ne s'agit pas de faire accoucher des connaissances, mais plutôt des affects.



Les réactions émotionnelles intenses ou explosives surgissent comme si elles étaient sous pression, à l'image d'une éruption volcanique.

Aussi, la composante corporelle révèle ce qui est éprouvé. Il s'agit d'un langage parlant que les patients peuvent exprimer dans leur langage parlé, à travers des expressions relatives à leur dimension corporelle (Tableau V.14).

Aspects	Extraits de P5
Le langage parlant (les expressions physiques)	« Ma mère elle me voit plus... elle voit que je vais mieux au fait physiquement [...] une photo de moi au début et à la fin c'est carrément l'opposé ».
Le langage parlé (le discours verbal)	« Je me sens beaucoup mieux dans ma peau ».

Tableau V.14 - Illustration du lien entre ce qui est éprouvé et ce qui est exprimé physiquement, l'exemple de P15.

Durant la transe, les patients ré-éprouvent leur Sentiment afin qu'il puisse se renouveler et murir. Cette maturation affective est corrélée à un changement de leurs praxies ; ils se dégagent de leurs fixations antérieures et réévaluent (dans le sens donner de la valeur) les choses (Tableau V.15).

Rapport	Aspects	Extraits de P5
A Soi-même	S'apaiser	« J'arrivais à mes limites quoi, alors que maintenant c'est comme si tout s'était apaisé ».
	Se retrouver	« C'est comme si j'étais perdue et là j'ai l'impression d'avoir retrouvé... de m'être retrouvée au fait ».
	Se valoriser	« Il y a des choses que je n'accepterai plus , donc s'il y a un souci je n'hésiterai pas à en faire part, alors qu' avant je me faisais je ramassais tout jusqu'à ce que j'en puisse plus ».
	Réaliser	« Je sais surtout ce que je veux plus vivre, alors qu'avant [...] j'arrivais pas vraiment à mettre le doigt dessus [...] c'est comme si vous m'aviez ouvert les yeux ».
	Se découvrir	« Ben (j'ai réalisé) que j'étais capable de faire certaines choses alors qu'avant je me sentais pas capable, d'affronter des situations, je me sens plus adulte peut-être ».
	Envisager la mort	« Bizarrement avant peut-être que (la mort) ça me faisait peur [...] je me sens sereine par rapport à tout ça ».
	Le symptôme physique	« Un moment donné ÇA s'est calmé hein pendant les séances qu'on faisait j'avais plus du tout ce problème-là (d'estomac) ».
	Le symptôme psychoaffectif	« Les tensions sont apaisées chez moi [...] je dors très bien la nuit ».
Aux autres	S'apaiser dans les relations	« Je suis moins agressive aussi parce que j'étais tellement pas bien que je devenais agressive ».
	Mieux communiquer	« On arrive un peu à échanger mieux qu'avant , alors qu'avant il y avait vraiment aucun échange entre nous hein ».
	Se détacher	« J'attends pas qu'il (son mari) change hein, il est comme il est, soit je l'accepte comme il est soit je m'en vais, c'est le constat que j'ai réussi à faire ».
Aux situations	Affronter	« Maintenant j'affronte, avant... avant je parlais plutôt en larmes , mais j'ai l'impression que maintenant quand il y a un souci ben je suis là j'écoute et je réponds ».
	Elargir les possibles	« J'avais la peur de me retrouver seule avec mes enfants, comme je vous dis je me sens capable hein aujourd'hui [...] tout ce que j'arrivais pas à voir avant ».
Au monde	Etre dans le monde	« Avant j'ai l'impression que j'étais complètement dans le noir alors que là c'est comme si tout était clair autour de moi , mais vraiment hein ».
	Se responsabiliser	« Là je prends certaines choses en main ».
	Reconsidérer les priorités	(Priorités ?) : « Mes enfants, moi et si ça marche bien le couple, et si ça marche pas tant pis, alors qu'avant les priorités étaient qu'on s'entende bien le couple ».
Autres aspects	La certitude pathétique	« Avec le recul avec une certaine introspection je sens que j'ai les capacités et la force, [...] je me sens capable, c'est pas que je pense je suis sûre d'en être capable ».
	La surprise	« Quand j'ai vu le résultat j'étais surprise »*.
	L'involontarité	« Je me suis même pas rendue compte, à un moment donné je me suis réveillée j'ai vu que je me sentais mieux » – « J'ai rien changé dans ma vie hein, j'ai... j'ai eu tous les bénéfices ».

Tableau V.15 - Acquisition des nouvelles praxies suite à la maturation affective, l'exemple de P5.



Le Sentiment a besoin d'être (ré)éprouvé pour pouvoir mûrir et se renouveler, à l'image de la maturation d'un fruit qui nécessite d'être exposé aux éléments de la nature.

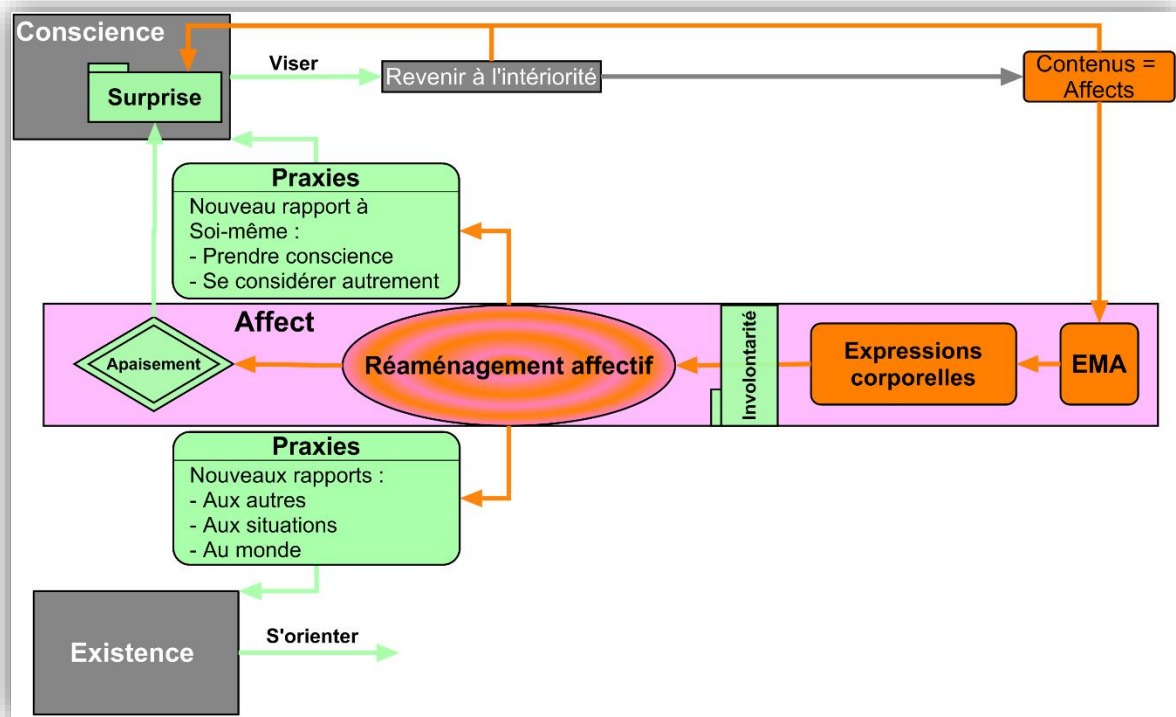


Figure V.5 - Construction du modèle synthétique, les expressions corporelles et l'acquisition de praxies.

Le Sentiment (la somme de ce qui a été éprouvé) semble être inscrit dans la dimension corporelle et s'exprimer à travers elle de manière inconsciente, lors de la mobilisation thérapeutique. Son expression peut correspondre à une maturation affective qui est corrélée à l'acquisition de nouvelles praxies.

Durant la transe, les patients se trouvent dans un état modifié d'affects, et non seulement un état modifié de conscience. Le cheminement consiste pour le patient à (ré)apprendre à éprouver, il s'agit d'une rééducation affective (Figure V.5).

2.4. Les mécanismes de défense et l'affect, l'exemple de P13 :

Nous observons chez les patients un décalage entre ce qui est conçu d'une part, et ce qui est éprouvé et exprimé dans la dimension corporelle d'autre part. Un autre décalage est également possible entre les actes du patient et son monde extérieur.

Ces dissociations témoignent d'une rupture avec sa propre sensibilité et mesurent la difficulté de contact à soi-même. Elles peuvent se manifester sous plusieurs formes (Tableau V.16).

Manifestations de la dissociation	Extraits de P13
Ne pas vouloir revenir sur son expérience personnelle ou sur ce qui touche sa sensibilité.	« (Revoir le passé) ça n'apporte rien de bon [...] moi je vais pas revenir sur ma vie hein ».
Orienter son attention vers le monde extérieur pour ne pas revenir à Soi.	« Je m'occupe, donc je n'ai pas besoin de réfléchir sur ma vie » – « Ça ça a toujours été ma devise vers l'avant pas vers l'arrière ».
Montrer une autre image de ce que l'on est réellement.	« Je veux pas que les autres aient besoin de s'occuper de moi ».
Vouloir quelque chose sans pour autant pouvoir le faire (cf. « C'EST plus fort que MOI » : p80).	« Je grignote je prends mes sucreries [...] je dis non je vais pas le faire parce que trop c'est trop et puis 2 jours après je vais recommencer ».
Ne pas comprendre (avec sa conscience) ce qui est exprimé dans son corps (en rapport avec son affect).	« Je veux comprendre pourquoi je prends du poids, ça me tracasse et pourtant je suis de bonne volonté »*.
Considérer le corps comme une entité dissociée de soi, ou comme un objet matériel indépendant de ce que l'on peut éprouver.	« De toute façon moi c'était pas l'esprit que je voulais changer hein c'était le corps ».
Considérer que les choses sont figées de manière définitive.	« Je peux pas faire autrement, donc les choses sont ce qu'elles sont donc ça reste comme ça [...] on est <u>obligé</u> de l'accepter puisqu' on peut pas le changer ».
Ne pas faire le lien entre ces symptômes et sa situation d'existence.	« Je me sens seule mon fils me manque, je ne manque à personne mais ça ne me dérange pas, tout ce que je veux c'est de perdre du poids »*.

Tableau V.16 - Manifestations de la dissociation, l'exemple de P13.



La dissociation du patient de lui-même est à l'image d'un masque qu'il utilise pour cacher aux autres (et à lui-même) ce qu'il éprouve réellement.

La Séance d'Hypnopraxie a un aspect thérapeutique mais également diagnostique (Tableau V.17) :

Résistances	Déroulement / Extraits de P13
Expression corporelle	Lors de la 3 ^{ème} séance, P13 a tourné la tête du côté opposé suite à 'se rappeler de ce qui a été oublié'.
Se retirer (subtilement) de la séance.	« On peut penser n'importe quoi à ce moment-là » – « Je voulais laisser libre court à mon imagination pour ne pas revenir là-dessus ».
Réponse à ce qui remonte	« Les oublier au plus vite les ranger dans le tiroir où ils étaient et refermer le tiroir ».

L'involontarité	« Ça fait remonter des choses que je ne voulais pas voir [...] j'ai mis beaucoup de temps à enfouir tout ça, et depuis la dernière séance ça remonte et je ne veux pas être dans cet état ».
-----------------	--

Tableau V.17 - Manifestations de la résistance pendant les séances, l'exemple de P13.

À travers les indices d'expressions corporelles, le patient révèle sa capacité (ou non) à faire lien avec son affect.

Par ailleurs, nous distinguons deux sortes de résistances (Tableau V.18) :

Les résistances conscientes (ou de surface) : elles sont liées à des raisons logiques, mais lorsque la première barrière consciente est franchie, le patient adhère au processus et arrive à lâcher prise (cf. L'évolution des représentations vis-à-vis de l'Hypnose : p109).

Les résistances inconscientes (ou de fond) : les patients veulent faire de l'Hypnose et pourtant, ne parviennent pas à lâcher prise.

Type de résistance	Extraits
Consciente	« Au début je croyais pas , mais après finalement ça... ça fait son petit chemin » P14.
Inconsciente	« Je me retenais beaucoup dans les séances, il y a des moments où on a l'impression qu'on peut lâcher mais après on se retient on revient » P15.

Tableau V.18 - Illustration des deux types de résistance : consciente et inconsciente.

Ces dissociations surviennent lorsque ce qui est éprouvé (le SOI) est trop intense pour être accepté par la conscience (le MOI), autrement dit, lorsque le patient n'arrive pas à réintégrer son affect. Dès lors, les mécanismes de défense apparaissent comme utiles pour lui.

Une fonction d'équilibre, l'exemple de P13 :

Les mécanismes de défense sont une manière qu'a le patient de se protéger de ce qu'il pourrait être amené à vivre, en évitant la confrontation avec lui-même, dans la mesure où il tend à se retirer de ce qui est douloureux pour lui (Tableau V.19).

Extraits de P13
« Qu'est-ce que je protège moi ? De la souffrance , je ne <u>veux pas</u> souffrir oh ça non ».
« Regarder en arrière ça fait remonter des souffrances ben à quoi ça sert de souffrir ? ».
« Je n'arrive pas à surmonter ÇA ».
« Il faut aller remuer tout ça ah non [...] je ne veux pas justement que ça fragilise cette carapace [...] parce que sinon ça amenait à la dépression et ça non ».

Tableau V.19 - Extraits de P13 relatifs à la fonction de protection des mécanismes de défense.



Les mécanismes de défense sont une manière pour le patient de se protéger de ce qui pourrait être dur à éprouver, à l'image d'une carapace qui sert à protéger ce qui est fragile à l'intérieur.

Cette fonction de protection et d'équilibre implique que le thérapeute accorde de l'importance à ce qui se passe chez le patient (sa réalité intérieure), plutôt qu'à ce qu'il pense de ce qui se passe (ses représentations mentales).

Cette attitude thérapeutique aide le patient à revenir à lui-même pour qu'il puisse s'ouvrir sur d'autres possibles (Tableau V.20).

Aspects	Déroulement / Extraits de P13
Revenir à son expérience personnelle	« J'ai vécu autre chose, et il y a des moments où bon ça fait quand-même du bien d'essayer de revenir sur sa vie ».
	« Ça m'a fait penser justement que j'ai dû élever mon fils seule et cette coupure qui s'est passée là ».
	« Même si je ne veux pas remémorer tout ce qui s'est passé avant [...] en même temps ça vous fait réfléchir sur votre vie etc. ».
Se reconnecter à son intimité	(A la fin de la 2 ^{ème} séance, écoulement de larmes , se frotte les yeux puis se ressaisi) : « tiens, pourquoi je me frotte les yeux ? C'est surprenant ça »*.
S'ouvrir sur d'autres possibles	« Maintenant [...] je n'hésiterai pas à me mettre à l'arrière mais d'essayer (de faire les chorégraphies) quand-même, et avant je n'aurais jamais osé faire ça »
	« J'ai toujours eu un très grand manque de confiance en moi ça ouf [...] elles (des amis) trouvent que maintenant j'ai beaucoup plus d'assurance qu'avant ».

Tableau V.20 - Retour du patient à lui-même après la mobilisation de la sphère affective, l'exemple de P13.

Les mécanismes de défense ont une fonction protectrice, ils protègent le patient de la souffrance et font partie d'un équilibre qu'il trouve à sa situation d'existence.

Une tentative d'intégration :

Le symptôme est comme une écharde dans le corps, il permet de reconnecter le patient à lui-même et révèle à la conscience sa souffrance. Il émane du patient et peut raconter quelque chose de son Sentiment (Tableau V.21).

Aspects	Extraits
Reconnexion à Soi-même.	« Les vertiges m'ont ramené à se questionner sur la question de la mort » P2.
Révélation à la conscience.	« J'ai remarqué que les palpitations sont en rapport avec l'anxiété »* P17.
En rapport avec le Sentiment.	« J'avais eu une douleur dans le bras et au niveau de la poitrine, c'était par rapport à ÇA [...] dû au stress » P4.

Tableau V.21 - Illustration de l'utilité du symptôme.



Le symptôme est un langage parlant et révélateur, à l'image d'un voyant sur le tableau de bord d'une voiture qui signale un dysfonctionnement dont il faut s'occuper.

La demande du patient paraît alors paradoxale, il veut se débarrasser de son symptôme, alors qu'en même temps il lui reconnaît une utilité (Tableau V.22).

Aspects	Extraits de P1
Vouloir s'en débarrasser.	« J'accepte pas trop ça (les douleurs) ça me met en rogne quoi, et je comprends toujours pas pourquoi (en riant) ».
Lui reconnaître une utilité.	« Je sais qu'il y a une utilité à ces douleurs ».

Tableau V.22 - Illustration de l'aspect paradoxal de la demande du patient, l'exemple de P1.

Le symptôme rappelle le patient à l'ordre et le renvoie à lui-même. Partant de là, nous pouvons nous interroger sur la finalité de la thérapie ; s'agit-il de supprimer le symptôme gênant ? Ou plutôt d'explorer ce qu'il pourrait révéler de la réalité du patient ?

Entre vouloir et pouvoir, l'exemple de P9 :

Le modèle de l'anorexie illustre bien la dissociation entre le vouloir et le pouvoir. Lorsque le premier domine le deuxième, le patient se dissocie de lui-même et de sa situation d'existence.

La mobilisation thérapeutique va alors l'aider à redonner de l'importance au pouvoir d'être pour se reconnecter aux autres et à son environnement (Tableau V.23).

Aspects	Extraits de P9
Se dissocier	« Avec mon premier enfant, j'avais jamais eu de relation fluide avec lui, ça a toujours été... je me mettais à part, je pouvais jamais lui faire un câlin lui dire que je l'aimais ».
Se reconnecter à Soi-même	« J'étais anorexique, je mangeais plus , j'étais <u>toute</u> maigre, et là j'ai grossi [...] j'ai pris quelques kilos en même pas 2-3 mois ».
Se reconnecter aux autres	« Je peux partager un moment tranquille avec lui, sans que je le repousse [...] maintenant oui, maintenant je demande des câlins je lui dis que je l'aime ».
Se reconnecter à l'environnement	« Je me sentais ni femme ni maman, mais maintenant j'ai appris à être femme, j'ai appris à trouver ma place dans la vie , trouver mon équilibre ».

Tableau V.23 - Redonner de l'importance au pouvoir d'être à travers la mobilisation thérapeutique, l'exemple de P9.

L'anxiété et la prise médicamenteuse, l'exemple de P3 :

L'anxiété suscitée par la manière d'envisager la mort (et par extension la maladie) influence la situation présente du patient au-delà de son vouloir. Lorsqu'il n'arrive pas à y faire face, elle peut engendrer chez lui des symptômes et l'amener à prendre des traitements pharmacologiques pour l'aider à mieux la vivre (Tableau V.24).

Aspects	Extraits de P3
La subjectivité affective	« Quand j'ai appris déjà la maladie de mon père [...] d'où après les crises d'angoisse la dépression ».
Les symptômes	« J'avais beaucoup peur de la mort [...] d'où le soir j'avais peur de dormir [...] ça me faisait peur donc je dormais très peu ».
La prise médicamenteuse	« Il y avait Sertraline 3 le soir 150 et Seresta° 10 , je prenais 6 par jour 2 le matin 2 le midi 2 le soir, et 1 au cas où je fais des crises d'angoisse ».
L'involontarité	« Je pouvais pas contrôler ça (les crises d'angoisse) [...] ils (sa famille) voulaient m'aider mais ils voyaient que je pouvais pas m'en sortir ».

Tableau V.24 - Illustration de l'impact de l'angoisse chez le patient, l'exemple de P3.

Le réaménagement de la dimension sensible du patient lui permet de se positionner autrement, les symptômes s'améliorent et le sevrage médicamenteux (progressif avec un suivi rapproché) devient possible, sans pour autant faire appel à sa volonté.

D'autres effets peuvent se produire par ailleurs, notamment sur la sexualité et sur la qualité de vie (Tableau V.25).

Aspects	Extraits de P3
L'atténuation de l'angoisse	« Maintenant ça va quand il y a des crises (d'angoisse) qui vient je... je gère [...] je m'affole pas j'ai moins peur, ça passe plus vite ».
Le rapport à la mort	« On va tous partir un jour profites de la vie , et effectivement ça marche il y a moins d'angoisse ».
L'amélioration des symptômes	« Dans la nuit ça va je m'endors facilement ».
L'arrêt de la prise médicamenteuse	« Avant j'avais peur de ça et je pouvais pas m'en sortir, donc j'ai réussi à m'en sortir sans être dépendant des médicaments ».
La sexualité	« Ben mieux donc c'était bien la Sertraline j'ai remarqué, il y a plus ce retard [...] le plaisir est différent, ça revient comme avant quand j'étais jeune ».
La qualité de vie	« Je suis moins renfermé chez moi je sors plus, parce qu'avant j'avais peur d'aller à... à Saint-Denis [...] de peur d'avoir une crise d'angoisse ».

Tableau V.25 - Illustration de l'évolution du patient après la mobilisation de sa sphère affective, l'exemple de P3.

Ce sentiment est vécu comme inconfortable, mais en même temps, c'est lui qui met le patient en quête de lui-même et l'invite à se dépasser pour accéder à quelque chose de nouveau (Tableau V.26).

Aspects	Extraits de P3
Le vécu inconfortable	« Je m'affolais beaucoup [...] quand j'étais pas bien même si c'était pas grave, il fallait aller soit chez le médecin soit aux urgences pour être rassuré ».
Le dépassement de soi	« Je me suis découvert des capacités que je peux gérer mes émotions par moi-même et sans médicaments contrairement à avant ».

L'orientation au monde	« J'ai appris à maîtriser mes émotions, d'avoir moins peur et à être positif voilà, à prendre la vie autrement ».
------------------------	--

Tableau V.26 - Illustration de la part de l'angoisse dans la mise en mouvement du patient, l'exemple de P3.

Les mécanismes de défense du patient sont liés à son affect sous-jacent, ils sont involontaires et correspondent à une mise à distance de sa sensibilité.

Ils ont une fonction de protection et d'équilibre. La thérapie va alors aider le patient à les faire évoluer, tout en les respectant.



L'angoisse qui peut être difficile à vivre est en même temps ce qui permet au patient de se dépasser, à l'image de celui qui affronte la difficulté de l'escalade pour s'élever au sommet de la montagne.

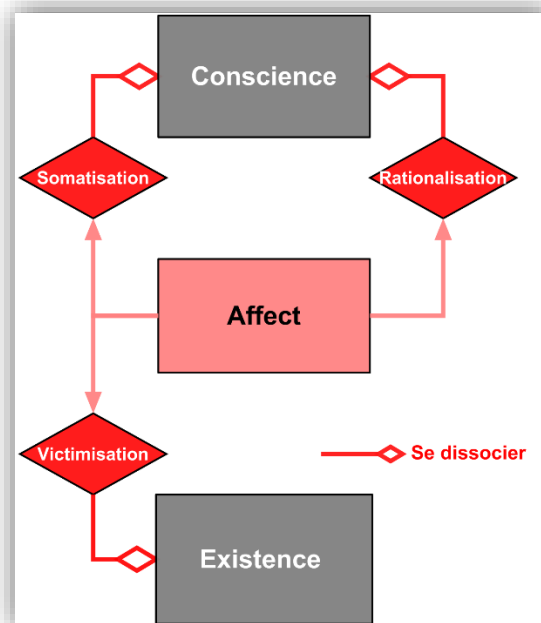


Figure V.6 - Construction du modèle synthétique, les mécanismes de défense et l'affect.

La somatisation correspondrait à une dissociation entre ce qui est conçu et ce qui est exprimé dans la dimension corporelle (en rapport avec l'affect). De même, l'excès de rationalisation correspondrait à une dissociation entre ce qui est conçu et ce qui est éprouvé. Enfin, la victimisation correspondrait à une dissociation entre le Soi et les réponses de l'existence (Figure V.6).

2.5. La nature de l'approche thérapeutique et la dynamique de la transe :

Nous entendons par la nature de l'approche les aspects suivants :

- Affectif, avec la mobilisation de la dimension affective du patient ;

- Intégratif, avec la mise en relation des dimensions pathétique, conceptuelle et existentielle ;
- Structurel, avec l'utilisation d'un langage structurel (donc non directif) ;
- Relationnel, avec la qualité d'accompagnement du thérapeute dans l'immédiateté et le respect de l'intimité et des possibilités du patient.

L'analyse des deux premiers aspects est limitée, dans la mesure où nous n'avons pu enregistrer les séances. Par conséquent, nous n'avons pas accès aux éléments relatifs aux attitudes non verbales et à la mobilisation langagière au cours des séances (cf. La constitution du corpus : p56).

Nous allons donc traiter les deux derniers aspects qui ont été relevés dans le journal de bord.

L'aspect structurel, l'exemple de P8 :

Nous avons réalisé auprès de chaque patient une anamnèse préalable à toute séance, dans le but (entre-autre) de repérer ses structures à travers son utilisation des verbes, des « ÇA » et des phrases non spécifiques.

Le patient P8 nous a consulté par sa propre initiative pour une phobie de la conduite automobile, lorsqu'elle nous en parle, elle ne nous parle probablement pas de la conduite elle-même, mais de sa praxie, c'est-à-dire de sa manière personnelle d'expérimenter les situations de vie.

Sa phrase non spécifique nous renvoie à une problématique prégnante chez elle qui concerne ses relations sentimentales.

De même, elle nous renseigne sur sa structure et sur son affect avec sa manière d'utiliser les « ÇA » et les verbes (Tableau V.27).

Aspects	Extraits de P8
Phrase non spécifique	« Je serai plus en confiance avec quelqu'un [...] le fait d' être seule ça fait un blocage ».
La problématique sous-jacente	« Peut-être qu'au niveau de ma vie sentimentale ça va changer aussi ».
L'utilisation des « ÇA »	« ÇA me turlupine dans la tête » – « J'aimerais bien me débarrasser de ÇA ».
L'utilisation des verbes	Attendre, arriver, rester, partir, revenir , abandonner , rejoindre , quitter , être seule, arrêter, se souvenir, oublier, appeler, rencontrer, continuer, être déçue, trouver, etc.

Tableau V.27 - Illustration de l'aspect structurel de P8 à travers son langage.



L'aspect structurel du patient renseigne sur son fonctionnement global, il est à l'image d'une charpente qui définit la structure globale d'un édifice.

Nous avons alors tenté de mobiliser la structure du patient pour qu'il puisse introduire ses contenus individuels et laisser surgir son affect, nous avons tenté de parler pour lui avec un langage constitué de verbes (à l'infinitif), dans une attitude centrée sur lui, comme si nous étions sa voix intérieure.

L'utilisation de ce langage structurel ne semble pas comporter de directivité ni de contrainte, le thérapeute ne dicte pas au patient ce qu'il faut faire et le laisse libre d'aller là où il a besoin d'aller.

La nature de cette mobilisation favorise le retour à son l'intériorité et peut susciter l'étonnement et la surprise, elle favorise par ailleurs son adhésion thérapeutique (Tableau V.28).

Aspects	Déroulement / Extraits de P8
Exprimer un affect après un verbe	Lors de la 6 ^{ème} séance, elle a eu une rétraction du bras puis du pied droit suite à ' <i>retrouver ce qui a été perdu</i> '.
Parler pour le patient	(Après la 1 ^{ère} séance) : « Je me sens détendue, avec vos paroles j'étais là dans la situation »*.
Introduire son propre contenu	« Je pensais que dans la thérapie il fallait suivre ce que vous me dites et moi j'avais dans ma tête faire mon petit travail [...] là vous avez dit de laisser, c'était un peu le tournant ».
La non directivité	« Je pensais pas que ça se passait comme ça... là c'est une Hypnose très doux très tranquille (rire) non ça me convient ».
L'intériorisation	« J'ai bien ronflé hein ? (gênée) »* – « c'était un moment reposant comme si j'avais dormi ».
La surprise	« Surpris un petit peu oui parce que je m'attendais pas à... comment ça se passait ».
L'adhésion thérapeutique	« J'ai fait des thérapies ou j'ai abandonné entre guillemets là [...] tandis que là j'ai envie de continuer ».
La confiance	« Je trouve que je suis plus en confiance je veux dire [...] avec vous je pense que ça passe très bien ».
La satisfaction	« Moi je suis entièrement satisfaite c'est pour ça que je viens je fais la route je prends 2 bus parfois 3 bus ».

Tableau V.28 - Illustration des spécificités de la mobilisation structurelle, l'exemple de P8.



Nous avons tenté de parler pour le patient et de chuchoter à ses oreilles, comme si nous étions sa voix intérieure, à l'image du film⁸⁵ « *L'Homme qui murmurait à l'oreille des chevaux* ».

Ce type de mobilisation est corrélé à un nouvel équilibre chez le patient, dans son rapport à lui-même, aux autres, aux situations et au monde, et ce, de manière involontaire (Tableau V.29).

⁸⁵ « *The Horse Whisperer* », film dramatique Américain produit et réalisé par Robert Redford, sorti en 1998.

Rapport	Aspects	Extraits de P8
A soi-même	S'apaiser	« Une sensation de bien-être [...] je me sens mieux... plus libérée entre guillemets » – « Elles (les crises d'angoisse) sont moins présentes ».
	Etre attentif à Soi-même	« Ce que je rêve j'arrive à me souvenir, avant je me souvenais pas ».
	Se considérer autrement	« Concernant ma thérapie c'est... ça m'a donné plus plus... comment dire plus de foi en moi pour dire tu vas réussir ».
	Prendre conscience	« Je réalise que j'ai un complexe comme si j'avais honte de ne pas pouvoir conduire ».
Aux autres	Pouvoir pardonner	« Je vois les gens différemment , je veux dire même avec leurs défauts [...] j'ai changé quand-même parce qu' avant j'étais plus rancunière ».
	Comprendre l'autre	« Elle (une amie) s'était énervée avec moi [...] d'habitude je me braque [...] j'ai dit elle devait avoir un problème [...] je suis moins braquée si on peut dire ».
Aux situations	Se détacher	« C'est pas la peine de s'arrêter sur des détails et il faut vivre... j'étais pas comme ça je veux dire [...] je faisais un peu trop attention aux détails ».
	Accepter	« Avant je faisais une fixation sur cette conduite [...] j'accepte mieux de dire que c'est un handicap ».
Au monde	Etre confiant	« Je sens que j'ai plus confiance en l'avenir , je sens que ça ira mieux [...] plus d'espoir ».
	Elargir les possibles	« La thérapie ça fait des ouvertures , envie de faire des choses que j'avais pas envie avant ».
L'involontarité	Se surprendre	« Pour tout vous avouer au début je comprenais pas trop [...] comment avec ce genre de séance on arrive à... mais plus le temps passe je me dis que c'est... c'est positif ».
	Exprimer l'involontaire	« On me trouve bien on me trouve comme si... pourtant j'ai rien... il s'est rien passé de plus je veux dire dans ma vie ».

Tableau V.29 - Réaménagement de P8 à travers la mobilisation structurelle.

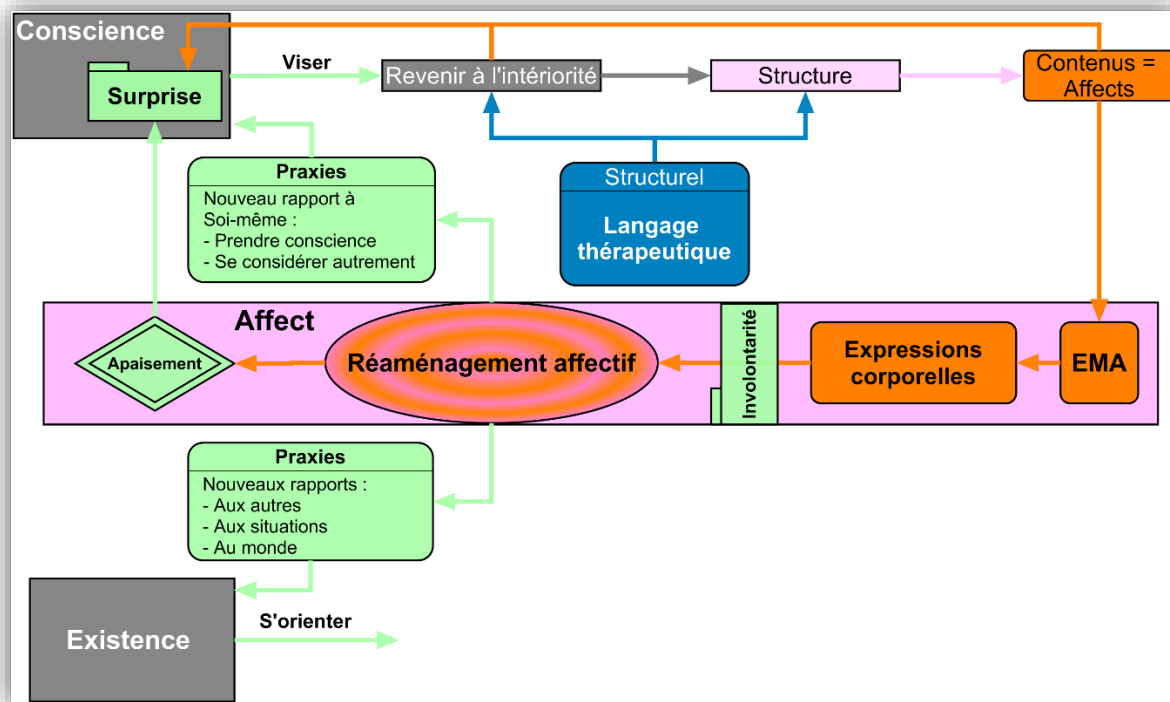


Figure V.7 - Construction du modèle synthétique, l'aspect structurel et la dynamique de la transe.

L'utilisation d'un langage structurel permet au patient d'introduire ses propres contenus personnels, elle favorise la confiance et l'adhésion thérapeutique.

Le thérapeute repère les structures sous-jacentes du patient pour pouvoir les mobiliser et permettre au patient de se réaménager dans ses praxies, de manière involontaire (Figure V.7).

L'accompagnement thérapeutique :

La mobilisation thérapeutique des patients s'effectue à travers la voix du thérapeute. Dans une attitude allo-centrée, celui-ci porte son attention et accueille ce que le patient peut exprimer de sa sensibilité.

Le thérapeute adapte son langage et son attitude en fonction de ce que le patient lui renvoie et l'accompagne dans ce qu'il vit d'instant en instant à travers des boucles interactives.

Ce mode de présence du thérapeute favorise l'émergence des affects qui ont besoin de surgir, même si la volonté du patient en décide autrement (Tableau V.30).

Aspects	Extraits
La voix du thérapeute	« Vous m'avez soulagé quand vous m'avez parlé je vous entendais là, ah c'était super » P7.
L'allo-centrage	« Quand je viens ici, je sais qu'il y a quelqu'un en l'occurrence vous qui peut m'écouter, qui est attentif à ce que je pourrais exprimer , et ça c'est fondamental » P2.
Les boucles interactives	Lors de la 1 ^{ère} séance, P16 a eu la chair de poule , nous l'avons alors accompagné dans l'instantanéité de ce qu'elle a vécu avec : 'c'est ça'.

S'adapter dans l'immédiateté	Lors de la 2 ^{ème} séance, P13 s'est absorbé en elle-même au moment où nous l'avons invitée à revenir , nous avons alors repris la séance sans ouverture des yeux, la séance a duré plus d'une heure.
L'expression d'un affect	A la fin de la 2 ^{ème} séance, P13 a eu un écoulement de larmes, se frotte les yeux puis se ressaisi) : « Tiens, pourquoi je me frotte les yeux ? C'est surprenant ça »*
Surgir malgré la volonté	« J'ai mis un point d'honneur à ne pas pleurer devant quelqu'un et je ne pleurerai pas devant quelqu'un » P13.

Tableau V.30 - Illustration de l'accompagnement du thérapeute durant les séances.



Lors d'une séance d'Hypnopraxie, il y a un échange permanent entre le thérapeute et son patient, à l'image d'une danse où chacun s'accorde sur l'autre.

La nature du lien thérapeutique, l'exemple de P17 :

Les patients évoluent en lien avec le thérapeute, dans une relation singulière basée sur la confiance (Tableau V.31).

Aspects	Extraits de P17
Avoir besoin du thérapeute	« J'ai essayé de faire à la maison quand je pense à des choses dures je je... j'essaye de me voir avec vous ici ».
Evoluer dans un lien	« Ça m'a permis d'avancer... parce que peut-être si j'avais pas fait ça j'aurais été encore dans mon débat ».
Etablir une relation singulière	« On communique facilement avec vous, il y a cette relation qui est... qui joue aussi [...] avec quelqu'un d'autre peut être que j'aurais pas discuté comme ça ».
Etablir un lien affectif	« Il y a des gens qui me connaissent depuis 30 ans et qui savent pas que j'ai eu ce souci-là, [...] je le dis quand je trouve vraiment une personne... enfin une personne que j'aime bien ».
Etablir un lien de confiance	« Ce que je vous ai raconté des choses très dures très difficiles à dire c'est qu'à vous que je l'ai dit ».

Tableau V.31 - Illustration de la nature du lien thérapeutique, l'exemple de P17.

Ce lien thérapeutique est maintenu durant les séances. Le thérapeute mobilise le patient mais il n'a pas de pouvoir sur lui. C'est ce dernier qui réalise activement le travail, dans le secret (Tableau V.32).

Aspects	Extraits de P17
Le maintien du lien thérapeutique	« J'étais toujours en connexion avec vous (pendant les séances) toujours en lien et j'ai pas du tout coupé ».
La non coercition du thérapeute	« Vous étiez là ok à côté de moi quand vous me disiez des choses, mais... j'étais pas totalement livrée ».
La part active du patient	« L'Hypnose pour moi c'était... on était complètement sous l'emprise de la personne , alors que là j'ai joué un rôle vraiment ».

Le respect de l'intimité	« Il y a des fois j'avais envie de parler j'avais pas envie de dire les choses ».
--------------------------	--

Tableau V.32 - Illustration de la nature du lien thérapeutique pendant les séances, l'exemple de P17.

Pendant la transe, le thérapeute accompagne le patient dans ce qu'il exprime. Cette attitude thérapeutique semble correspondre aux attentes du patient, suscite sa satisfaction et sa reconnaissance et favorise son adhésion thérapeutique et ce, malgré le vécu parfois difficile (Tableau V.33).

Aspects	Extraits de P17
Accompagner le patient	« Vous m'avez aidé à... ben quand je pleurais je vidais un peu là ».
Exprimer le besoin d'être écouté	« C'est important bien sûr, bien sûr de discuter avec quelqu'un et de voir que ben on est écouté on est entendu ».
Exprimer le besoin d'être considéré	« Il (le médecin en général) était bien parce que ben il était soucieux de de... de savoir ce que je pensais ce que je vivais ce que... ça c'est important ».
Exprimer le besoin de se livrer	« On a besoin de sortir les choses qu'on a sur le cœur on a besoin de... et ça permet d'avancer ».
Reconnaître le rôle du thérapeute	« Vous vous êtes une personne qui est très... ça ça... ça agit dans ma vie ça m'a apporté quelque chose dans ma vie je vais pas vous oublier comme ça quoi... ».
Attribuer l'évolution au thérapeute	« Vous m'avais aidé à faire ce chemin et vous m'aidez aussi je penserai à des choses quand je vais être sur des moments difficiles ».
Exprimer la satisfaction	« Vous aurez du monde avec moi (rire) parce que moi j'en parle j'en parle tout le temps ».
Continuer à venir malgré la difficulté	« C'était pas... pas évident de venir c'était difficile de... moi des fois j'avais pas envie de venir [...] je savais que ça allait me secouer ».

Tableau V.33 - Illustration du positionnement du patient vis-à-vis du lien thérapeutique, l'exemple de P17.

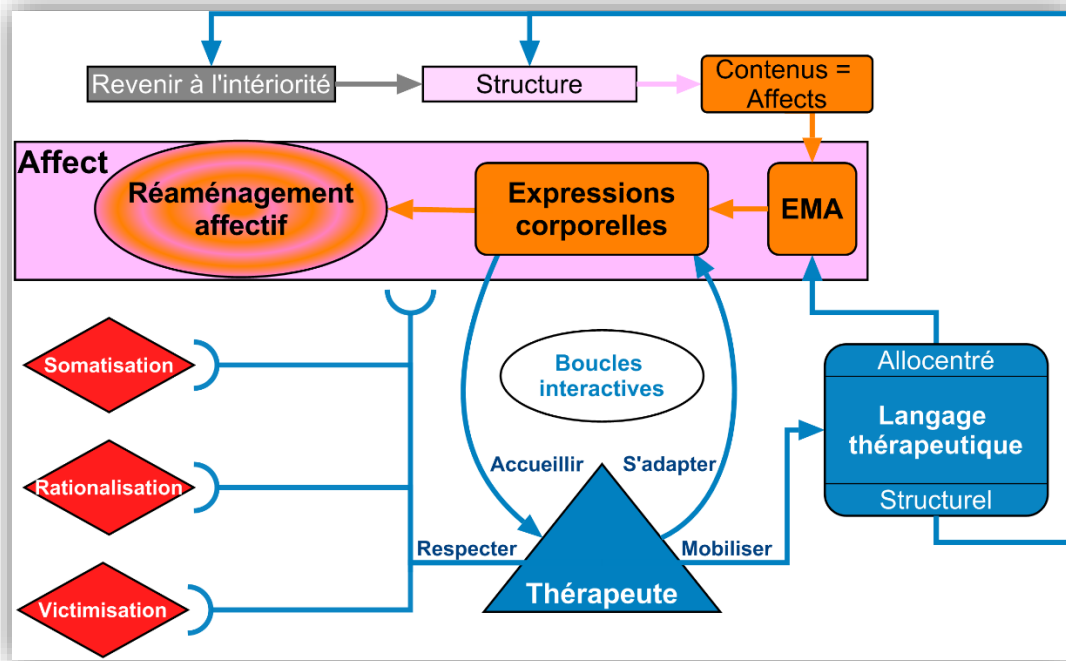


Figure V.8 - Construction du modèle synthétique, l'aspect relationnel et la dynamique de la transe.

Le thérapeute mobilise le patient avec un langage structurel dans une attitude centrée sur lui, en respectant ses possibilités et son intimité, il accueille et s'adapte à ce que le patient lui renvoie dans ce qu'il est en train de vivre. La qualité de l'accompagnement thérapeutique interagit et influence son cheminement (Figure V.8).

2.6. L'intégration et l'évolution des praxies, l'exemple de P4 :

L'objectif thérapeutique était pour nous le réaménagement de l'affect chez les patients, à travers la mobilisation structurelle de leur dimension sensible, dans un retour à leur intériorité.

Nous nous sommes posé la question de savoir comment cette évolution aboutit à l'intégration de leurs trois dimensions fondamentales : mentale, pathétique et existentielle.

Pour cela, nous avons analysé leur dépassement des dualités (Figure V.9) :

- ① Entre ce qui est pensé (la dimension mentale) et éprouvé (la dimension pathétique) ;
- ② Entre leur Etre (Dedans) et les réponses de l'Existence (Dehors).

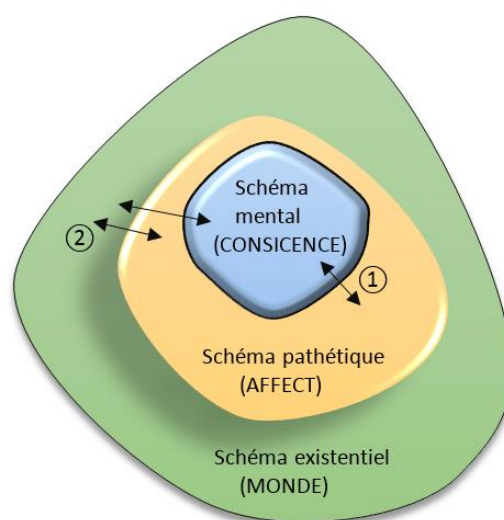


Figure V.9 - Schématisation de l'intégration « Affect – Conscience » et « Soi – Monde ».

L'intégration de l'Affect à la Conscience :

Par une mise en lumière et un réaménagement de la sensibilité, la mobilisation thérapeutique aide les patients à se reconnecter à eux-mêmes pour qu'une meilleure communication puisse s'établir entre l'affect et le sens, entraînant une évolution de leur rapport à eux-mêmes.

❖ Le réaménagement affectif :

Ce réaménagement consiste à l'évolution de ce que les patients éprouvent d'eux-mêmes, passant de la souffrance à l'apaisement. Les peurs, les colères et les angoisses s'estompent alors d'elles-mêmes (Tableau V.34).

Aspects	Extraits de P4
Se reconnecter à Soi-même	« Voir que ben j'avais des sentiments que je pouvais ressentir qui étaient là mais qu' avant je me les cachais ».
S'apaiser	« Avant c'était le stress c'était tous les soucis que j'avais » – « Je suis moins stressée moins stressée beaucoup plus calme ».
Avoir moins d'angoisse	« Je me sens vraiment bien, je n'ai plus d'angoisse comme avant »*.
Avoir moins de peurs	« Avant j'avais peur de tout, ah oui de tout tout tout, tout... là non là c'est bon » – « J'ai moins peur , voilà... ça m'a enlevé tout ça ».
Etre moins en colère	« Avant je m'énervais beaucoup , et là non, bon ça m'arrive hein de temps en temps mais je suis beaucoup plus calme et plus détendue ».
Se faire confiance	« Avant j'avais pas du tout confiance en moi j'étais mal, maintenant non, il y a un changement [...] je me fais plus confiance à moi maintenant oui contrairement à avant ».
Se surprendre	« Ça faisait remonter en moi certains des sentiments... que ça faisait des années et des années que je ressentais plus, ça m'a surpris et ça m'a fait du bien ».

Tableau V.34 - Illustration du réaménagement du rapport à Soi, l'exemple de P4.

❖ Le réaménagement de la sphère cognitivo-comportementale :

Nous avons vu précédemment que la nature du réaménagement affectif était de nature inconsciente, et que la prise de conscience n'était pas nécessaire pour qu'un changement puisse s'opérer.

Cependant, le résultat de ce réaménagement inconscient peut être une prise de conscience ; les patients découvrent leur propre réalité, portent un autre regard sur eux-mêmes et adopte de nouveaux comportements (Tableau V.35).

Aspect	Extraits de P4
Prendre conscience	« Ce qui a changé aussi maintenant je vois que je suis bien entourée, avant je voyais pas tout ça [...] maintenant je vois et je me dis j'ai de la chance, et cette chance je l'avais pas vu avant ».
Se considérer autrement	« Contrairement à avant, je me trouvais ben tous les défauts du monde quoi machin et tout... et maintenant petit à petit je pars vers tout ce qui est positif ».
Découvrir ses potentialités	« Je me dis même si j'ai [son âge] ben rien n'est perdu [...] j'essaye si je me casse c'est pas grave, y aura toujours une autre porte de sortie ».
Etre attentif à son ressenti	« Ça me faisait mal de plus lui parler (une amie d'enfance) et tout, mais je me cachais de mes sentiments [...] j'avais envie je me suis dit aller hop je lui lance un message... ».
Changer de comportement	« Avant je n'aimais pas à sortir c'était un calvaire pour moi [...] parce que je me sentais mal dans ma peau, et maintenant c'est bon, si il faut sortir je sors je suis contente ».

Tableau V.35 - Illustration du réaménagement de la sphère cognitivo-comportementale, l'exemple de P4.



Le changement de la manière de se considérer est à l'image d'une figure géométrique qui peut être aperçue différemment selon l'angle de vue.

❖ L'évolution de la somatisation :

Le réaménagement de la dimension sensible peut soulager le corps de ce qu'il porte, cela se manifeste à travers la disparition des symptômes physiques. Il peut également libérer la conscience de l'énergie qu'elle dépense à refouler ce qui fait souffrir, avec l'amélioration des symptômes fonctionnels, notamment du sommeil et du comportement alimentaire (Tableau V.36).

Aspects	Extraits de P4
Les symptômes physiques	« Ça va mieux, la douleur elle est partie , les picotements que je ressentais et tout il y a plus de lourdeur c'est bon, donc au niveau de ÇA c'est bon , il y a plus de problèmes ».
Le sommeil	« J'arrive à mieux dormir [...] avant si je dormais 1 heure ou maxi 2 heures par nuit quoi c'est que j'avais bien dormi, et là maintenant c'est bon [...] je dors jusqu'au matin ».

Le comportement alimentaire	« Avant je mangeais n'importe quoi, maintenant je mange plus équilibré et mieux, j'ai même perdu du poids , je suis passée de 59 à 55 Kg ».
Les « effets collatéraux »	« Avant j'étais un peu complexée , je me trouvais... c'est vrai que j'étais pas grosse grosse mais je me trouvais un peu enrobée, et de depuis que j'ai maigri si ça va mieux ».

Tableau V.36 - Illustration de l'évolution de la somatisation, l'exemple de P4.

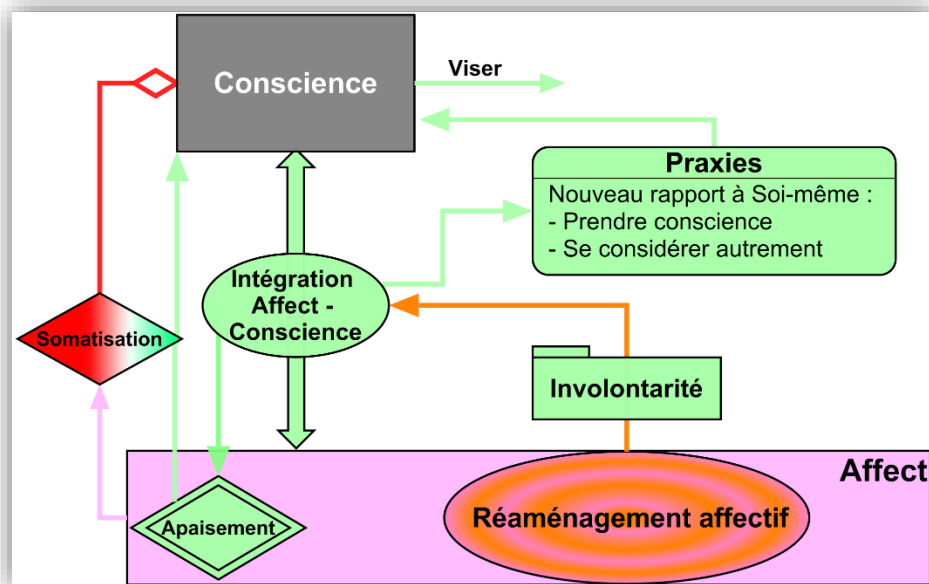


Figure V.10 - Construction du modèle synthétique, l'évolution praxique et l'intégration « Affect – Conscience ».

Le réaménagement affectif aboutit à une mise en relation entre ce qui est éprouvé et ce qui est conçu, cela se manifeste par l'apaisement, par l'amélioration symptomatique et par la mise en lumière de sa propre réalité (Figure V.10).

L'intégration du Soi (dedans) à l'Existence (dehors) :

- ❖ Le rapport à l'autre :

Les patients évoluent dans leur rapport à l'autre en le visant différemment dans ce qu'ils en éprouvent, ils se détachent de leur égo qui se fait plus discret et trouvent en eux la capacité de pardonner, des réconciliations peuvent alors se produire. Aussi, ils arrivent à se mettre à la place de l'autre en essayant de le comprendre.

Cette évolution aboutit à une atténuation des conflits et à un meilleur échange (Tableau V.37).

Aspects	Extraits de P4
Se détacher de l'égo	« Même si c'était moi qui étais en tort je n'acceptais jamais que ce soit moi, c'était toujours les autres [...] maintenant ben quand c'est de ma faute j'arrive à accepter ».
Se réconcilier	« J'ai même une amie avec qui j'étais fâchée depuis plus de 10 ans [...] j'ai pas voulu pardonner [...] j'ai été la voir , et c'est redevenu comme avant (rire), avant je n'aurais jamais pris ce genre de décision ».

Comprendre l'autre	« Mon regard a changé sur beaucoup de choses [...] je me dis bon c'est vrai qu'il (son père) a son mauvais caractère, mais après aussi j'essaye de le comprendre [...] au fond il est malheureux même si il le montre pas ».
Tolérer l'autre	« Maintenant j'accepte le fait que le caractère qu'il (son père) est dedans je... et avant non, pour moi c'était tellement négatif [...] j'arrivais pas du tout à accepter ».
Mieux échanger avec l'autre	« La relation est plus détendue et mieux quoi, il y a moins de conflit » – « Maintenant... même si il gueule machin, j'arrive à mieux prendre à mieux être plus calme, et avant il commençait ah là c'était dispute directe hein ».

Tableau V.37 - Illustration du réaménagement du rapport à l'autre, l'exemple de P4.

Le réaménagement affectif suscite l'allo centrage et aboutit à un repositionnement des valeurs éprouvées vis-à-vis des autres.

❖ Le rapport aux situations :

A travers ce réaménagement affectif, les patients ré-éprouvent les expériences vécues, dévoilent leurs potentialités de renouvellement et élargissent leurs possibles, ils peuvent vivre les mêmes situations d'une manière différente. Ainsi, ils parviennent à dépasser leurs fixations qui les empêchaient d'avancer et à passer du retrait à l'affrontement des difficultés (Tableau V.38).

Aspects	Extraits de P4
Élargir les possibles	« Il y a des choses que je fais que avant j'aurais jamais fait quoi [...] je me dis finalement ben... je suis capable de le faire et... donc je suis quelqu'un de bien (éclat de rire) ».
Dépasser les fixations	« J'ai entrepris une formation en cuisine, j'ai toujours rêvé de faire ça mais je pensais que ce n'était pas possible à mon âge ».
Passer du retrait à l'affrontement	« Quand j'étais devant un truc dur difficile, j'avais plus tendance à me cacher, à faire du style c'est comme si ça n'existait pas pour ne pas affronter , maintenant c'est le contraire, quand ça va pas ben je préfère l'affronter ».

Tableau V.38 - Illustration du réaménagement du vécu des situations, l'exemple de P4.

Quand la réalité intérieure des patients se réaménage, ces derniers peuvent dépasser ce qui est figé et renouveler leurs vécus antérieurs vers de nouveaux vécus.

❖ Le rapport au monde :

Comme nous l'avons vu précédemment, la dimension affective fait penser et agir, car les patients perçoivent et s'orientent au monde en fonction de ce qu'ils éprouvent en eux-mêmes.

La mobilisation de cette dimension axiologique (dans le sens qu'elle oriente l'axe de conduite) permet son réaménagement. Lorsque l'affect des patients change, leur rapport au monde évolue, les amenant à reconsidérer leurs priorités, et à sortir de la position de victime pour retrouver leur responsabilité (Tableau V.39).

Aspects	Extraits de P4
Trouver sa place	« J'ai retrouvé mon rôle de maman et mon rôle de femme (rire), tandis qu'avant je sais pas... pour moi j'étais plus rien j'étais qu'une épave ».
Envisager l'avenir	« Je me dis par exemple je peux tomber d'un côté et j'aurai toujours quelque chose pour me relever , je pourrai toujours me relever ».
Envisager le passé	« Je suis en paix avec le passé ».
Renouveler son regard	« Un meilleur regard , il y avait des choses avant, et même si c'était des bonnes choses, pour moi je voyais pas ça comme c'était hein ».
Prendre ses décisions	« Maintenant je prends mes décisions mais dans le bon côté (rire), comme pour ma formation [...] le régime que j'ai commencé ».
Se responsabiliser	« (La situation) vraiment changé non, mais c'est moi [...] j'essaye de... comment dire ça ? De trouver quelle bonne solution à faire, comment il faut que je fasse pour que ça éclate pas ».

Tableau V.39 - Illustration du réaménagement du rapport au monde, l'exemple de P4.



A travers le travail intégratif, les patients retrouvent leur équilibre et leur place dans le grand échiquier de la vie.

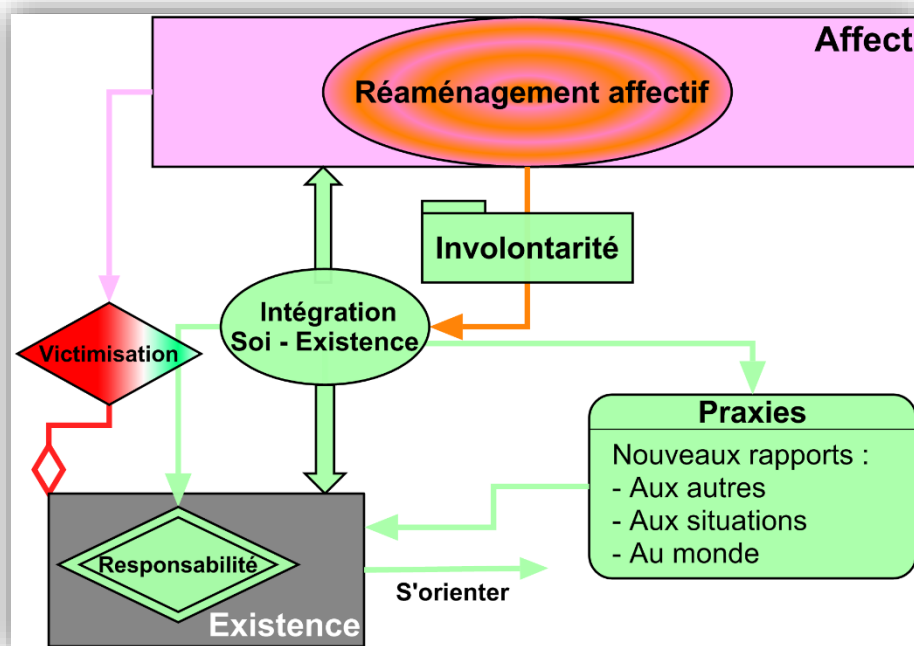


Figure V.11 - Construction du modèle synthétique, l'évolution praxique et l'intégration « Soi – Monde ».

Le réaménagement affectif aboutit à une mise en relation entre la manière d'être du patient et les réponses de l'existence. Cela se manifeste par un repositionnement des valeurs éprouvées vis-à-vis des autres, par un renouvellement des vécus des situations et par un sentiment de responsabilité (Figure V.11).

3. L'identification des facteurs d'influence :

3.1. Un cheminement thérapeutique variable :

Après l'analyse de l'évolution globale, il ressort que la nature et le degré du changement thérapeutique sont très hétérogènes et variables d'un patient à un autre (Figure V.12) :

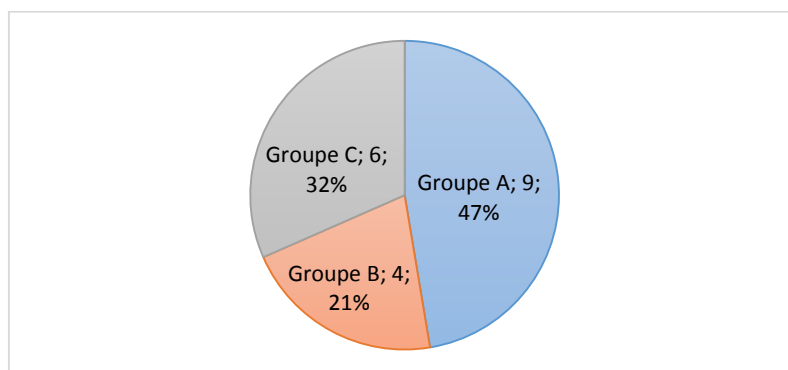


Figure V.12 - Répartition des patients en trois groupes selon leur évolution globale.

Pour 9 patients (47%), il s'agit d'un changement radical ou important dans leur vie (groupe A). Ils utilisent des expressions telles que : « une phase de transformation importante », « une étape dans ma vie », « ça n'a rien avoir avec avant », « comme un renouveau », « plein de changements », « une autre personne », etc.

Pour 6 patients (32%), il s'agit d'un changement peu important ou absent (groupe C). Ils rapportent : « je ressens pas de modification », « je suis toujours pareille », « je pense pas avoir trop changé », « je vois pas une grande amélioration », etc.

Pour 4 patients (21%), il s'agit d'une évolution intermédiaire (groupe B) entre les deux groupes précédents. Ils rapportent : « j'ai pu enlever mes soucis », « j'ai réussi à mettre derrière moi les points négatifs », « ça m'a fait du bien », etc.

Les patients n'ont donc pas bénéficié de la thérapie de la même manière. Nous nous sommes alors posé la question de savoir quels sont les facteurs qui pourraient influencer cette évolution.

3.2. Le lien thérapeutique :

Le lien thérapeutique et l'évolution globale des patients (Tableau V.40) :

N°	Extraits relatifs au lien thérapeutique	EG	Gr.
P1	Non exprimé (NE).	2	C
P2	« Avec le temps il y a un rapport de confiance aussi qui s'est instauré je veux dire entre nous, et ça c'est important pour moi ».	14	A
P3	NE.	18	A
P4	« Je lui ai donné votre numéro (à une amie), je lui ai dit t'inquiètes pas même si tu oublies moi j'oublie pas (éclat de rire) [...] je prendrai le rendez-vous pour toi ».	19	A

P5	« Si je vois quelqu'un qui va pas bien je pense... sans retenue je vous recommanderai ».	17	A
P6	« En tout cas vous êtes la première personne à qui j'ai pu confier tout ça (sourire) ».	6	B
P7	NE.	1	C
P8	« Comme j'ai eu l'opportunité de venir ici je trouve que je suis plus en confiance je veux dire [...] avec vous je pense que ça passe très bien ».	11	A
P9	« On m'a déjà proposé de le faire avant (l'Hypnose) mais j'ai pas voulu j'avais peur ».	15	A
P10	NE.	8	B
P11	« Vous j'ai confiance en vous donc voilà, mais peut-être que si c'était avec quelqu'un d'autre , peut être que ça aurait pu passer différemment aussi hein ».	12	A
P12	NE.	1	C
P13	NE.	2	C
P14	NE.	19	A
P15	NE.	4	C
P16	NE.	5	B
P17	« On communique facilement avec vous, il y a cette relation qui... qui joue aussi je pense hein, parce que je pense qu' avec quelqu'un d'autre peut être que j'aurais pas discuté comme ça ».	11	A
P18	Refus d'une proposition d'Hypnose par le passé, qu'est ce qui a fait que vous l'avez fait maintenant ? : « peut-être que la personne qu'on a en face vous met en confiance , ça aussi ça aussi ça compte ».	5	B
P19	NE.	4	C

Tableau V.40 - Lien entre les expressions relatives au lien thérapeutique et de l'évolution globale des patients.

Légende : EG (Evolution Globale) ; Gr. (Groupe selon l'évolution).
--

Toutes les expressions relatives au lien thérapeutique sont spontanées et vont dans le sens d'une bonne relation avec le thérapeute.

Parmi les 9 patients ayant exprimé ce lien, 7 d'entre eux appartiennent au groupe A, 2 au groupe B et aucun n'appartient au groupe C (Figure V.13).

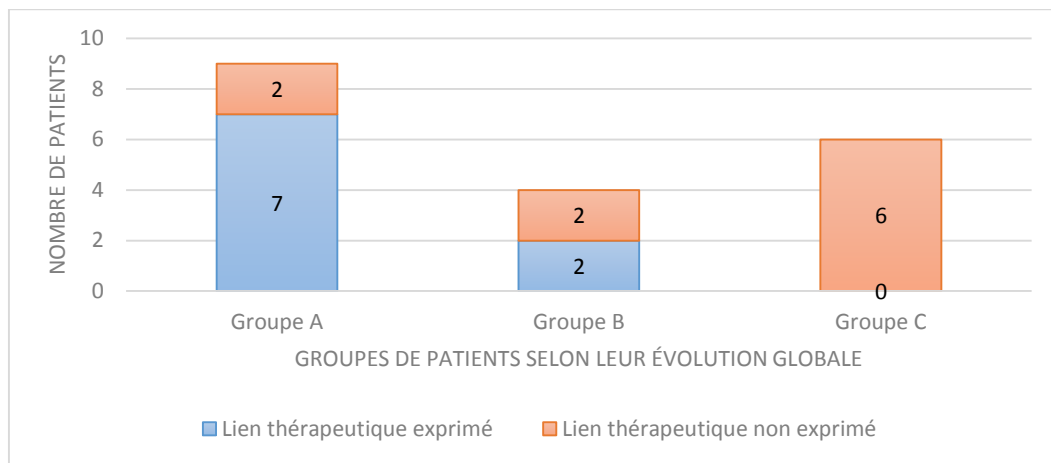


Figure V.13 - Répartition des patients ayant exprimé un lien thérapeutique favorable en fonction de leur évolution.

L'évolution des patients semble être corrélée positivement avec l'expression d'un bon lien avec le thérapeute.

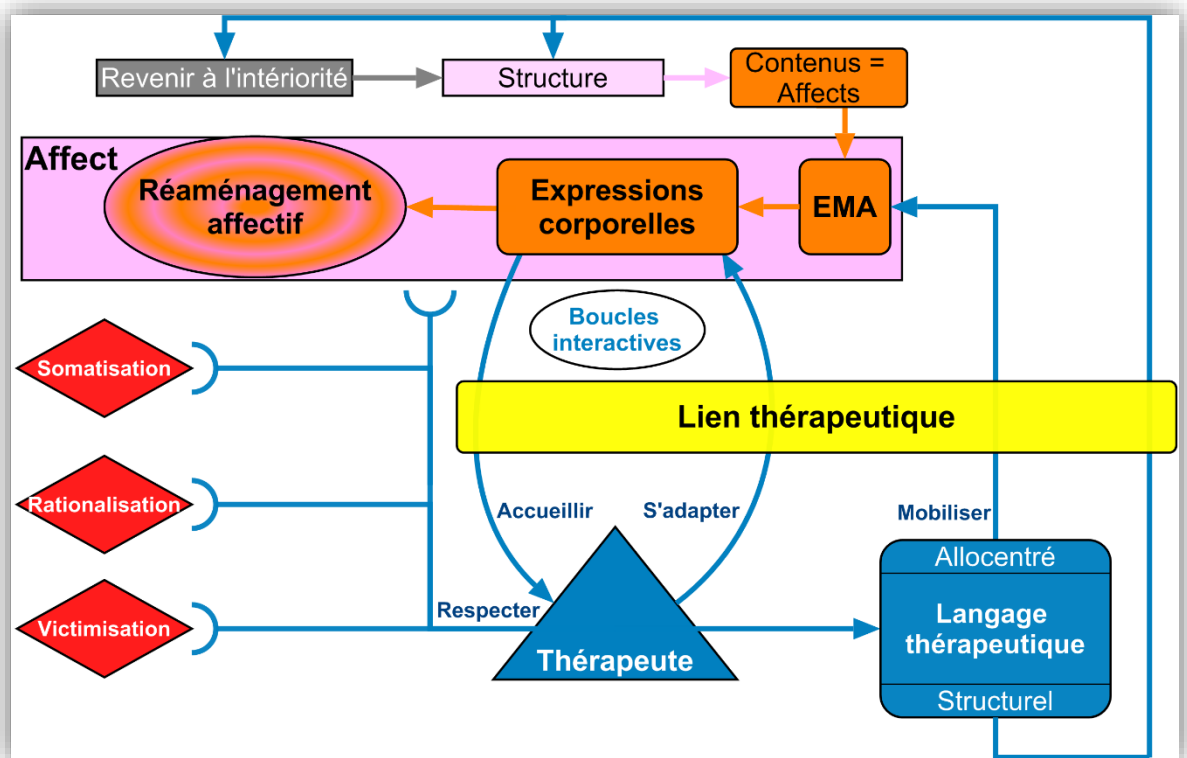


Figure V.14 - Construction du modèle synthétique, le lien thérapeutique.

L'évolution des patients se fait à travers le lien thérapeutique (Figure V.14).

3.3. Les représentations :

Nous avons vu que les représentations relatives au pouvoir du thérapeute et à la perte de contrôle des patients ont pu être dépassées, de même que les croyances sur la « non

efficacité » de l'Hypnose. Cette évolution s'opère chez les patients après qu'ils aient expérimenté la thérapie par eux-mêmes.

Nous avons cherché à identifier les facteurs qui peuvent intervenir dans le dépassement de ces représentations.

La nature du lien thérapeutique :

Le lien thérapeutique est basé sur une confiance mutuelle et non pas sur une domination ou une prise de pouvoir du thérapeute sur le patient, ce lien est parfois considéré comme une coopération.

L'attitude du thérapeute joue aussi un rôle dans cette interaction (Tableau V.41).

Aspects	Extraits
Le lien de confiance	« Si vous m'avez dit depuis l'autre fois l'Hypnose j'aurais dit ah peut être attends je vais réfléchir [...] j'ai fait confiance <u>on fait</u> la séance d'Hypnose » P11.
La non domination	« Avec vous ça s'est passé en douceur, vous m'avez rien forcé à faire » P5.
La coopération	« Vraiment on a fait un travail hein, on a fait du travail, on a bien travaillé » P14.
L'attitude du thérapeute	« Au fait je trouve que votre démarche est... est sincère, vous croyez à ce que vous dites au fait, et ça c'est rassurant » P2.

Tableau V.41 - Illustration de l'implication du lien thérapeutique dans l'évolution des représentations.

La nature de l'approche :

Le fondement de l'Hypnopraxie est différent de celui des autres approches hypnothérapeutiques, notamment à travers son aspect affectif, structurel et intégratif.

Les patients expriment leur surprise concernant le déroulement des séances, ils considèrent cette approche comme étant différente des autres thérapies qui n'auraient, selon eux, pas aboutit aux mêmes résultats (Tableau V.42).

Aspects	Extraits
L'inattendu	« Je suis étonnée que ça se passe comme ça je m'attendais à autre chose » P10.
Une approche différente	« Pour moi c'est l'Hypnose peut-être à votre façon [...] c'est une autre approche de la patiente avec son médecin [...] très différente très différente » P17.
Des effets différents	« C'est 100 % bénéfique pour le patient parce que moi on m'aurait... j'aurais pris des séances de psychothérapie... je sais pas si je me serais senti pareil à la fin » P5.

Tableau V.42 - Illustration de l'implication de la nature de l'approche dans l'évolution des représentations.

Les appréhensions :

Les représentations peuvent être sous-tendues par des appréhensions, dans le sens où elles sont liées à ce que les patients pourraient trouver en eux-mêmes, ce qui pourrait être difficile à vivre.

L'évolution de ces représentations n'est pas le fait d'explications ou de connaissances mais le résultat d'une expérimentation (Tableau V.43).

Aspects	Extraits
Les représentations sous-jacentes	(Appréhension ?) : « au début oui, parce que je me fais vraiment à ce qui se passe à la télé (rire) ces choses qu'on pouvait voir » P16.
L'appréhension sous-jacente	« Il y a certainement des choses enfouies pour chacun de nous, et comment je vais vivre ça après , c'est ça, j'avais peur de tout ce qui pouvait remonter » P18.
Le vécu difficile	« Ça fait sortir plein de chose, ça fait remonter des choses très dures , sur le coup ça m'a fait beaucoup de mal beaucoup de douleur » P17.
L'expérimentation	« Au début j'appréhendais beaucoup, mais après la première séance c'était bon j'étais en confiance » P4.

Tableau V.43 - Illustration de l'implication des appréhensions dans l'évolution des représentations.

Notons enfin que les représentations peuvent constituer un frein à l'accès à la thérapie, car parmi les 44 patients à qui nous avons proposé la thérapie par l'Hypnopraxie, 15 d'entre eux (34,1%) n'ont pas été revus, sans qu'aucun refus n'ait été explicitement formulé.

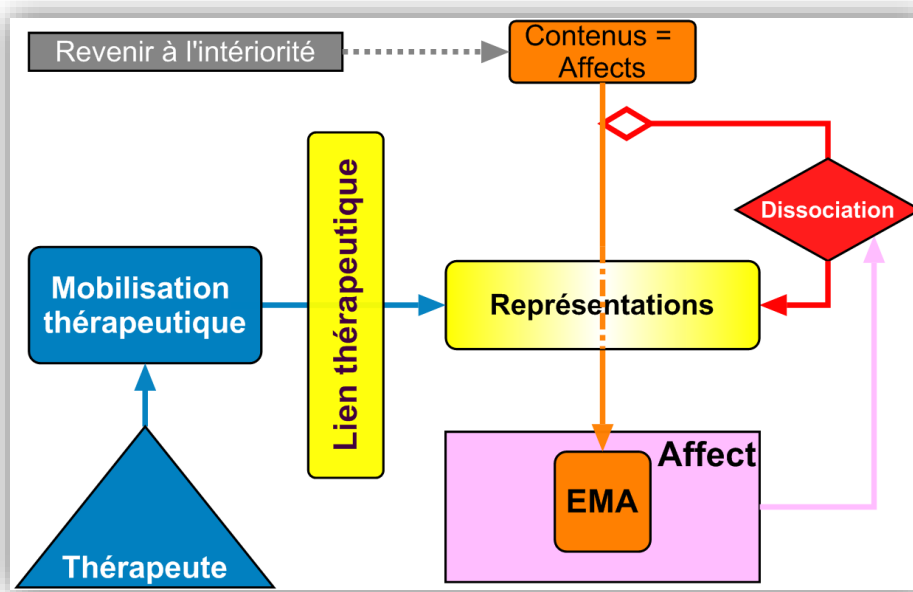


Figure V.15 - Construction du modèle synthétique, les représentations vis-à-vis de l'Hypnose.

Le facteur des représentations vis-à-vis de l'Hypnopraxie ne nous semble pas, à lui seul, être un facteur limitant le cheminement thérapeutique, à condition que les patients puissent se donner à l'expérience hypnothérapeutique.

La nature du lien et de la mobilisation thérapeutique ainsi que les appréhensions jouent un rôle dans la capacité des patients à faire évoluer leurs représentations (Figure V.15).

3.4. L'intensité thérapeutique et le facteur temporel :

Nous entendons par l'intensité thérapeutique la durée de suivi et le nombre de séances.

Nous avons analysé ces deux éléments (Figure V.16 et Figure V.17) avec l'évolution globale à travers les 27 critères que nous avons exposés en début de chapitre (cf. L'évolution thérapeutique globale des patients : p112).

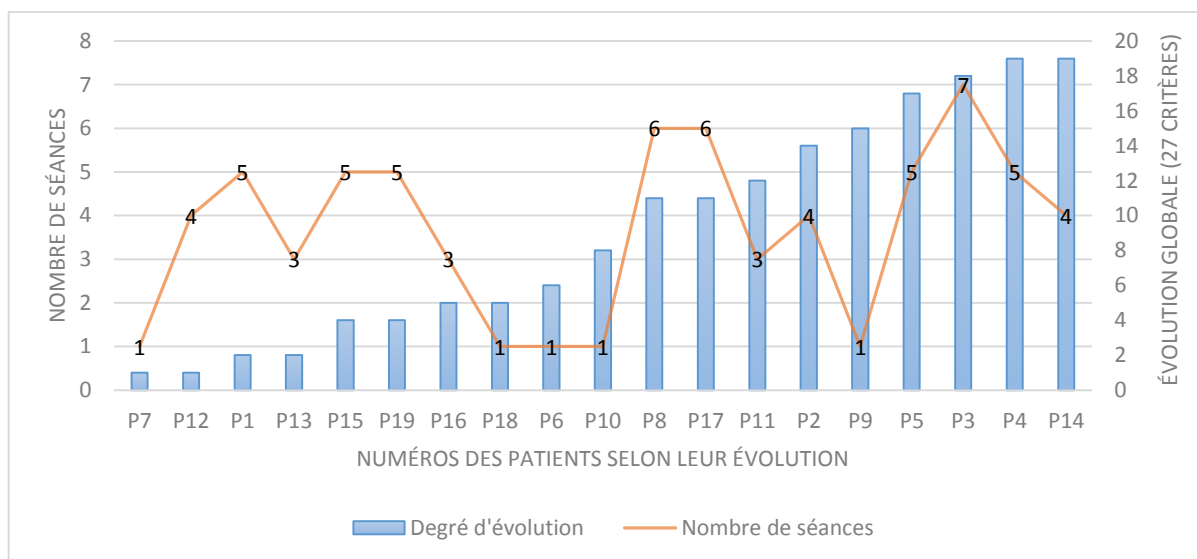


Figure V.16 - Lien entre l'évolution globale et le nombre de séances.

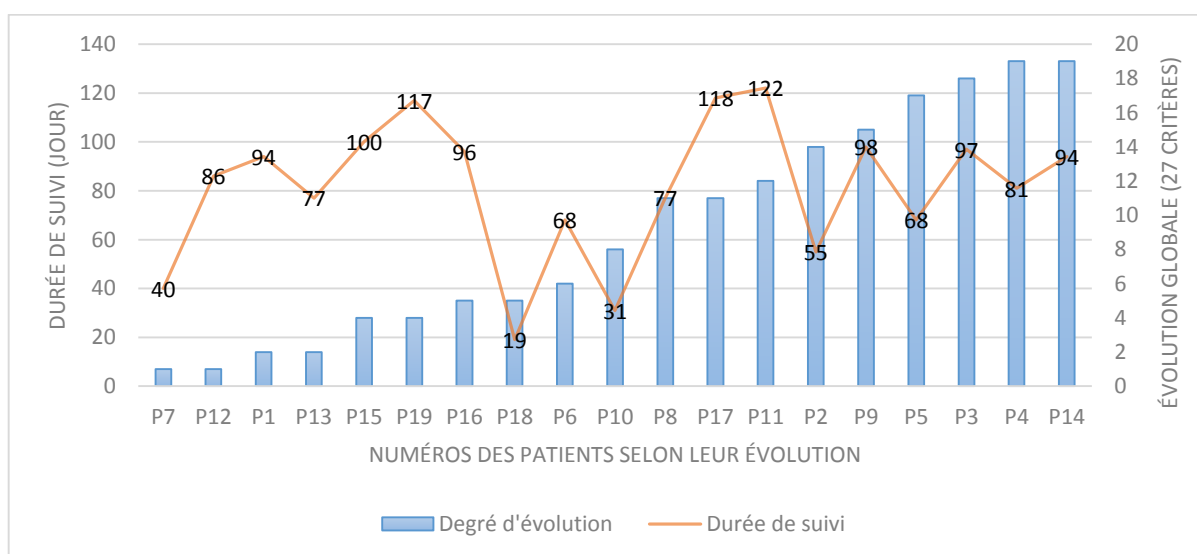


Figure V.17 - Lien entre l'évolution globale et la durée de suivi.

Il ressort de cette analyse que les patients du groupe C (P7, P12, P1, P13, P15 et P19) ont eu en moyenne un nombre de séances et une durée de suivi (3,8 séances ; 85,6 jours par patient) :

- Supérieures que ceux du groupe B (P16, P18, P6, P10), avec une moyenne de 1,5 séance et 58,2 jours par patient ;
- Comparables à ceux du groupe A (P8, P17, P11, P2, P9, P5, P3, P4, P14), avec une moyenne de 4,5 séances et 94 jours par patient.

A titre d'exemple et de manière caricaturale, P1 (du groupe C) dit ne pas ressentir de modifications malgré un nombre de séances et une durée de suivi plus importants que P18 (du groupe B) qui parle de « renaissance » (Tableau V.44).

Groupe du patient	Intensité thérapeutique	Extraits relatifs à l'évolution globale
P1, Groupe C	5 séances. 94 jours de suivi.	« Pas grand-chose j'ai l'impression, je ressens pas de modification ».
P18, Groupe B	1 séance. 19 jours de suivi.	« En l'espace de 2 semaines honnêtement, j'ai... comment dire ça une nouvelle vie, c'est une renaissance ».

Tableau V.44 - Comparaison entre l'évolution de deux patients en fonction de l'intensité thérapeutique.

Le cheminement thérapeutique ne paraît pas proportionnel à la durée de suivi ni au nombre de séances. Or, comme nous l'avons vu dans les résultats, le cheminement des patients se fait dans la durée et peut nécessiter plusieurs séances.

Ces éléments peuvent être conciliés en considérant que l'intensité thérapeutique joue un rôle dans le cheminement, mais que ce facteur n'est pas déterminant à lui seul.

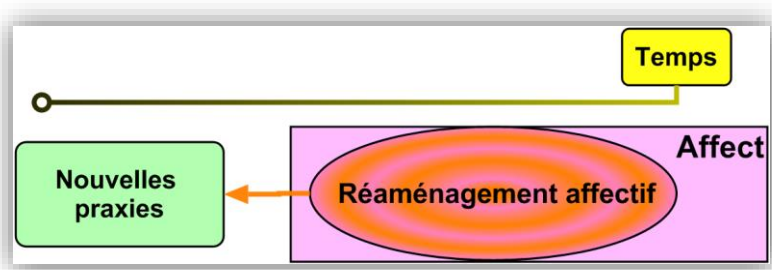


Figure V.18 - Construction du modèle synthétique, le facteur temporel.

Le cheminement des patients nécessite du temps, mais il n'est pas proportionnel à l'intensité thérapeutique (Figure V.18).

3.5. La nature de la demande initiale :

Afin de pouvoir évaluer l'influence de ce facteur, nous avons analysé l'évolution des patients ayant consulté pour des problématiques pesantes ou urgentes, sans avoir trouvé de solutions par ailleurs (Tableau V.45).

N°	Extraits	EG	Gr.
P1	« Ça fait 30 ans que j'ai ces douleurs et ça m'handicape [...] j'ai tout essayé depuis 30ans mais c'est toujours là, je ne sais pas ce qu'il faut faire »*.	2	C
P3	« J'étais limite j'avais plus d'espoir... à me demander si j'allais pas en psychiatrie, parce que je prenais des médicaments ça faisait rien ».	18	A
P4	« J'essayais de me forcer à dormir , mais si je dormais 1 heure ou maxi 2 heures par nuit quoi c'est que j'avais bien dormi ».	19	A
P5	« C'était comme si j'étais poussée dans mes derniers retranchements et que j'arrivais vraiment plus à gérer la moindre situation conflictuelle ».	17	A

P6	« Je n'arrive pas à dormir du tout depuis une semaine , je suis partie voir un médecin qui m'a donné du Lexomil, ça m'aide un peu mais je me réveille la nuit ».	6	B
P8	« J'ai fait plusieurs thérapie pour ne plus avoir ce problème (phobie de conduire), je fais celle-là sérieusement pour me donner une dernière chance puis j'arrête ».	11	A
P11	« J'ai dit c'est pas possible , parce que 15 jours avant je commence déjà à... à stresser parce que je dois aller en consultation ».	12	A
P12	« Là là c'est vraiment... c'est un cul-de-sac je sais pas comment faire, alors j'imagine quelque chose dans ma tête si il y avait quelqu'un qui puisse faire oublier ça ».	1	C
P17	« Il y a des choses qui m'ont marquées dans ma vie et qui font que ben on est pas bien par rapport à ça ».	11	A

Tableau V.45 - Extraits des patients ayant consulté pour des motifs urgents ou pesants (EG : Evolution Globale ; Gr. : Groupe selon l'évolution).

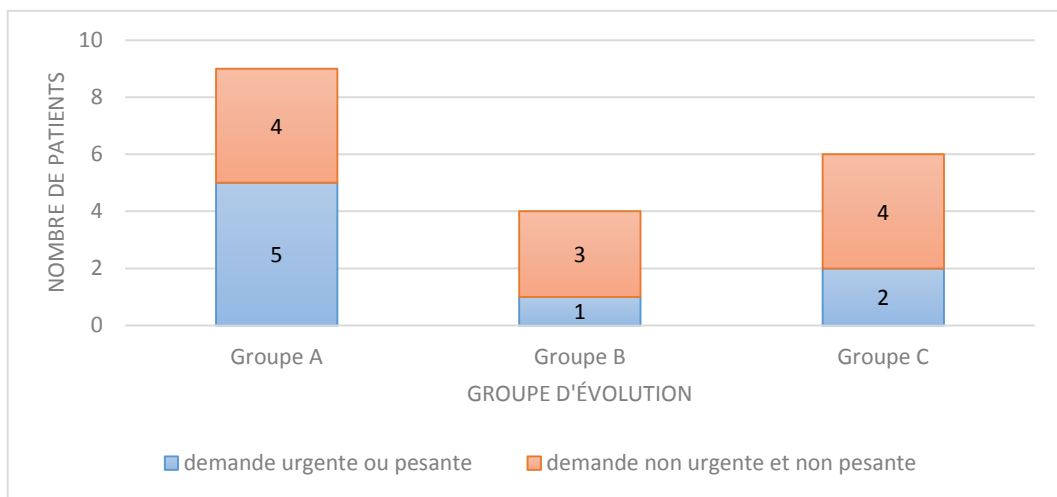


Figure V.19 - Répartition des patients selon la nature de leur demande et leur évolution globale.

Parmi ces 9 patients, 5 d'entre eux (62,5%) appartiennent au groupe A, 1 (12,5%) au groupe B et 2 (25%) au groupe C. Aussi, parmi les 6 patients du groupe C, 2 d'entre eux (33,3%) ont formulé une demande urgente ou pesante (Figure V.19).

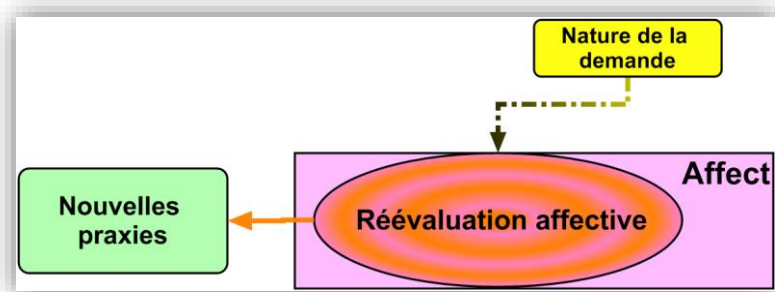


Figure V.20 - Construction du modèle synthétique, la nature de la demande.

La nature urgente ou pesante de la demande des patients n'est pas nécessaire pour leur évolution, même si elle semble être un facteur favorisant (Figure V.20).

3.6. Le mode de recrutement :

Nous avons cherché à évaluer l'impact du mode de recrutement sur l'évolution des patients.

Pour cela, nous avons constitué trois groupes de patients selon le mode de recrutement ; les patients recrutés par nous-mêmes, ceux ayant été adressés par un confrère et ceux ayant fait la demande par leur propre initiative (Figure V.21).

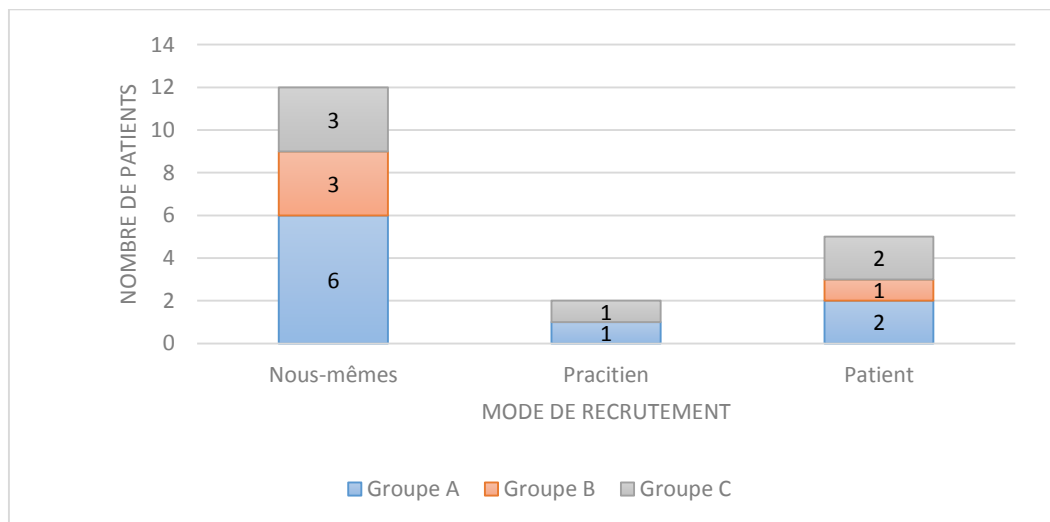


Figure V.21 - Evolution globale des patients selon leur mode de recrutement.

L'évolution des patients est variable quel que soit leur mode de recrutement. Les patients du groupe A sont proportionnellement répartis de manière relativement homogène entre ces 3 groupes, respectivement à 50% ; 50% ; 40%.

Parmi les patients que nous avons recrutés nous-mêmes, 6 d'entre eux (50%) appartiennent au groupe A, 3 (25%) au groupe B et 3 (25%) au groupe C.

Le recrutement par notre initiative ne semble pas influencer l'évolution des patients.

Cela dit, un nombre de patients plus important serait nécessaire pour confirmer cette conclusion.

3.7. Les caractéristiques démographiques des patients :

Ce facteur influence potentiellement l'évolution des patients. Cependant, il ne peut pas être analysé pour des raisons d'anonymat (cf. Les aspects éthiques : p57), dans la mesure où son analyse pourrait exposer des éléments pouvant contribuer à la reconnaissance des patients.

3.8. Les facteurs externes :

La proposition de l'Hypnopraxie dans le cadre de la Médecine Générale semble faciliter l'accès à cette thérapie (cf. Intégrer de l'Hypnose dans la pratique libérale : p100).

A l'inverse, le coût des séances peut être un facteur limitant cet accès (cf. L'estimation du tarif d'une séance : p106).

4. Le modèle synthétique (intégral et simplifié) :

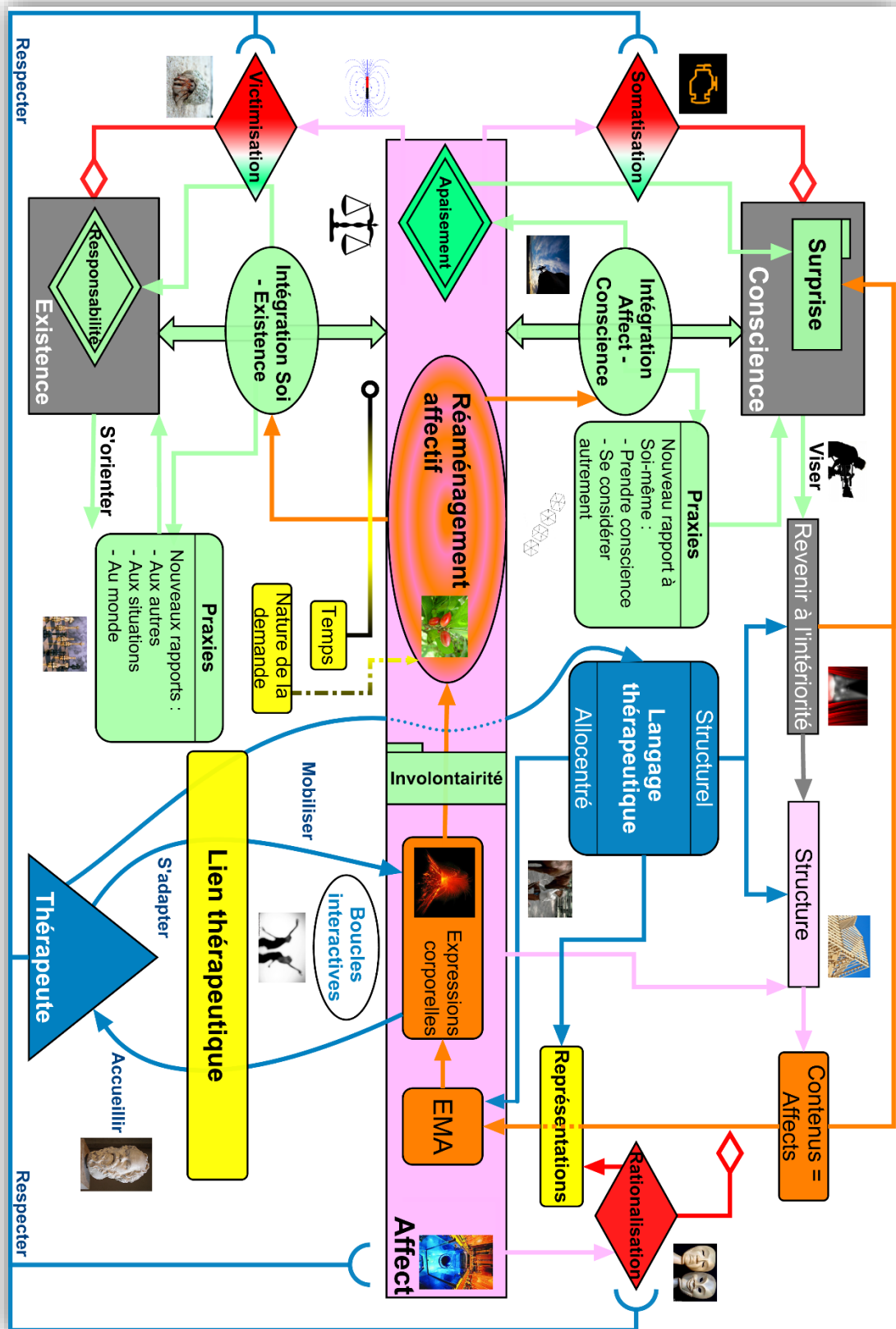


Figure V.22 - Modèle synthétique intégral des processus sous-jacents au cheminement thérapeutique des patients, réalisé avec le logiciel « ClickCharts Professional v 1.45, NCH Software ».

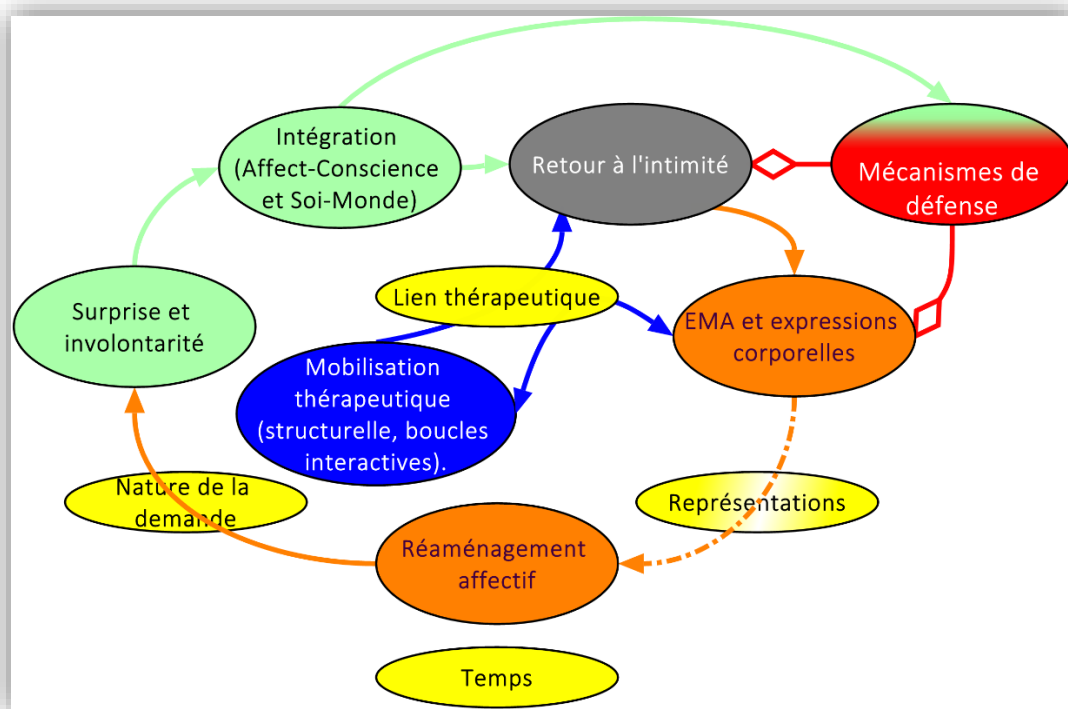


Figure V.23 - Modèle synthétique simplifié.

Par un langage structural, le thérapeute s'adresse à la dimension affective du patient dans une attitude centrée sur lui, afin que celui-ci rencontre son intimité sensible.

Dans cette intériorité, le patient ré-éprouve ses éprouvés passés et les exprime à travers des manifestations corporelles inconscientes. Le thérapeute est attentif à ces réponses et interagit en boucle avec ce que le patient vit d'instant en instant.

Il s'agit d'un état modifié d'affect où un réaménagement affectif involontaire se produit, permettant une intégration entre les dimensions mentale, affective et existentielle, et aboutissant à l'acquisition de nouvelles praxies (Figure V.22 et Figure V.23).

5. L'application du modèle synthétique, l'exemple de P14 :

Nous allons appliquer ce modèle à P14 afin de nous assurer de sa fonctionnalité.

5.1. L'involontarité et le réaménagement affectif (Tableau V.46) :

Aspect	Extraits de P14
S'apaiser	« Avant, tout était assez brouillé il y avait plein de pensées partout et maintenant c'est... même si j'y pense encore disant c'est plus apaisé ».
Avoir moins d'angoisse	« Je (ne) fais plus des crises d'angoisse , moins de crises d'angoisse, c'est vrai avant (inspiration) j'en faisais souvent hein ».
Avoir moins de colère	« J(e n)'ai plus cette colère en moi , avant j'avais un esprit de vengeance j'étais vraiment en colère contre des gens hein ».
Se surprendre	« Je suis moins encombrée dans ma tête (rire), ça c'est bizarre... ».

Evoluer malgré la croyance	« Au départ bon je me disais que ça allait jamais marcher sur moi [...] mais maintenant je vois comment j'ai évolué , ben je suis satisfaite des séances avec vous (sourire) ».
Vivre un affect sans le comprendre	« J'ai fait une petite crise de spasmophilie je n'arrivais plus à respirer, je ne sais pas pourquoi »*.
S'étonner du décalage déroulement - changement	« Je me disais ah bon c'est ça d'accord ouf... et après la deuxième je ne voulais pas trop venir je me disais bon à quoi ça sert , puis en fin de compte [...] avec du résultat aujourd'hui ».
La constatation par l'entourage	« Ma sœur elle me l'a dit c'est bizarre tu as changé qu'est-ce que... elle me dit tu parais plus heureuse [...] ça m'a surpris parce que je le vois pas de moi-même ».
Se rendre compte à distance de la thérapie	P14 (délai de 94 jours entre la 1 ^{ère} séance et le recueil) : « J'avais une autre vision, j'étais pas pareil, alors que je me suis rendue compte après là, récemment ».
Ne pas faire intervenir la volonté	« Sur le coût j'ai pas compris le changement au fait [...] j'avais une autre vision, j'étais pas pareil, alors que je me suis rendue compte après là, récemment ».

Tableau V.46 - Application du modèle synthétique, l'involontarité et le réaménagement affectif, l'exemple de P14.

5.2. Le retour à l'intériorité et le dévoilement des possibles (Tableau V.47) :

Aspect	Extraits de P14
Revenir à Soi-même	« Prendre le temps de penser à moi tout ça, c'était... c'était agréable, parfois difficile mais peut-être nécessaire, pour au final comprendre les choses, je ressentais j'étais bien ».
Etre attentif à Soi-même	« J'ai voyagé, ça fait du bien de s'écouter »*.
Une logique propre	« Je me suis rappelée (pendant la séance) d'un souvenir quand j'étais très petite avec mon cousin, ça n'a pas de sens particulier mais ça m'a surpris »*.
Eprouver différemment	« J'ai eu une urgence (au travail) et au fait je me suis sentie détachée , comment dire... avant j'aurais eu les larmes aux yeux, j'aurais été triste, là j'étais complètement détachée ».
Prendre conscience	« Je prends conscience qu'il faut que je sois connectée à moi pas aux autres, ça m'a fait prendre conscience ces séances-là, c'est ça au fait ».
Adopter de nouveaux comportements	« Il y a des choses que j'apprécie maintenant que avant je prenais pas le temps d'apprécier , par exemple me promener comme ça dans la nature sans but précis , alors qu'avant c'était toujours la course ».
Se retrouver	« Les séances m'ont fait du bien, je me suis retrouvée ».

Tableau V.47 - Application du modèle synthétique, le retour à l'intériorité et le dévoilement des possibles, l'exemple de P14.

5.3. Les expressions corporelles et l'acquisition de praxies (Tableau V.48) :

Aspects	Déroulement / Extraits de P14
Se sentir	« Il y a moments j'ai ressenti de la colère ... j'étais en colère contre moi, puis après bon je me suis résiliée , donc après j'ai eu des

	moments de joie , voilà des moments où j'ai eu peur aussi pendant les séances, voilà... et puis après de la tristesse en pensant à certaines choses ou en ressortant certaines choses ».
Exprimer son affect	Lors de la 4 ^{ème} séance, P14 a eu un écoulement de larmes suite à 'préserver'.
Eprouver les éprouvés passés	« La manière dont ça se déroulait ben c'était... c'était agréable de pouvoir parler se confi... (se reprend), ressortir des choses que j'avais oubliées ».
Se sentir libéré	« Quand je sortais je redevais normale, j'étais peut-être libérée je ne sais pas [...] ça m'a fait du bien par contre, de dire tout haut ce que je ressentais ce que je voyais ».
S'exprimer corporellement	« Je me sentais incrustée dans la table , comme une lourdeur, c'était bizarre »*.
Expressions relatives au corps	« Avant ÇA me collait à la peau ».

Tableau V.48 - Application du modèle synthétique, les expressions corporelles et l'acquisition de praxies, P14.

5.4. L'intégration de l'affect à la conscience (Tableau V.49) :

	Aspects	Extraits de P14
Rapport à soi-même	S'apaiser	« Je me sens plus sereine , j'ai l'impression d'être plus détendu dans... dans mon quotidien ».
	Se reconnecter à Soi-même	« Les séances m'ont fait du bien, je me suis retrouvée [...] maintenant je me réalise que je suis connectée avec moi-même ».
	Se considérer	« Je prenais pas le temps de prendre soin de moi [...] c'était toujours ce que les autres voulaient, alors qu'au fait non maintenant [...] je fais plus attention à moi ».
	S'accepter	« Ben je m'accepte comme je suis maintenant, voilà je suis comme ça ».
	Se respecter	« Je me respecte maintenant aujourd'hui oui, ben je peux pas bon ben je pourrai plus tard, tandis qu' avant il fallait y aller quoi jusqu'à l'épuisement ».
	Comprendre	« Au final je me disais ah oui quand-même hein [...] ah je comprends pourquoi je suis comme ça aujourd'hui d'accord, au fait quand je ressortais c'était ça ».
	Changer de comportements	« Maintenant je prends du temps pour moi [...] immobile je bouge pas je suis là, c'est mon moment à moi quoi, ça je le fais maintenant ».
	Eprouver différemment	« Avant ça m'affectait beaucoup, là ça m'affecte bon... sur le coup oui, mais après je sors de chez eux je sors, quand je pars je rentre chez moi ben je retrouve ma vie à moi quoi ».
Aux autres	Pouvoir pardonner	« Il n'y a plus cet esprit de vengeance [...] c'est comme si je les ai pardonné , d'avoir mis de côté de ne plus avoir cette haine-là ».
	Mieux échanger	« Lui (son compagnon) il est content, il me dit on arrive mieux à discuter avec toi, je pique moins des crises de colère , je suis plus calme et plus ouverte à la discussion (larmes) voilà ».
	Se détacher	« Je suis plus détachée des choses maintenant qu'avant, avant ça me collait à la peau là maintenant non ».

Aux situations	Se libérer des fixations	« Je me prends plus la tête pour des détails , je me dis bon c'est pas grave ».
	Prendre du recul	« Surtout face aux situations c'est surtout ça maintenant qui a changé, c'est que vraiment je... ouf je vois les choses mais autrement [...] je prends du recul sur les situations ».
	Se recentrer pour affronter	« Dans des moments de stress ou d'angoisse, ben je me retrouve, j'essaye de me reconcentrer sur moi , voilà je fais ce travail-là continuellement ».
Au monde	Trouver son équilibre	« J'essaye d'arranger si c'est arrangeable, sinon ben... non je me prends plus la tête hein, et ma vie devient plus simple, moins encombrée »
	Se réconcilier avec la vie	« Je suis contente de faire ce que je fais , je suis contente de mon travail de me lever le matin, je suis contente quand je retrouve mon compagnon le soir ».
	Reconsidérer les priorités	« Je fais plus du rentre dedans aller c'est bon je gère tout [...] je me dis c'est pas important, la vie c'est pas ça, c'est moi ma santé d'abord ».
	Se responsabiliser	« Avant je fonçais dedans heu... je prêtai pas attention aux conséquences ou à mon état, voilà pas d'analyse [...] je peux pas toujours sauver tout le monde ».
	Envisager l'avenir autrement	« Maintenant je vois l'avenir plus sereinement [...] je prends les bons côtés et puis les mauvais côtés je les laisse de côté ».
Autres aspects	L'évolution globale	« J'ai l'impression que c'est une autre phase, une autre personne ».
	Involontarité	« On faisait les séances mais pour moi j'avais l'impression de pas avancer , alors qu'au fait mon entourage voyait bien que j'avais changé ».
	Corrélation non établie	« J'ai fait ces séances-là dans le cadre de mon programme de fécondation in vitro que j'avais raté l'année dernière [...] il s'avère que je suis enceinte ».

Tableau V.49 - Application du modèle synthétique, l'intégration de l'affect et de la conscience, l'exemple de P14.

5.5. L'évolution des mécanismes de défense (Tableau V.50) :

Evolution	Extraits de P14
De la dissociation	« Ça me fait du bien de (ne) plus vouloir tout contrôler ça me repose, je suis apaisée [...] ça c'était un souci aussi que j'avais, maintenant je lâche prise sur beaucoup de choses ».
Du besoin médicamenteux	« Je faisais des crises d'angoisse et tout, je m'attendais à avoir des médicaments, et finalement j'ai pris aucun médicament avec vous et je ressors je suis bien ».
De la somatisation	« Le sommeil parfait hein, là je dors très bien (sourire) je fais une petite sieste aussi l'après-midi » – « Je me sens moins fatiguée qu'avant aussi, avant j'étais beaucoup fatiguée ».

Tableau V.50 - Application du modèle synthétique, l'évolution des mécanismes de défense, l'exemple de P14.

5.6. La nature de l'approche :

L'aspect structurel (Tableau V.51) :

Aspects	Extraits de P14
Eprouver comme « ÇA »	« ÇA m'affectait beaucoup ».
« ÇA » affecte la conscience	« ÇA m'a fait prendre conscience ».
Les attentes du patient	« On va toujours chez le médecin pour ÇA ».

Tableau V.51 - Application du modèle synthétique, l'aspect structurel de l'approche, l'exemple de P14.

L'aspect relationnel (Tableau V.52) :

Aspects	Extraits de P14
Evoluer dans un lien	« Quand j'entends votre voix ça m'aide à m'apaiser à me recentrer, pas comme chez moi où je m'endors ».
Pouvoir se confier	« Je me suis conf... j'ai dit beaucoup de choses avec vous [...] vous rentrez pas dans le détail enfin dans ma vie ».
Travailler dans le secret	« Il y a des choses que j'ai retrouvées j'ai revécu des choses que je voulais garder pour moi que je vous ai pas dit (éclat de rire) ».
Exprimer une satisfaction	« C'est une manière (l'Hypnopraxie) de trait... de soigner les gens hein sans passer par des médicaments ».
Déroulement différent	« Je pensais pas que ça allait se passer comme ça, je pensais que j'allais être plus transformée , que j'allais être dans un état second ».
Coopérer avec le thérapeute	« Vraiment on a fait un travail hein, on a fait du travail, on a bien travaillé ».

Tableau V.52 - Application du modèle synthétique, l'aspect relationnel de l'approche, l'exemple de P14.

5.7. Synthèse de l'analyse des résultats :

Nous avons pu répondre à la question de recherche (cf. L'objectif et la question de recherche : p49) en identifiant plusieurs processus sous-jacents au cheminement thérapeutique des patients, à savoir sept mécanismes d'action et trois facteurs d'influences (Figure V.24).

Tous les éléments du modèle synthétique ont pu être appliqués à un patient.

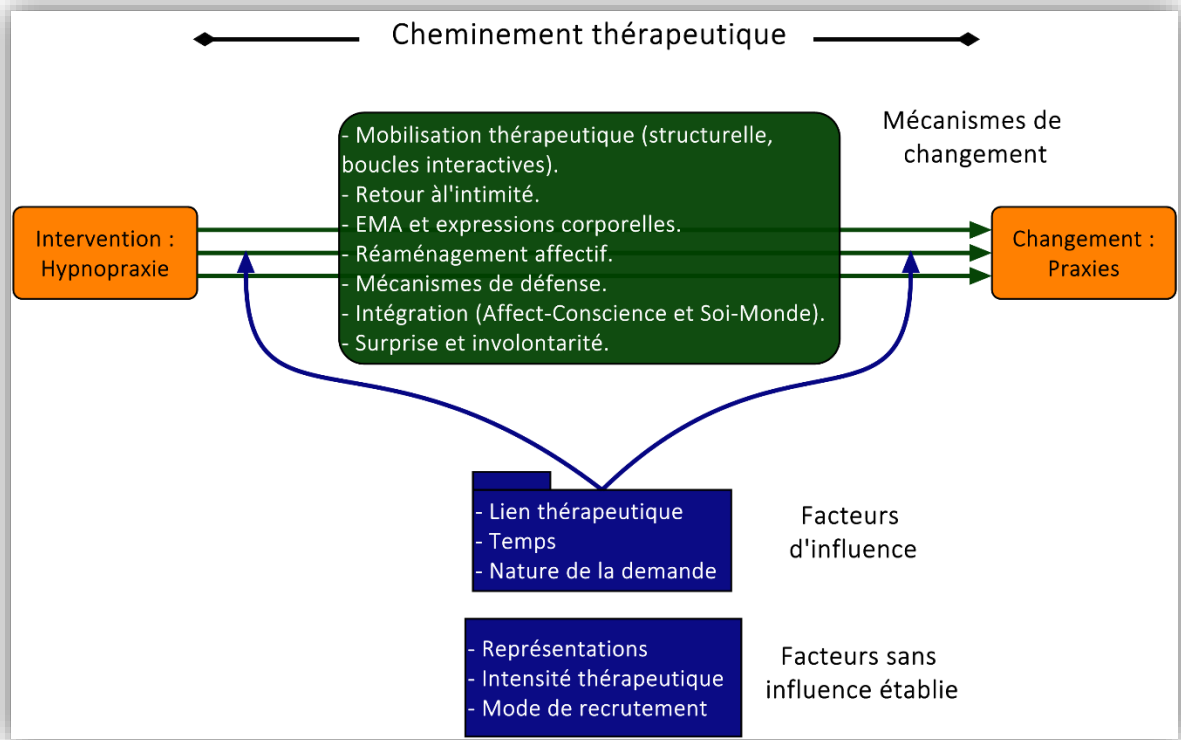


Figure V.24 - Réponse à l'objectif et à la question de recherche.



Après ce travail d'analyse, nous pouvons assimiler le travail thérapeutique par l'Hypnopraxie à une facilitation d'une tendance naturelle et spontanée chez les patients de retour à l'équilibre. Le thérapeute remplit le rôle d'une enzyme qui favorise la métabolisation des éprouvés pour un retour à l'homéostasie affective, à l'image de ce qui se passe au niveau cellulaire.

6. La discussion des résultats :

Nous allons maintenant comparer nos résultats avec la littérature, ainsi qu'avec le modèle théorique de l'Hypnopraxie.

6.1. La surprise et l'involontarité :

Un mécanisme inconscient :

Nous avons vu que le cheminement thérapeutique résulte d'un travail inconscient et non volontaire qui suppose la surprise. Parfois, le changement survient de manière spontanée à l'insu des patients dans un premier temps, et se révèle à la conscience secondairement.

Nous retrouvons cette notion dans la NH, celle-ci considère que le comportement hypnotique est par définition involontaire (38). Pour J. Godin, ne mérite le nom d'hypnotique que les phénomènes apparus en dehors de la volonté, il rajoute que la surprise est le propre de l'Hypnose (8).

La psychanalyse se base également sur cette notion d'inconscient, cette approche dérive directement de l'Hypnose que S. Freud a pratiqué dans un premier temps avant d'y renoncer (62).

La nature de l'inconscient :

La notion d'inconscient est appréhendée différemment selon les approches :

❖ La psychanalyse :

L'inconscient Freudien est une pulsion refoulée qu'il nomme le « ÇA ». La Psychiatrie existentielle (à base phénoménologique) se positionne par rapport à cela en considérant que « *Le désir n'est pas le tout de l'existence humaine* » (63).

De même, le psychanalyste Groddeck a repris le mot « ÇA » de Freud, non pas dans le sens pulsionnel mais dans un sens vital. Pour lui, le « ÇA » fait référence à une identité profonde, à un inconscient corporel (64).

❖ La Nouvelles Hypnose :

Pour la NH, l'inconscient est considéré comme une part du psychisme qui agit comme une entité autonome du sujet et qui a une intelligence propre.

Contrairement à la psychanalyse, ce n'est pas un espace de conflit mais un réservoir de ressources. Son activation vise, non pas à obtenir une vérité refoulée, mais une réponse aux problèmes (65).

❖ L'Hypnopraxie :

L'Hypnopraxie considère l'inconscient comme un « éprouver » charnel et biologique qui représente l'essence de l'être, et non seulement un processus psychologique comme dans la Nouvelle Hypnose.

La nature du changement :

La nature des changements survenus chez nos patients s'apparente au « changement de type 2 » décrit par P. Watzlawick. Ce changement « *paraît bizarre et inattendu [...] il apparaît sans rime ni raison, comme une discontinuité, une illumination soudaine, qui surgit d'une manière imprévisible* » (66).

Contrairement au « changement de type 1 » qui reste dans la même structure (plus de la même chose), le type 2 recadre les problèmes dans des dimensions nouvelles (8).

Les approches hypnothérapeutiques, y compris l'Hypnopraxie, favorisent l'émergence de ce type de changement, indépendamment d'une prise de conscience.

6.2. Le réaménagement affectif :

L'affect comme essence :

A travers l'analyse des résultats, nous avons vu que les patients constituent leur réalité intérieure et leur rapport à l'existence à partir d'un affect.

Cela rejoint le modèle théorique de l'Hypnopraxie qui considère que c'est la dimension pathétique qui oriente l'intentionnalité de la conscience et non l'inverse, la première opère, la seconde s'informe de ce qui se passe. Aussi, cette dimension sensible évalue et projette sur l'existence à travers la conscience. L'exemple du paranoïaque est très parlant ; comme son pathos est en insécurité, il cherche (et trouve) la menace dans l'environnement à l'extérieur, y compris là où elle ne se trouve pas.

M. HENRY disait : « *Ce n'est pas la pensée qui nous donne accès à la vie, mais c'est la vie qui permet à la pensée d'accéder à soi* » (67). Pour lui, l'affectivité est une condition à toute expérience possible. Cette affectivité est motrice, elle pousse à agir et oriente d'une certaine façon sur le monde constituant ainsi sa réalité subjective (68). La célèbre citation de R. Descartes se trouve alors inversée, passant d'un « *je pense donc je suis* » à un « *je suis donc je pense* ».

Changer par la prise de conscience :

La survenue de l'apaisement chez nos patients n'a pas nécessité de prise de conscience ni de compréhension de la situation, mais plutôt d'un réaménagement affectif.

L'Hypnopraxie considère que l'« *Eprouver* » (donc la réalité subjective) ne peut se transformer qu'en s'éprouvant lui-même. Cette vision opère une rupture avec certaines approches psychothérapeutiques, qui cherchent à ce que le patient prenne conscience de sa manière d'être et de faire, pour pouvoir les changer (46).

Dans la phénoménologie de M. HENRY, « *Il n'y a pas de prise de conscience dans l'immanence [...] c'est seulement dans l'approfondissement immanent de soi que le changement se produit, exactement sur le plan de la vie* » (49). Par exemple, la souffrance ne peut pas se faire dans une mise à distance, car si elle n'était plus que l'objet d'une représentation, la personne ne souffrirait plus.

Dans la NH, M. Erickson s'intéressait peu à l'origine des troubles chez les patients, pour lui, le changement du cadre de référence est l'élément majeur dans les psychothérapies. A travers l'Hypnose, les apprentissages présents mais oubliés (ressources) peuvent être transférés sur

un plan inconscient à des situations nouvelles, comme il disait lui-même : « *Nous savons plus (inconsciemment) que nous ne pensons savoir (consciemment)* » (25).

6.3. Le retour à l'intimité :

Nos résultats montrent que le réaménagement affectif s'opère chez les patients après un retour à leur intimité sensible. Durant cette intériorité, les patients ont expérimenté leurs vécus et ont pu les renouveler. Certains ont cherché une confirmation en eux-mêmes dans ce qu'ils ressentaient.

C.G Jung disait : « *Apprenez vos théories aussi bien que vous le pouvez, puis mettez-les de côté quand vous entrez en contact avec le vivant miracle de l'âme humaine* » (69), EINSTEIN rajoutait : « *La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information* ».

En effet, depuis la révolution Galiléenne, il y a eu une scission entre le monde des représentations et le monde sensible, la science est devenue alors objective surinvestissant le monde mental et quittant ainsi la sensibilité et l'expérience directe des choses (53).

L'Hypnopraxie favorise également le retour du patient à son expérience sensible à travers une réduction phénoménologique, c'est-à-dire une mise entre parenthèse de ses croyances, jugements, et projections. Cette réduction révèle sa subjectivité et le conduit à l'étonnement « *Là où les choses ne se choisissent pas* » (46).

6.4. Les expressions corporelles dans un EMA :

Nous avons vu que des manifestations corporelles involontaires survenaient lorsque les patients vivaient leurs affects, comme si l'invisible (la dimension affective) se manifestait dans le visible (la dimension corporelle).

Pour l'Hypnopraxie, la mémoire des éprouvés est inscrite en notre chair, elle considère la corporéité (le corps habité d'un sentiment) comme l'inconscient par excellence.

Nous pouvons illustrer cette notion avec ce qui suit :

Les figures acoustiques de Chladni :

L'expérience acoustique de Chladni consiste à saupoudrer avec du sable une plaque métallique horizontale, puis de la faire vibrer avec des différentes fréquences, des figures géométriques harmonieuses se dessinent alors (Figure V.25).

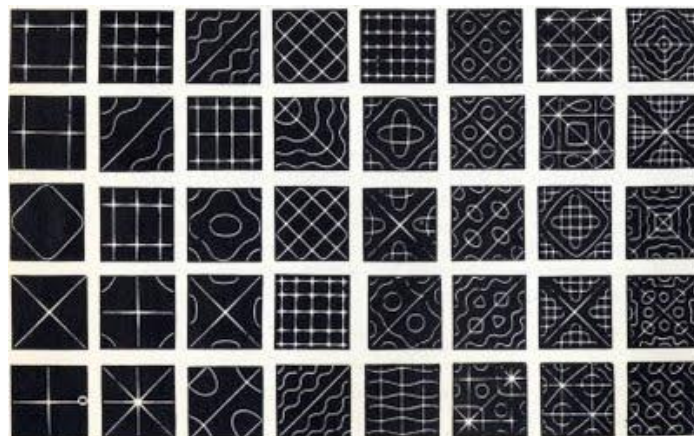


Figure V.25 - Figures acoustiques de Chladni sur une plaque.

Deux éléments sont à noter :

- Chaque figure correspond à une fréquence donnée.
- La complexité des figures est proportionnelle à la hauteur des fréquences.

Cette expérience montre que l'énergie (ici vibratoire) organise la matière.

Dans le même registre, Alexander Lauterwasser considère que la forme ne se crée pas de façon additive à partir de différentes parties, c'est au contraire le mouvement qui leur donne leur position dans l'ensemble (70).

Nous pouvons faire une corrélation avec l'état affectif qui comporte un aspect énergétique, sa mobilisation permet de remettre en mouvement de ce qui est stagnant et refoulé dans la sphère corporelle.

La carte corporelle des émotions :

Une « carte corporelle des émotions » a été publiée en 2013 par la PNAS⁸⁶ (71), elle montre que les émotions sont ressenties à un niveau corporel et que chaque type d'émotion active des zones corporelles spécifiques (Figure V.26).

Les couleurs chaudes désignent les zones du corps suractivés par l'émotion, et les couleurs froides désignent celles dont l'activité s'affaiblit ou ralentit avec l'émotion.

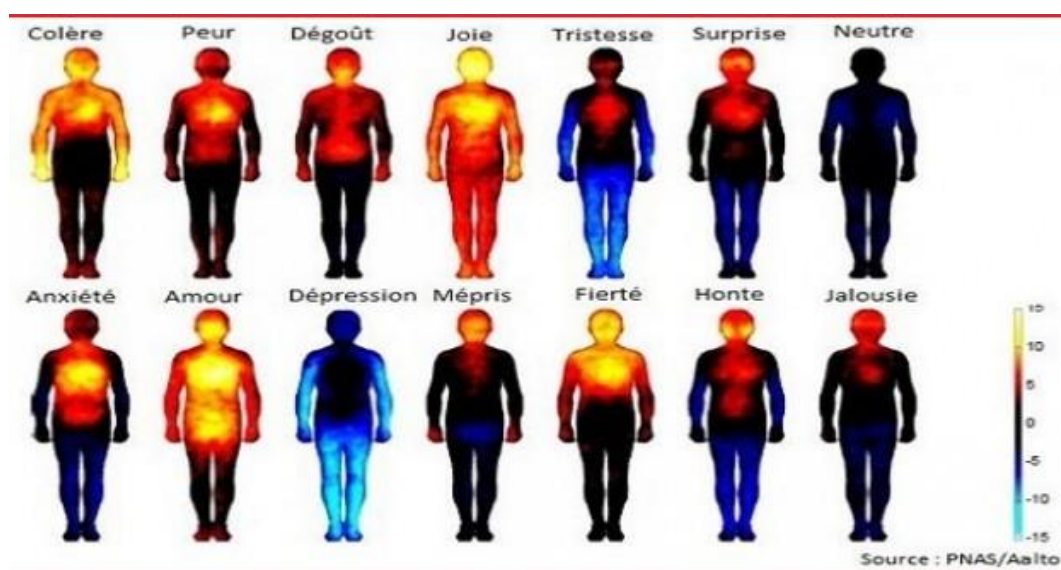


Figure V.26 - Carte corporelle des émotions, PNAS, 2013.

Notons au passage que les émotions liées à la joie et à la dépression sont celles qui concernent les zones corporelles les plus étendues.

Les expressions populaires :

La langue française attribue depuis des siècles une manifestation corporelle à chacune des émotions vécues (Tableau V.53).

⁸⁶ Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.

Expressions populaires	Significations
En avoir plein le cœur.	Ne plus pouvoir supporter une situation.
Avoir la chair de poule.	Etre touché.
Avoir un nœud dans l'estomac.	Être angoissé.
Se faire des cheveux blancs.	Se faire du souci.
Avoir le sang qui bouillonne.	Etre en proie à une émotion violente.
Donner froids dans le dos.	Etre effrayé.
Se faire de la bile.	S'inquiéter.
Faire dresser les cheveux sur la tête.	Etre horrifié.

Tableau V.53 - Exemples de quelques expressions imagées du corps, fréquentes dans la langue Française.

Certaines étymologies grecques traduisent également cette notion, comme le mot « Mélancolie » qui signifie « la bile noire ».

6.5. La nature de la mobilisation du thérapeute :

La mobilisation structurelle :

Nous avons cherché à mobiliser les structures des patients pour qu'ils puissent introduire leurs propres contenus personnels. A aucun moment, nous avons demandé aux patients de retrouver telle ou telle personne ni d'être dans telle ou telle situation.

Nous avons constaté par ailleurs que ce type de mobilisation favorise la confiance et l'adhésion thérapeutique.

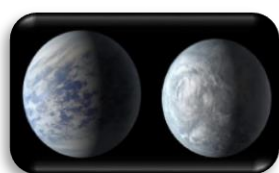
Dans la littérature, « la directivité du thérapeute versus l'auto-directivité du patient » font partie des procédés qui ont été identifiées comme jouant un rôle essentiel dans les changements observés en psychothérapie (72).

Aussi, les attitudes thérapeutiques ayant tendance à contrôler ont été identifiées comme clairement néfastes à la relation patient-thérapeute (73).

La non coercition de l'Hypnose et la part active du patient :

Selon les patients, notre mobilisation n'a pas comporté de directivité. Ils reconnaissent avoir joué un rôle actif dans leur thérapie, en lien avec le thérapeute.

L'influence est présente dans toutes les relations humaines, y compris thérapeutique. Cependant, l'état de transe n'amène pas le sujet à produire des réponses qui ne sont pas en accord avec ses convictions. Cette influence s'exerce également dans le sens inverse, c'est-à-dire que le patient induit une certaine attitude chez le thérapeute (8).



Cette influence mutuelle entre le thérapeute et le patient est à l'image des influences que les planètes s'exercent mutuellement entre-elles, de manière harmonieuse.

Dans le NH, le patient va rentrer en contact avec ses propres ressources, dont il dispose mais avec lesquels il n'est pas forcément connecté (74). Erickson disait : « *L'Hypnose est le fait du patient lui-même, le thérapeute ne fait que lui donner la possibilité de le faire* » (75). Le patient n'est donc pas un spectateur du phénomène ou tributaire du thérapeute, il est au contraire le principal acteur dans le travail hypnotique.

Pour nous également, il ne s'agissait pas de diriger et encore moins d'imposer, mais simplement d'inviter et d'accompagner.

Les dérives liées aux pratiques hypnotiques :

L'Hypnose a pu être considérée comme révélatrice de la mémoire enfouie, avec l'attribution d'une fiabilité au discours des sujets « sous Hypnose ». Sa pratique a alors connue des dérives, elle a notamment été utilisée dans les années 1970 par la justice américaine afin d'activer électivement la mémoire des témoins.

Cette pratique a été interdite depuis, car les sujet hypnotisés sont enclins à être influencé par des questionnements inducteurs (76) et parfois transforment une opinion en souvenir (77).

En France, un arrêt du 12 décembre 2000 de la chambre criminelle de la Cour de cassation a posé que le recours à l'Hypnose n'était pas conforme aux dispositions légales relatives au mode d'administration des preuves en matière pénale (78).

Afin d'éviter ce genre de dérive, la formation à l'Hypnose doit s'adresser seulement aux professionnels de la santé et de la psychologie, et son usage doit se faire dans un but exclusivement thérapeutique.

Le lien thérapeutique dans la Nouvelle Hypnose :

Nos résultats montrent que la qualité de l'accompagnement thérapeutique interagit et influence le cheminement des patients, notamment en ce qui concerne le respect de leurs possibilités et de leur intimité. Nous avons tenté de nous adapter à ce que les patients nous renvoyaient de ce qu'ils sont en train de vivre, dans une attitude centrée sur eux.

Nous retrouvons également le souci de l'autre dans la NH ; le thérapeute emploie les mots du sujet qui reflètent son monde, respire au même rythme que lui et adopte la même posture physique⁸⁷.

J. GODIN accorde une importance particulière au lien thérapeutique. Pour lui, le sujet répond aux suggestions hypnotiques en fonction de la relation qu'il a avec l'opérateur (8). Il considère que dans l'expérience hypnotique, il n'y a pas seulement ce que dit ou fait le thérapeute, les attentes du sujet déterminent (consciemment et inconsciemment) ce qui se passe (79).

Cela rejoint ce que disait D. Michaux : « *L'agent actif dans l'Hypnose n'est pas l'ensemble des mots tels qu'ils sont prononcés, mais la qualité du rapport thérapeutique qui s'est construit* » (17).

⁸⁷ En Hypnopraxie, cette adaptation posturale du thérapeute au patient se fait de manière spontanée.

Pour M. Erickson, l'aide thérapeutique doit à chaque fois être conçue sur mesure, afin d'apporter une réponse spécifique. Aucune séance ne ressemblera à une autre, le thérapeute doit « *Accepter et utiliser la réalité de la personne* » (80).

Mobiliser l'affect :

Notre mobilisation thérapeutique visait la dimension sensible des patients afin de faire (ré)apparaître chez eux la capacité d'éprouver différemment les choses, à travers un réaménagement affectif. Cela a eu pour effet l'acquisition par les patients de nouvelles praxies, tant sur le plan affectif que sur le plan cognitivo-comportemental.

Ce résultat va dans le sens de l'étude clinique réalisée par Richard Devy sur les patients atteints de sclérose en plaque, pour lesquels plusieurs séances d'Hypnopraxie ont favorablement et significativement amélioré leurs stratégies de « *Coping* »⁸⁸, leur sensation de fatigue et la qualité de leur vie (81).

D'autres approches visent également un changement par la modification des représentations émotionnelles, comme la Gestalt-thérapie (82).

Dans la littérature, l'approche focalisée sur l'émotion produit de meilleurs résultats lorsqu'on a affaire à des thérapies plus longues et où l'alliance thérapeutique est élevée (72).

La mobilisation des autres approches :

❖ La psychanalyse :

En psychanalyse, le patient dévoile ses structures en se racontant lui-même. En Hypnopraxie, le thérapeute, en mobilisant des structures, aide son patient à se raconter lui-même (46). Cependant, l'Hypnose ne se base pas sur l'interprétation comme dans les approches analytiques, mais dans la facilitation des processus naturels.

❖ Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) :

La TCC vise le schéma cognitif et comportemental en modifiant les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du patient, afin de remplacer les pensées et les attitudes inadaptées par des réponses plus adaptatives (83).

❖ La psychothérapie traditionnelle :

Les psychothérapies visent le schéma mental et psychologique à travers l'analyse et la compréhension de l'histoire de vie, sans viser directement la dimension inconsciente.

6.6. Les mécanismes de défense :

La somatisation :

Nous avons vu que la somatisation fonctionnelle pouvait être liée à un affect sous-jacent et correspondre à un mécanisme de défense.

⁸⁸ Le mot « *Coping* » vient du verbe Anglais « *to cope with* » qui signifie « faire face à ». Il désigne ici les stratégies d'adaptation face aux situations stressantes.

Pour l'Hypnopraxie, il s'agit de ce que l'on n'arrive pas à intégrer et que l'on refoule dans la sphère corporelle : « *Il existe une expression charnelle de la souffrance, lorsqu'elle n'est pas conscientisée, lorsqu'elle ne peut pas se dire* ». La douleur est une manière d'investir la sensibilité dans certains tissus ou fonctions organiques. La fibromyalgie en est un exemple tout à fait caractéristique ; tous les affects sont contenus dans la structure corporelle, et « *La chair (le corps sensible) devient le lieu des refoulements émotionnels et des conflits* » (46).

Dès lors, la Médecine n'est pas seulement l'étude des symptômes et des maladies, c'est aussi l'étude des sentiments qui mobilisent des mécanismes biologiques et qui peuvent susciter leur dysfonctionnement. D'autant plus qu'à travers l'hyperspécialisation et la technicité des soins, le sujet devient un objet d'étude, mais à l'extrême, il est réduit à sa pathologie, l'infarctus, la dépression, etc. (84).

L'attitude thérapeutique vis-à-vis du symptôme :

Nos résultats montrent une amélioration des symptômes physiques (notamment les douleurs) et psychosomatiques (notamment les troubles du sommeil), cette amélioration survient de manière spontanée, dans la mesure où aucune action n'a été entreprise dans ce but. En effet, nous n'avons, à aucun moment, visé le symptôme dans notre mobilisation thérapeutique.

Cette attitude correspond à celle de l'Hypnopraxie qui n'a pas pour perspective première de faire disparaître le symptôme, mais de faire en sorte qu'il n'ait plus besoin d'être, à travers une restructuration inconsciente. Ceci contraste avec l'approche comportementale.

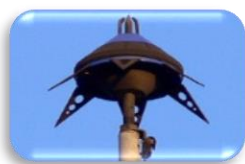
Par ailleurs, cette approche thérapeutique nous a permis d'englober la demande paradoxale des patients qui, pour certains, reconnaissent une utilité à leurs symptômes tout en voulant s'en débarrasser.

P. Watzlawick considérait que « *Le symptôme est la solution, il n'est pas le problème* », c'est-à-dire la solution que l'être a trouvé pour survivre à quelque chose d'éminemment difficile, à partir de là, il sera traité comme un indicateur (85). Jean-Yves PECCOLO disait « *Il nous faut apprendre à entendre les murmures du corps si nous ne voulons pas entendre ses cris* ».

Pour M. Erickson, les symptômes sont habituellement en relation avec la perte de l'individualité du patient (23).

Contourner les résistances :

Dans la NH, M. Erickson utilisait des techniques et des subtilités de langage afin de contourner les mécanismes de défense de ses patients et de faciliter le travail inconscient, il avait notamment recours à l'humour, au paradoxe, à la confusion, à la décharge, au déplacement, etc. (cf. Contourner les résistances : p29).



Le contournement des résistances durant la transe est à l'image d'un paratonnerre qui capte la charge électrique de la foudre pour la conduire ailleurs.

Des études dans la littérature proposent au thérapeute d'ajuster ses interventions en fonction des mécanismes de défense des patients afin de préserver l'alliance thérapeutique (86).

En ce qui concerne notre travail, nous avons considéré que les patients ne pouvaient pas faire mieux et que le travail qu'ils arrivaient à faire correspond à leur possible du moment. Par conséquent, nous n'avons pas cherché à contourner leurs résistances.

6.7. L'intégration « Affect-Conscience » et « Soi-Monde » :

L'intégration et l'évolution des praxies :

Le changement constaté auprès de nos patients correspond à un dépassement des dualités « Affect-Conscience » et « Soi-Monde » à travers un réaménagement affectif. Cette intégration se traduit par une mise en relation entre :

- Ce qui est éprouvé et ce qui est conçu, aboutissant à un apaisement, une amélioration symptomatique et à une mise en lumière de leur propre réalité ;
- La manière d'être des patients et les réponses de l'existence, aboutissant à un repositionnement des valeurs éprouvées vis-à-vis des autres, à un renouvellement des vécus des situations et à un sentiment de responsabilité.

Ces résultats sont en accord avec la nature intégrative de l'Hypnopraxie, celle-ci vise à mettre en lumière les dissociations et cherche à les réunifier. A travers la maturation de l'« éprouver », il y a une déconstruction et une reconstruction de l'axe de conduite, le patient peut réévaluer ses priorités, faire des choix et poser ses actes en conséquence (46).

Dans la NH, la transe facilite l'intégration et l'harmonisation de plusieurs données conscientes et inconscientes, ainsi que la mise en route de nouvelles synthèses : « *Des données, habituellement hors de portée de notre conscience, deviennent accessibles* » (87).

Pour J. GODIN, les îlots inadaptés que représentent nos limitations acquises sont pris dans des réseaux d'associations psychiques, et notre volonté ne sert à rien pour s'en débarrasser (8). L'état d'Hypnose, par la mise entre parenthèses qu'il représente, libère ces associations de sorte que de nouvelles organisations plus intégrées puissent émerger (88).

Aussi, la Sophrologie fait partie des approches intégratives, elle tend à faire éprouver à son patient la cohésion de soi, dans un vécu unitaire corps-conscience le plus harmonieux possible (89).

Cela rejoint également le modèle holistique de la Médecine Générale qui place le patient au centre, en le considérant dans sa globalité et dans sa complexité, elle prend en compte sa dimension psychoaffective, en plus des aspects biologiques. En effet, le corps et l'affect forment une unité indivisible, ce qui affecte l'un affecte assurément l'autre.

Le processus d'individuation de Jung :

Le processus d'intégration nous renvoie au concept d'individuation développé par C.G. Jung, il s'agit d'un processus « *Par lequel un être devient un in-dividu psychologique, c'est-à-dire une unité autonome et indivisible, une totalité* » (90).

Cette totalité correspond au SOI qui englobe et intègre le MOI, il est, selon lui, la source et l'origine de notre vie psychique et le centre de notre personnalité. L'individuation est la « *Réalisation de son Soi* » qui est la condition de notre liberté (91).

Les aspects dissociatifs dans la Nouvelle Hypnose :

Contrairement à la NH, notre mobilisation thérapeutique n'a pas comporté de dissociation.

En effet, M. Erickson utilisait la dissociation en s'adressant à l'inconscient du sujet comme une entité autonome : « *Vous n'avez pas besoin de m'écouter, une partie de vous-même écoute et peut prendre dans mes paroles ce qui lui est utile...* ». Il percevait l'état hypnotique comme un état de dissociation naturel et habituel qu'il va chercher à susciter ou à amplifier (92).

Cependant, la dissociation peut avoir un intérêt dans certaines situations, comme dans les névroses traumatiques où la régression dissociée peut être utilisée ; le sujet est invité à revivre les événements sans les affects, c'est-à-dire en dissociant ses émotions de ses souvenirs. Un autre exemple est la dissociation du corps des sensations douloureuses, le temps d'un geste chirurgical ou pour les patients en fin de vie.

La systémie familiale :

L'école de Palo Alto considère que la pathologie ne se trouve pas chez l'individu mais au sein des relations. En changeant la structure de la relation, on change inévitablement, pour chacun des partenaires, le sens, l'émotion, le comportement et l'interaction elle-même (93).

Ceci correspond à la dimension systémique du patient qui est en équilibre dans un ensemble plus large (94). Selon Jackson, il existe une homéostasie familiale, des effets bénéfiques survenus chez un membre peuvent se généraliser dans un système (95), il convient alors de replacer le patient dans son contexte et dans son système de vie.

Nous avons pu relever dans nos résultats cette dimension systémique, notamment à travers l'exemple de P5 qui nous rapporte un changement de la dynamique familiale suite à son propre changement (cf. Tableau V.6 : p117).

En effet, tout changement chez un patient est en relation avec chaque personne de son système. J.M. Bernheim disait : « *Tout ce qui est vivant est en lien, nous soignons une maladie, un organe faisant partie d'un être en relation avec ses croyances, son environnement, son vécu* ». Le thérapeute, étant à l'extérieur du système, peut apporter ce que le système lui-même ne peut engendrer (34).



L'interdépendance entre le patient et son environnement constitue sa dimension systémique, elle est à l'image du jeu de Mikado où le déplacement d'une baguette peut entraîner le déplacement des autres.

La variation eidétique de Husserl :

Nous avons constaté chez les patients un renouvellement des points de vue et une révélation de nouvelles potentialités, cette évolution concerne aussi bien la considération de soi-même, que le vécu des situations et la manière de viser autrui.

Nous pouvons illustrer ce changement par la variation eidétique de Husserl ;

En géométrie, un rectangle est une figure aux caractéristiques universelles, c'est une figure à quatre côtés, dont les angles sont droits. On peut faire varier la taille du rectangle, changer sa largeur ou sa longueur, son « essence » de rectangle reste la même. Husserl appellera « variation eidétique » cette démarche qui consiste à modifier par la pensée les caractères d'un objet mental afin d'en dégager l'essence (96).

6.8. Les représentations vis-à-vis de l'Hypnopraxie :

Les patients nous rapportent que les représentations les plus récurrentes sont celles de leur perte de contrôle et du thérapeute tout puissant. Ces représentations sont souvent façonnées par les médias qui diffusent une image d'Hypnose-spectacle.

Dans la littérature, nous retrouvons également ce type de représentations, le patient « sous Hypnose » serait comme un robot guidé par l'hypnotiseur (97) ou comme un automate à la merci de la personne qui l'hypnotise (98).

Les données de la littérature montrent que « *La représentation sociale de l'Hypnose joue un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et de l'hypnothérapeute par rapport à l'Hypnose* » (99). Aussi, Hawkins et Bartsch expliquent que « *Les connaissances, attitudes et croyances à propos de l'Hypnose sont des facteurs critiques dans la détermination de la réponse à la suggestion hypnotique* » (100).

Nos résultats sont discordants avec ces données, car les représentations des patients de notre étude ont pu être dépassées, elles ne nous ont pas semblées être un facteur limitant leur évolution.

Cependant, cette conclusion est à tempérer, car notre travail ne porte pas spécifiquement sur l'évaluation des représentations des patients vis-à-vis de l'Hypnose.

6.9. Le lien thérapeutique :

Nous avons vu que l'expression d'un lien thérapeutique favorable influence positivement l'évolution des patients.

Cette corrélation peut être lue dans les deux sens ; c'est parce que les patients ont une bonne relation thérapeutique qu'ils ont pu évoluer, ou alors c'est parce qu'ils ont pu évoluer qu'ils ont développé une bonne relation thérapeutique.

Dans la littérature, la nécessité de créer une alliance thérapeutique⁸⁹ constitue un facteur commun à la plupart des courants (72), dans la mesure où sa qualité est actuellement considérée comme l'un des ingrédients prédictifs les plus robustes pour prévoir le changement en psychothérapie (73).

Cette question d'une relation singulière a été identifiée depuis le XVIII^{ème} siècle ; Mesmer parle de « *rapport instauré par le toucher* », Puységur d'une « *relation d'élection* », Deleuze d'un « *attachement tendre* », Janet de « *passion somnambulique* », Braid d'une « *forme particulière de sympathie* » (101).

⁸⁹ L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (118).

Pour Laurence et Perry, « *L'Hypnose n'existe pas, ce qui existe c'est l'interaction entre un contexte donné et l'aptitude du sujet à répondre à ce contexte* » (102).

Par ailleurs, l'alliance thérapeutique avec les patients de l'étude a été estimée comme bonne, nous avons pu l'évaluer à travers les indicateurs indirects de leur adhésion thérapeutique (cf. L'adhésion thérapeutique : p105). Ceci peut expliquer (au moins en partie) la nature des changements opérés.

6.10. La discussion du modèle synthétique :

Nous avons identifié plusieurs processus sous-jacents au cheminement thérapeutique des patients. Ces processus forment un ensemble complexe et sont en interaction les uns avec les autres.

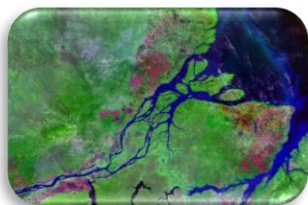
La plupart des chercheurs reconnaissent que l'on ne peut pas expliquer le changement thérapeutique par un seul type de variables. En effet, aucun des éléments actuellement identifiés ne semble expliquer à lui seul les résultats obtenus (73).

D'autre part, le nombre de facteurs pouvant influencer le cours d'une psychothérapie est si important que tout projet d'évaluation apparaît comme nécessairement réducteur (103). Pour Duruz, tout modèle est toujours partiel par rapport à ce qui se passe réellement en thérapie (104).

6.11. Synthèse de la discussion des résultats :

Notre modèle synthétique, élaboré à partir de l'analyse des résultats, rejoint le fondement théorique de l'Hypnopraxie.

Certains processus identifiés sont communs avec les autres approches psychothérapeutiques, d'autres sont plus spécifiques à l'Hypnopraxie.



Bien que l'Hypnopraxie comporte des spécificités, elle a la même finalité que les autres approches thérapeutiques. Ce qui prime avant tout c'est le bien-être du patient, quel que soit la méthode pour y aboutir. A l'image de plusieurs fleuves qui se jettent dans la même mer, même s'ils proviennent de sources différentes.

La pratique de l'Hypnopraxie nous semble donc complémentaire avec les autres approches thérapeutiques.

SIXIEME CHAPITRE -

LA DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE

Sommaire du chapitre :

- 1. La critique de la méthodologie.**
- 2. Les forces et les biais de l'étude.**
- 3. La validité des résultats**
- 4. Les implications sur les pratiques.**
- 5. Les perspectives pour les recherches futures.**

VI. LA DISCUSSION DE LA MÉTHODOLOGIE :

Dans ce dernier chapitre, nous allons apporter un regard critique sur la méthodologie employée.

Par la suite, nous allons discuter les forces et les biais de l'étude, ainsi que la validité des résultats obtenus.

Enfin, nous présenterons les implications sur la pratique en Médecine Générale et les perspectives pour les développements futurs.

1. La critique de la méthodologie :

1.1. Le choix de la méthodologie qualitative :

Devant la nature de notre objectif de recherche, le choix d'une méthodologie qualitative nous a paru le plus pertinent. Cette démarche permet de cerner les expériences subjectives et d'appréhender la complexité et la dynamique d'un phénomène, situé dans son contexte.

En effet, nous avons tenté au cours de ce travail, non pas de démontrer, mais d'explorer et de clarifier les processus sous-jacents au cheminement thérapeutique des patients, à travers leur manière subjective et singulière d'avoir vécu l'expérience thérapeutique de l'Hypnopraxie.

Ces aspects sont difficilement quantifiables, leur traitement relève difficilement d'une mesure ou d'un traitement statistique.

De plus, l'approche qualitative est particulièrement adaptée aux approches individuelles et spécifiques où le patient est considéré comme un sujet unique et complexe, comme c'est le cas de notre étude.

1.2. Le recrutement :

Les caractéristiques des patients :

La répartition des catégories socio-professionnelles des patients est relativement superposable à celle de l'Insee, établie en 2012 pour le département de la Réunion (Figure VI.1).

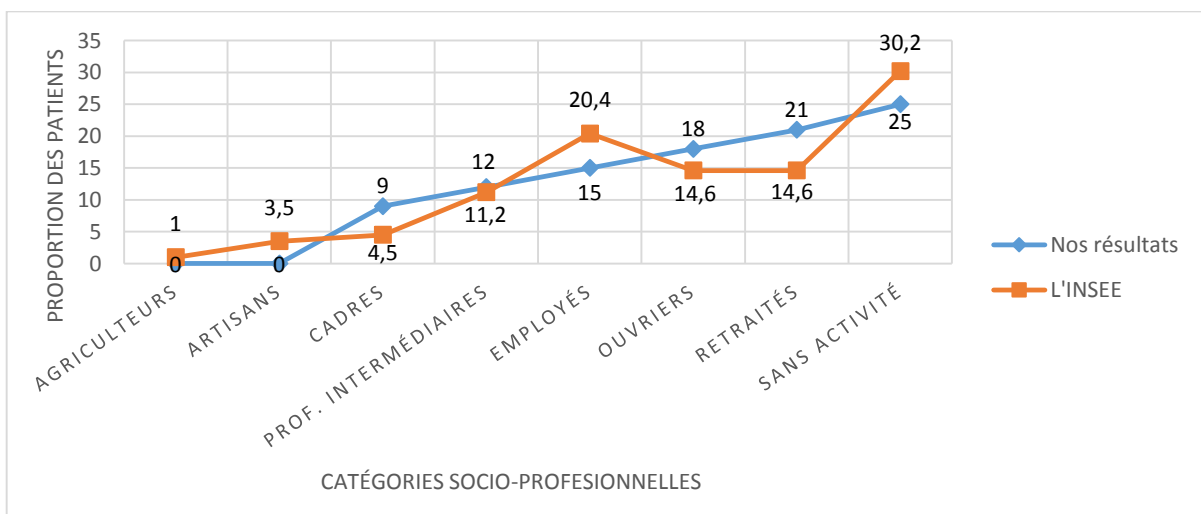


Figure VI.1 : Comparaison de la répartition des catégories socio-professionnelles entre nos résultats et ceux de l'Insee.

Les motifs de consultation :

Selon la SFMG⁹⁰, la fréquence de la pathologie psychiatrique et des troubles d'origine psychiques rencontrés en Médecine Générale est estimée à 15,7% (3).

Les motifs de consultation de nos patients sont relativement comparables à ceux de la SFMG (Figure VI).

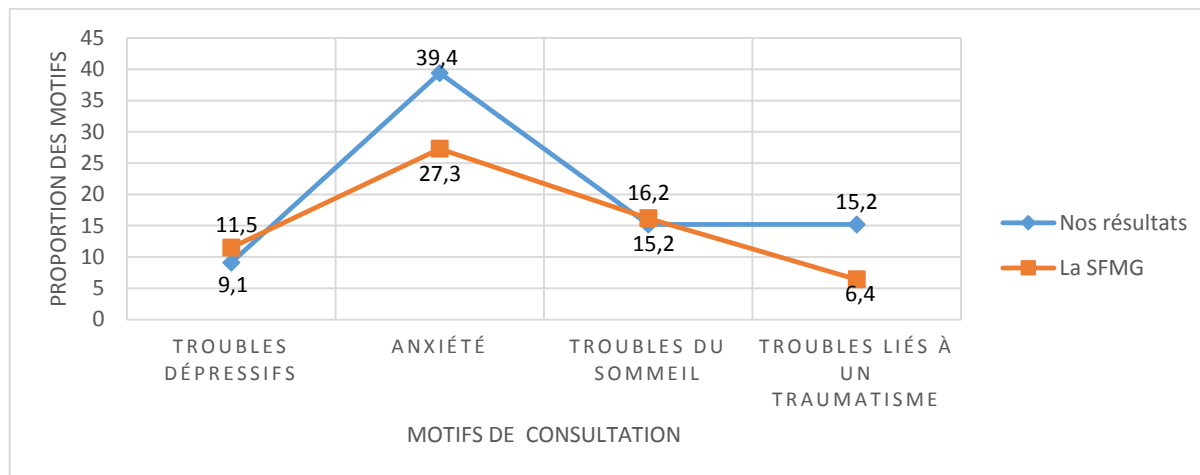


Figure VI.2 : Comparaison des principaux motifs de consultation de notre étude avec ceux de la SFMG.

Les critères d'exclusion :

Bien que trois enfants aient été suivis, nous avons choisi de les exclure afin de garder une cohérence à notre étude, car le travail thérapeutique avec cette population comporte des spécificités⁹¹.

Nous avons également exclu les patients ayant des troubles dissociatifs, car nous n'avons pas de compétence spécifique en matière de troubles psychotiques.

1.3. Le recueil des données :**L'entretien semi-dirigé :**

En recherche qualitative, l'entretien est particulièrement approprié comme méthode de recueil de données pour analyser et comprendre un phénomène.

❖ **L'entretien plutôt que le questionnaire :**

Nous avons opté pour un mode de recueil par entretien, ce qui nous a permis d'explorer le phénomène du cheminement thérapeutique dans sa complexité.

Ce mode de recueil nous a semblé plus adapté à la nature de l'étude que l'utilisation du questionnaire à plusieurs égards :

⁹⁰ Société Française de Médecine Générale. D'après les recueils en continu dans le Dictionnaire des Résultats de Consultations.

⁹¹ Il se fait notamment à travers le jeu, les histoires et le dessin.

- ***La richesse des données :***

L'entretien est conçu comme un type particulier de conversation (105) ;

D'une part, il laisse la place à l'apparition d'éléments imprévus et non recherchés, dans la mesure où les patients ont une liberté dans leur façon de répondre aux questions posées. Ces données peuvent alors être une source de découvertes et d'hypothèses nouvelles.

D'autre part, il apporte une richesse dans les données recueillies, grâce notamment à la possibilité d'approfondir ou de faire préciser certains aspects.

Enfin, il permet de recueillir les expressions non verbales des patients et de nous y adapter.

Le caractère fermé du questionnaire avec des items prédéterminés n'aurait pas suscité l'émergence de nouvelles données, ni amené une telle richesse dans ses réponses. De même, l'aspect non verbal n'aurait pas pu être relevé.

En contrepartie, l'entretien est une des techniques de collecte plus coûteuses en temps et en énergie, notamment au moment du codage et de l'analyse du contenu.

- ***La nature des données :***

L'entretien fait produire un discours et révèle une expérience, il permet d'appréhender la manière qu'ont les patients de faire l'épreuve des choses.

Ces données ne peuvent pas s'exprimer à travers un questionnaire, car celui-ci produit des opinions et comporte généralement des questions fermées pour que les réponses⁹² puissent être traitées statistiquement.

- ***Les modalités d'application :***

L'administration du questionnaire est contrôlée le plus étroitement possible pour s'assurer que chacun se déroule dans des conditions identiques, selon des conventions et des schémas d'action bien précis.

En revanche, l'entretien offre une plus grande liberté d'action. Nous n'avons pas eu d'obligation de suivre les formulations ni l'ordre des questions préalablement construites.

❖ L'entretien semi-dirigé plutôt que les autres types d'entretien :

Un entretien semi-dirigé nécessite moins de temps qu'un entretien entièrement libre, tout en restant une méthode qualitative. Aussi, l'analyse de ses données est plus aisée.

S'agissant d'une expérience intime, il était naturellement plus approprié de réaliser des entretiens individuels et non en focus groupe.

Les modalités du recueil :

❖ L'élaboration de la grille d'entretien :

⁹² De type : « vrai » ou « faux », choix multiples, position sur une échelle de Likert, etc.

Après l'entretien test, nous avons adapté notre attitude et rajouté deux items à la grille d'entretien (cf. Annexe 4 – La grille d'entretien : p206). Dans le cadre d'une approche qualitative, cette adaptation est possible.

Cette grille nous a servi de repère. Elle nous a permis de nous adapter au discours des patients, d'effectuer des relances pertinentes, et de vérifier que tous les aspects importants ont été évoqués.

❖ La non utilisation d'échelles et de méthodes standardisées :

L'utilisation des échelles qualitatives d'évaluation du changement⁹³ ne nous a pas semblé pertinente, dans la mesure où elle ne répond pas à notre objectif de travail qui se veut exploratoire.

En effet, ce qui est recherché n'est pas tant l'évaluation des changements survenus, mais plutôt l'élucidation et l'identification des processus sous-jacents à ces changements.

Par ailleurs, les méthodes standardisées exigent une homogénéité des groupes sur le plan diagnostique et une uniformité des pratiques⁹⁴. Ces deux éléments nous paraissent difficilement transposables aux psychothérapies qui comportent toujours une part d'imprédictibilité, difficile à prendre en compte avec ce type d'évaluations.

❖ La réalisation des entretiens :

Le contexte de réalisation de l'entretien peut influencer considérablement son déroulement et son contenu, c'est pour cela que nous avons réalisé tous les entretiens dans le même cabinet où les patients ont été suivis.

Nous avons opté pour des entretiens à tendance compréhensive, c'est-à-dire personnels et non standardisés. Notre engagement actif dans les questions vise à provoquer l'engagement du patient dans ses réponses (106).

En même temps, nous avons veillé à ce que les réponses ne soient pas une série « d'attentes » à produire. Les entretiens ont donc été conçus sous forme de questions ouvertes, afin de ne pas influencer les réponses des patients.

Nous avons laissé les patients s'exprimer librement et ce, même lors des digressions, car cela peut produire des éléments inattendus.

Les questionnaires portant sur les caractéristiques des patients n'étaient pas nécessaires, ces données ont été recueillies lors de l'anamnèse.

❖ L'enregistrement des entretiens par dictaphone :

L'utilisation du dictaphone a été acceptée par tous les patients sans aucune difficulté, mais elle nous a semblé gênante pour au moins deux d'entre eux (P10 et P19).

⁹³ Comme l'évaluation des stratégies de *Coping* ou les échelles de qualité de vie.

⁹⁴ Elle implique que le thérapeute travaille toujours de la même façon d'un patient à un autre, voire avec le même patient.

La constitution du corpus :

❖ La transcription :

L'enregistrement des entretiens nous a permis une transcription verbatim, c'est-à-dire intégrale, mot à mot, du discours des patients afin de garder son authenticité et de conserver les aspects paraverbaux. Aussi, il nous a dispensé la prise de note pour nous consacrer entièrement à l'entretien et nous adapter aux patients.

Cependant, cette transcription a été réalisée dans un délai de trois semaines après chaque entretien, ce qui pourrait engendrer une perte d'informations relatives aux aspects non verbaux.

Enfin, la transcription verbatim a constitué une contrainte temporelle importante.

❖ L'utilisation du logiciel de reconnaissance vocale :

Malgré sa haute performance, le logiciel de reconnaissance vocale produit des distorsions du discours lors de notre dictée (par répétition, phrase par phrase), c'est pour cette raison que nous avons lu l'ensemble du verbatim au moins à quatre reprises. Son analyse était également l'occasion pour nous de corriger les erreurs résiduelles.

❖ Le journal de bord :

Le déroulement des séances n'a pas fait l'objet d'enregistrement. Cependant, nous avons noté les aspects significatifs dans le journal de bord, immédiatement après le départ des patients.

Nous avons jugé utile d'inclure ces données⁹⁵ au corpus, car elles peuvent apporter des éléments importants pour l'analyse. En revanche, la prise de notes présente deux carences :

- L'idée du sujet de thèse nous est survenue 3 semaines après avoir débuté les séances. De ce fait, le déroulement des premières séances n'a pas été relevé ;
- La prise de notes différée pourrait engendrer une perte d'informations liée à l'oubli.

C'est pour cela que les données issues du journal de bord ont été introduites le moins possible dans les chapitres « Résultats » et « Discussion », nous les avons marquées d'une étoile*.

D'autre part, l'exploration de la mobilisation intégrative⁹⁶ et des attitudes non verbales au cours des séances (proxémie, intonation de la voix, etc.) a été limitée.

1.4. Les règles d'éthique :

Les aspects éthiques et règlementaires en matière de protection de données et d'anonymat ont été respectés, notamment à travers l'obtention d'une autorisation de la CNIL et du consentement écrit et signé par les patients autorisant l'enregistrement vocal (cf. Les aspects éthiques : p57).

⁹⁵ Le journal de bord constitue moins de 15% de notre corpus (en nombre de mots).

⁹⁶ Comme la globalisation de la temporalité, l'alternance des structures, l'incorporation de l'environnement, etc.

Nous avons offert aux patients la possibilité d'obtenir la copie intégrale de la transcription de leur entretien. En revanche, nous avons omis de les informer sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant leurs données.

Nous avons attribué un numéro à chaque patient en retirant les éléments qui peuvent contribuer à son identification. Précisons que le sexe, même s'il ne permet pas cette identification, peut parfois être deviné, car il transparait indirectement dans le discours⁹⁷.

1.5. La méthodologie d'analyse :

L'analyse thématique du contenu :

Il n'existe pas de méthode d'analyse qui soit meilleure que les autres, il y a seulement des méthodes qui sont plus appropriées que d'autres.

Afin de répondre à la question de recherche, l'application de l'analyse thématique de contenu nous a semblé pertinente. Elle nous a permis de relever et de synthétiser les thèmes présents dans notre corpus, et de développer des catégories sous forme d'un arbre thématique, ce qui a constitué la base de notre analyse.

L'utilisation du logiciel d'analyse qualitative nous a facilité le codage de ces données, d'autant plus que celles-ci étaient nombreuses et complexes.

Ce type de logiciel constitue une simple aide technique qui ne remplace pas la créativité humaine (107). En effet, c'était à nous que revenait la tâche fondamentale d'établir les liens et de faire émerger un sens global à partir des données brutes analysées.

La démarche inductive :

Nous avons adopté une méthode de traitement inductive, cette approche est particulièrement appropriée pour l'analyse de données provenant d'études à caractère exploratoire, comme c'est le cas ici.

A l'opposé, les approches déductives visent plutôt à tester si les données collectées sont cohérentes avec les hypothèses ou les théories identifiées en prémisses par le chercheur.

Dans le présent travail, nous avons cherché à bâtir un modèle synthétique et fonctionnel visant à offrir une image détaillée du processus thérapeutique, à partir du vécu et de l'expérience des patients. Ce modèle peut prendre la forme d'une bonification du modèle initial ou d'une proposition de nouveaux modèles explicatifs (108).

L'utilisation d'une démarche inductive a impliqué que le déroulement des étapes d'analyse n'était pas séquentiel, c'est-à-dire que l'attribution de thèmes s'est faite simultanément à la construction des catégories. L'arbre thématique a pu ainsi être amélioré au cours de la lecture.

⁹⁷ Par exemple, les éléments relatifs à la ménopause, à la grossesse ou à la sexualité.

1.6. Les difficultés rencontrées :

Une bibliographie restreinte :

Dans la littérature actuelle, nous avons trouvé très peu de travaux sur l'Hypnopraxie, ce qui a limité notre discussion en ce qui concerne la comparaison des résultats avec la littérature.

La recherche des mots « Hypnopraxie » et « *Hypnopraxia* » dans les bases de données bibliographiques, telles que *PubMed*, *Cochrane Library*, *EM Premium*, *Sudoc*, *Doc'CISeMeF* etc. n'a abouti à aucun résultat.

La complexité de l'analyse :

Nous nous sommes également confronté à une difficulté qu'est d'analyser une grande quantité⁹⁸ de données qualitatives, relatives à un phénomène complexe.

En effet, notre matériel d'étude est constitué de discours, ce sont des données subjectives qui ne peuvent pas faire l'objet d'un traitement statistique standardisé, mais relèvent d'une méthodologie qualitative spécifique, que nous avons acquise au cours de ce travail.

Cette difficulté d'analyse a été accentuée par le respect de la règle d'exhaustivité, car les thèmes étaient intriqués les uns aux autres, et un même extrait pouvait concerner plusieurs catégories à la fois.

L'aménagement du cabinet :

Ce travail a été réalisé au cours de notre dernier stage d'internat (SASPAS), le déroulement des séances d'Hypnopraxie a naturellement comporté des contraintes, car nous avons dû également, en tant qu'interne, assurer les consultations « ordinaires ».

Cette difficulté a été d'autant plus marquée que chaque séance a nécessité entre 45 et 60 minutes, alors que le temps de consultation en Médecine Générale est de 16 minutes en moyenne (109).

2. Les forces et les biais de l'étude :

2.1. L'originalité de l'étude :

Nous justifions l'originalité et la pertinence de notre travail par les éléments suivants :

- L'Hypnopraxie est une approche thérapeutique récente⁹⁹, elle n'a jamais fait l'objet d'un travail de thèse auparavant ;
- Il s'agit d'une étude exploratoire qui vise à élucider des processus relatifs à un phénomène complexe ;
- Nous avons réalisé nous-mêmes l'intervention thérapeutique. Il s'agit d'un travail de terrain, directement auprès des patients ;

⁹⁸ Le corpus est constitué de plus de 87000 mots.

⁹⁹ Pour rappel, l'Hypnopraxie a été créée à la fin des années 1990, par le Dr. Guy CHEDEAU.

- Dans le cadre d'une démarche inductive, l'analyse des résultats a été menée à partir de l'expérience thérapeutique des patients, sans hypothèse préalable ;
- Les règles d'éthique ont fait l'objet d'une attention particulière, surtout en matière d'anonymat et de protection de données. Une autorisation de la CNIL a été obtenue.

2.2. La discussion des biais :

Le biais de recrutement :

- ❖ La subjectivité du recrutement :

Dans le cadre du recrutement, nous nous sommes volontairement détaché du cadre nosologique. La proposition de la thérapie ne relevait pas de critères diagnostiques préétablis, mais d'un jugement et d'une intuition de notre part.

Cela peut constituer un biais de recrutement difficilement évitable, car la relation humaine en général, et thérapeutique en particulier, est par nature subjective, dans la mesure où il s'agit d'une interaction entre des sujets. Comme le disait Jocelyn Benoist, la subjectivité est « *ce motif omniprésent qui se manifeste partout où est la relation sociale* » (110).

D'autre part, en Médecine Générale, nous soignons une personne dans sa globalité et non une pathologie, ce qui implique que l'homogénéité du diagnostic ne garantit en aucune manière l'homogénéité des situations cliniques (111) ; deux patients ayant un syndrome dépressif sont différents, même s'ils partagent le même diagnostic.

Plus spécifiquement, la pratique de l'Hypnopraxie n'est pas orientée vers un but thérapeutique précis et ne vise pas un symptôme, elle s'adresse plutôt à la manière d'être (praxie) du patient.

Nous avons tenté d'atténuer ce biais par la proposition systématique de la thérapie à tous les patients pour qui nous l'avons jugée indiquée, indépendamment de leur profil. A aucun moment, la « suggestibilité » n'a été prise en considération dans le recrutement.

L'influence de ce biais est faible, dans la mesure où nos résultats sont comparables à ceux de l'Insee en ce qui concerne la répartition socio-professionnelle des patients, et à ceux de la SFMG en ce qui concerne les motifs de consultation. Enfin, le recrutement des patients par notre initiative ne semble pas influencer leur cheminement thérapeutique.

Le biais d'investigation :

- ❖ L'induction des réponses :

Il nous a été difficile d'évaluer dans quelle mesure, la relation thérapeutique (déjà établie avec les patients) pouvait influencer leurs réponses. Pour limiter ce biais, il aurait été préférable que les entretiens soient réalisés par un investigateur externe.

Dans une moindre mesure, la présence du dictaphone peut également induire les réponses des patients dans un certain sens.

- ❖ Le cadre du SASPAS :

Etant salarié de l'hôpital dans le cadre du SASPAS, nous n'avons pas de conflit d'intérêt vis-à-vis de la rentabilité financière, dans la mesure où notre revenu n'était pas tributaire du nombre de patients vus ni du temps passé avec chacun¹⁰⁰. Ceci implique deux éléments :

- Les séances étaient relativement longues, chacune durait entre 45 minutes et une heure ;
- La thérapie a pu être perçue comme gratuite par les patients, de par la non majoration d'honoraires et la dispense de l'avance de frais.

Ce contexte de réalisation ne correspond pas à la pratique courante, où les séances durent moins longtemps et où les dépassements d'honoraires sont généralement appliqués, ce qui peut interférer avec la survenue de changements.

Cela dit, l'impact de ce biais d'investigation est réduit, car l'objet de l'étude ne vise pas à évaluer le changement lui-même mais plutôt ses processus sous-jacents.

Le biais d'analyse :

- ❖ L'absence de triangulation :

Notre analyse résulte d'un processus de sélection et d'interprétation subjective des données brutes que nous avons estimées pertinentes par rapport à notre question de recherche.

En effet, nos tentatives de compréhension des relations des autres avec le monde sont nécessairement interprétatives (112). Cela introduit un biais d'analyse dans le présent travail, d'autant plus que nous étions l'intervenant exclusif dans sa réalisation.

Ce type de biais est inhérent à la recherche qualitative qui est, de par sa nature même, subjective, car elle explore des phénomènes humains complexes et singuliers, situés dans un contexte donné.

Il aurait été souhaitable de réaliser une analyse par triangulation¹⁰¹ ; soit par un « codage parallèle en aveugle » ou par une « vérification de la clarté des catégories ».

Nous avons essayé de faciliter l'évaluation de ce biais à travers l'exposition détaillée de la méthodologie utilisée et du contexte de réalisation, le lecteur pourra ainsi juger la pertinence de notre processus d'analyse et évaluer notre part d'influence sur la nature des résultats obtenus.

- ❖ Le détachement du cadre théorique :

Enfin, malgré l'exigence méthodologique de l'analyse des données, une limite importante dans notre travail réside pour nous dans la difficulté de mettre complètement entre parenthèses nos considérations et nos savoirs théoriques sur l'Hypnopraxie.

¹⁰⁰ Le médecin généraliste de ville est rémunéré (en majeure partie) en fonction des actes réalisés.

¹⁰¹ Combinaison de méthodologie avec un autre chercheur.

3. La validité des résultats

3.1. La validité interne¹⁰² des résultats :

La durabilité des changements :

Nous nous sommes posé la question de savoir si les changements opérés sont durables ? Et si les patients ayant eu un changement peu important auraient pu évoluer par la suite ?

Ces questions sont d'autant plus pertinentes que :

- Le cheminement thérapeutique se fait progressivement et nécessite du temps, il peut survenir parfois à distance de l'intervention thérapeutique ;
- Plus de la moitié des patients estiment avoir besoin de poursuivre la thérapie ;
- Une évolution limitée n'est pas un échec et n'est pas définitive. Il s'agit d'une expérience faite dans un contexte donné, en fonction des possibilités du moment, et dans un certain mode relationnel ;
- Les derniers patients recrutés ont eu moins de séances que les premiers, avec une durée de suivi moyenne plus courte (Figure IV.6 : p66).

Il aurait été intéressant de réaliser l'étude sur une durée plus longue ou avec un recueil plus à distance de l'intervention thérapeutique, afin d'évaluer le cheminement des patients sur le long terme.

Cela n'a pas été possible car l'étude s'est déroulé dans le cadre du SASPAS qui a duré 6 mois, quand celui-ci a touché à sa fin, nous n'avons pas pu poursuivre l'étude dans le même cabinet et avec les mêmes patients, essentiellement pour des considérations de responsabilité professionnelle et d'assurance.

L'imputabilité des changements à l'intervention thérapeutique :

L'attribution de l'évolution thérapeutique des patients à l'Hypnopraxie est difficile à établir, dans la mesure où d'autres facteurs susceptibles d'expliquer les changements opérés ont pu survenir pendant la durée de suivi.

Durant toute la durée du suivi, aucun traitement psychotrope n'a été initié pour aucun patient, ni par nous ni par d'autres médecins. De même, aucune psychothérapie n'était concomitante à notre suivi thérapeutique.

Aussi, nous avons pris le soin de noter systématiquement la présence de ces facteurs dans le discours des patients. En dehors de la Sophrologie, leur influence sur l'évolution thérapeutique nous paraît mineure.

Parmi les 6 patients concernés, 5 d'entre eux attribuent spontanément leur évolution au cheminement réalisé à travers l'Hypnopraxie ou au thérapeute (Tableau VI.1).

¹⁰² La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité.

Patients	P2	P3	P11	P13	P14	P17
Facteurs rapportés	Sophrologie	Psychothérapie antérieure	Yoga	Danse	Lieu d'habitation	Traitement homéopathique

Tableau VI.1 - Identification des facteurs susceptibles d'intervenir dans l'évolution des patients.

Enfin, pour différencier les améliorations spontanées de celles résultant de notre intervention thérapeutique, il aurait été préférable de relever l'ancienneté des troubles ayant motivé le recours à l'Hypnopraxie.

Au vu de ces éléments, nous ne pouvons pas attribuer de manière certaine tous les changements survenus chez les patients à l'Hypnopraxie. En revanche, nous pouvons légitimement considérer qu'elle y a fortement contribué.

Les patients comme une source d'information :

Nous avons accordé une place importante au point de vue du patient sur sa propre expérience.

Le discours des patients peut parfois comporter une dimension paradoxale, comme P13 (groupe C) qui estime : « Pour moi rien n'a changé, je suis toujours pareille ». Alors qu'elle déclare dans le même recueil que : « Sa personnalité s'améliore un peu quand-même » et que : « En fin de compte ça apporte un certain équilibre ».

L'utilisation des données du patient comme une source directe d'information peut altérer la validité des résultats. En même temps, elle permet de saisir la subjectivité individuelle, cela conforte notre choix pour l'entretien comme méthodologie de recueil, il nous a permis d'approfondir et de prendre en compte les nuances du discours.

L'évaluation de l'adhésion thérapeutique :

Nous avons pu évaluer l'adhésion thérapeutique des patients à travers la satisfaction exprimée, la recommandation à l'entourage, l'estimation du tarif des séances ainsi que les RDV manqués et le nombre de perdus de vue (Tableau IV.14 : p108).

Nous avons estimé avoir eu une bonne adhésion thérapeutique à travers les éléments suivants :

- 18 patients sur 19 (94,7%) expriment leur satisfaction vis-à-vis de l'approche ;
- 14 patients parmi 19 patients (73,6%) recommandent l'Hypnopraxie à leur entourage ;
- Sur les 104 RDV proposés, seulement 3 ont été manqués (2,9%) ;
- Les patients estiment un tarif moyen de 64,9 € pour une séance d'Hypnopraxie.

Cependant, la considération de ces éléments comme indicateurs indirects d'adhésion thérapeutique est à nuancer.

❖ La satisfaction exprimée :

Pour avoir une meilleure validité, il aurait été plus pertinent que le recueil des données soit réalisé par un investigateur externe, car la nature de la relation que nous avons établie avec les patients peut les rendre « complaisants » (cf. Le biais d'investigation : p180).

❖ La recommandation à l'entourage :

La non recommandation de l'Hypnopraxie par les patients est motivée par des raisons diverses, notamment pour ne pas dévoiler à l'entourage leur suivi psychothérapeutique.

D'autre part, 4 patients (66,6%) parmi les 6 du groupe C la recommandent, alors que 2 patients (22,2%) parmi les 9 du groupe A ne la recommandent pas.

❖ Les RDV non honorés :

Les RDV non honorés peuvent correspondre à une résistance de la part des patients (cf. Les manifestations des mécanismes de défense : p92).

Par ailleurs, parmi les 44 patients à qui nous avons proposé la thérapie par l'Hypnopraxie, 15 d'entre eux (34,1%) n'ont pas été revus, sans qu'aucun refus n'ait été explicitement formulé.

C'est pour cette raison qu'il aurait été intéressant de contacter ces patients pour les questionner et analyser les motifs de leur non adhésion.

❖ L'estimation du tarif des séances :

Cette estimation est biaisée par trois facteurs :

- L'estimation des tarifs a été faite a posteriori, c'est-à-dire après que les patients aient eu les bénéfices de la thérapie. Il s'agit d'un biais post-intervention qui peut surévaluer le tarif ;
- L'accès à la thérapie dépend des possibilités financières des patients ;
- Le tarif a été estimé en fonction de la durée de la séance.

Néanmoins, cela donne une idée globale sur la valeur que les patients attribuent à cette approche.

3.2. La validité externe¹⁰³ des résultats :

La représentativité de l'échantillon :

En adoptant une méthodologie qualitative, notre échantillon ne tend pas à la représentativité statistique, il recherche plutôt la représentativité des patients au regard de l'objectif de recherche.

Sa pertinence doit refléter les situations possibles, tandis que les études de vérification et de généralisation visent à refléter fidèlement la répartition des caractéristiques d'une population.

Pour que notre échantillon puisse atteindre cette représentativité, nous avons :

- Privilégié de saisir la richesse et la profondeur du discours d'un petit nombre de patients, plutôt que de mener une étude étendue à de nombreux patients mais moins approfondie, car une information donnée lors d'un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée dans des questionnaires (113) ;
- Opté pour un échantillonnage intentionnel afin d'approfondir l'exploration et d'élargir la couverture du phénomène étudié ;

¹⁰³ La validité externe traduit la possibilité d'appliquer les résultats obtenus dans un cadre expérimental à une situation naturelle.

- Déterminé la taille de l'échantillon par l'obtention de la saturation, c'est-à-dire que nous avons arrêté les entretiens lorsqu'ils n'apportaient plus d'information permettant d'enrichir le modèle élaboré (108).

Au vu de ces éléments, nous pouvons considérer que notre échantillon est représentatif de la diversité des expériences thérapeutiques, au regard de l'objectif de travail.

La validité méthodologique :

L'étude des processus doit passer par une analyse détaillée, approfondie et qualitative de la manière dont le changement a lieu (114).

L'utilisation d'une approche qualitative confère à notre travail une meilleure validité qu'avec une approche quantitative, dans le sens où les données recueillies donnent une image plus complète des processus thérapeutiques. En même temps, cette méthodologie amoindrit la fiabilité¹⁰⁴, car elle comporte une part plus grande de subjectivité.

Enfin, la saturation des données est considérée comme le critère le plus important de validité des résultats, elle remplit pour l'approche qualitative la même fonction que la représentativité remplit pour l'approche quantitative (115).

La généralisation des résultats :

Une des limites de notre étude est sa faible capacité de généralisation. Cette limite est relative à la nature de son objectif et à la méthodologie utilisée.

En effet, notre travail n'a pas de prétention ni a pour objectif d'être représentatif des pratiques de l'Hypnopraxie, et encore moins des pratiques hypnothérapeutiques, dans la mesure où il ne s'agit pas d'évaluer une procédure standardisée mais d'explorer un phénomène subjectif et complexe, lié à un mode relationnel particulier entre deux personnes singulières, dans un certain contexte.

Aussi, nous avons tenté de donner un sens aux discours des patients et d'accéder au plus près possible à leur expérience personnelle. Cette démarche inductive implique inévitablement d'être interprétatif (cf. Le biais d'analyse : p181).

D'autre part, le contexte culturel est à considérer, d'autant plus que deux tiers des patients sont « créoles » et donc porteurs de la culture Réunionnaise qui reste une culture de la transe (116). Cet aspect peut être un facteur facilitateur du travail hypnotique.

En effet, le phénomène hypnotique s'inscrit toujours dans un contexte culturel, comme le disait J. Godin : « *Toute Hypnose est une Hypnose de culture* » (8).

Pour pallier cette faible généralisation, il convient de confronter nos résultats avec d'autres études méthodologiquement ajustées, ce qui peut avoir comme effet de confirmer, d'enrichir ou de remanier le modèle structurel élaboré.

Notons enfin que la réalisation de l'étude directement auprès des patients contribue à améliorer sa validité externe.

¹⁰⁴ Si quelqu'un d'autre fait les mêmes recherches ou si le même investigateur les répète à un autre moment, il obtiendra les mêmes résultats.

4. Les implications sur les pratiques :

4.1. Les implications sur la pratique ambulatoire de la Médecine Générale :

A travers l'analyse de nos résultats, nous pouvons dégager quelques implications pratiques concernant l'exercice libéral de la Médecine Générale, y compris en dehors de la pratique de l'hypnothérapie.

Redonner de l'importance à la dimension affective :

Il convient de favoriser et d'accueillir l'expression de la dimension affective des patients, car elle sous-tend leur perception et oriente leurs actions. Elle s'exprime notamment à travers :

- Le discours des patients, avec leur manière d'utiliser les « ÇA » et les verbes ;
- Les indicateurs d'affect, comme les troubles du sommeil et l'appétit, l'asthénie, ainsi que les compensations ;
- Les symptômes fonctionnels et psychosomatiques.

La prise en compte de ces éléments en consultation de Médecine Générale serait utile, elle permettrait d'appréhender le patient dans sa globalité et de le considérer non pas dans ce qu'il déclare être mais dans ce qu'il est réellement. D'ailleurs, il est intéressant de constater que le terme « pathologie » signifie étymologiquement le langage (LOGOS) de la sensibilité (PATHOS).

Respecter des mécanismes de défense :

Les mécanismes de défense ont une fonction d'équilibre et de protection pour les patients, ils font partie du processus thérapeutique et se manifestent notamment à travers la somatisation et la victimisation.

Le symptôme constitue un indicateur d'un affect sous-jacent, derrière la demande apparente, il y a toute une organisation de vie. Le plus important n'est peut-être pas d'enlever le symptôme mais d'explorer ce qu'il pourrait révéler de la réalité intérieure du patient.

Le respect du rythme et des possibilités des patients peut contribuer à l'instauration d'un rapport de confiance et favoriser leur adhésion thérapeutique.

S'investir dans le lien thérapeutique :

Le lien thérapeutique est un élément important dans le soin, sa qualité influence l'évolution thérapeutique des patients.

Redonner une place à la subjectivité :

Le patient ne retrouve pas des faits mais un vécu des faits. Il convient alors de cibler, non pas l'évènement lui-même, mais la manière toute personnelle qu'il a de se rapporter et à éprouver les situations (praxie).

Considérer cette subjectivité permet de ne pas le chosifier et de prendre en compte son individualité en tant que sujet complexe et singulier. Cette considération permet également de lui redonner sa responsabilité dans sa manière de faire l'épreuve des choses.

Se former aux approches hypnothérapeutiques :

L'acquisition d'une compétence dans ce domaine pourrait ouvrir le médecin généraliste à de nouvelles perspectives et élargir ses propositions thérapeutiques, il pourra ainsi répondre et englober la diversité des expressions de la souffrance des patients, notamment lorsque les autres méthodes arrivent à leurs limites.

Ceci d'autant plus que les troubles fonctionnels et psychiques constituent une grande partie des motifs de consultations en Médecine Générale.

4.2. Les implications personnelles sur notre pratique de la Médecine Générale :

A titre personnel, nous nous sommes surpris de constater à quel point les patients peuvent évoluer lorsque l'on mobilise leur dimension affective, ceci a dépassé nos attentes.

La pratique de cette approche a profondément modifié notre manière d'être et de travailler avec les patients. Ce changement se manifeste à travers les éléments suivants :

- Développer une certaine manière d'être présent avec les patients, dans une attitude centrée sur leurs affects, avec moins de jugement et d'interprétation ;
- Pouvoir répondre à leurs demandes sans avoir recours systématiquement à un traitement médicamenteux¹⁰⁵, notamment à visée psychotrope non dénué d'effets secondaires ;
- Repérer la dimension structurelle dans le discours des patients et prendre en compte leur subjectivité dans leur manière de faire l'expérience des choses.

En dehors des séances formelles, nous utilisons la communication Hypnopraxique avec nos patients. Cette pratique nous a donné (encore plus) goût à la pratique de la Médecine Générale.

5. Les perspectives pour les recherches futures :

En se basant sur notre corpus, d'autres résultats pourraient certainement être mis en évidence, en s'appuyant sur des méthodologies qualitatives différentes (comme l'analyse sémantique) ou en adoptant d'autres questions de recherche.

De même, il serait pertinent d'explorer le cheminement des patients à travers d'autres approches thérapeutiques, notamment avec la psychanalyse et les TCC.

Enfin, d'autres travaux, y compris de nature quantitative, pourraient être conduits pour explorer plus spécifiquement un des mécanismes ou facteurs d'influence identifiés dans le présent travail.

¹⁰⁵ Dans certaines situations, le traitement médicamenteux peut s'avérer nécessaire, voire indispensable.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Notre objectif était de comprendre comment s'opère le changement chez les patients et d'éclaircir les processus sous-jacents à leur cheminement thérapeutique, c'est-à-dire ses mécanismes d'action et les facteurs qui l'influencent, et ce à travers l'intervention thérapeutique par l'Hypnopraxie.

Pour y répondre, nous avons réalisé 99 séances auprès de 33 patients adultes et volontaires durant 21 semaines, dans le cadre de notre dernier stage d'internat (SASPAS). Des entretiens semi-dirigés ont été effectués pour 19 patients, ce nombre correspond à l'obtention de la saturation. Les données recueillies ont été soumises à une analyse thématique du contenu de type inductif.

Cette méthodologie qualitative nous a permis de répondre à notre question de recherche, nous avons identifié plusieurs processus¹⁰⁶ et élaboré progressivement un modèle structurel et synthétique. Il s'agit d'un ensemble de mécanismes et de facteurs d'influence interdépendants et combinés les uns aux autres.

Les patients ont pu évoluer dans leur manière de se saisir d'eux-mêmes, de leur rapport aux autres, de leur vécu des situations et de leur orientation au monde (praxies), tant sur le plan affectif que sur le plan cognitif et comportemental.

Cette évolution résulte d'un travail **non volontaire et inconscient**, elle survient de manière spontanée et à l'insu du patient dans un premier temps, et se révèle à sa conscience secondairement. Sa manifestation suscite **la surprise** et l'étonnement.

Nous avons vu également que l'affect du patient est axiologique, dans la mesure où il l'oriente au monde et sous-tend sa conscience. Dès lors, **un réaménagement affectif** est nécessaire pour que sa réalité intérieure et son rapport à l'existence puissent se transformer.

Le retour à l'intimité sensible est nécessaire pour que ce réaménagement puisse s'opérer, il est favorisé par **la mobilisation structurelle du thérapeute**, permettant au patient d'introduire ses propres contenus personnels et de laisser surgir ses affects.

Dans cette intériorité, le patient se trouve dans **un état modifié d'affects**, et non seulement un état modifié de conscience. Ce qui est éprouvé correspond à **des manifestations corporelles involontaires** que le thérapeute accompagne d'instant en instant avec **des boucles interactives**.

Les mécanismes de défense correspondent à une mise à distance inconsciente de la sensibilité et ont une fonction d'équilibre et de protection, cette dissociation du patient de lui-même et de son environnement peut se manifester à travers la rationalisation, la somatisation et la victimisation.

Le réaménagement affectif aboutit à **une intégration des dimensions fondamentales** du patient (pathétique, conceptuelle et existentielle) qui se trouvent dissociées. Cette intégration se fait à travers une mise en relation entre :

- Ce qui éprouvé et ce qui est conçu. Cela se manifeste par l'apaisement, par l'amélioration symptomatique et par la prise de conscience de sa propre réalité ;

¹⁰⁶ Ces processus sont mis en évidence dans le texte avec un caractère **gras**.

- Sa manière d'être et les réponses de l'existence. Cela se manifeste par un repositionnement des valeurs et des comportements vis-à-vis des autres, par un renouvellement des vécus des situations et par un sentiment de responsabilité.

Les patients évoluent dans le cadre d'une **relation thérapeutique** singulière et personnalisée, basée sur une confiance mutuelle. Leur cheminement nécessite **du temps** et se fait dans la durée, mais il n'est pas proportionnel à l'intensité thérapeutique. **Les représentations** vis-à-vis de l'Hypnose ne semblent pas être un facteur limitant ce cheminement, à condition que le patient puisse se donner à l'expérience.

Au final, le cheminement thérapeutique consiste pour le patient à (ré)apprendre à éprouver, en lien avec le thérapeute. Il s'agit d'une maturation de ce qui est éprouvé en Soi.

L'originalité de ce travail réside dans le fait qu'il s'agit d'une étude exploratoire visant à élucider des processus relatifs à un phénomène subjectif et complexe, à travers une nouvelle approche thérapeutique qui n'a jamais fait l'objet d'un travail de thèse auparavant. Nous avons réalisé l'intervention thérapeutique directement auprès des patients. Enfin, les règles d'éthique ont fait l'objet d'une attention particulière, avec notamment l'obtention d'une autorisation de la CNIL.

Cependant, ce travail comporte des biais, notamment l'absence de critères objectifs de recrutement, un biais d'investigation lié au contexte de réalisation dans le cadre du SASPAS, et un biais d'analyse lié à la nature subjective de l'objet de recherche avec l'absence d'analyse par triangulation.

Même si notre échantillon est représentatif de la diversité des expériences thérapeutiques, la présence de ces biais limite la généralisation de nos résultats. Par ailleurs, il aurait été intéressant de réaliser l'étude sur une durée plus longue avec un recueil plus à distance de l'intervention thérapeutique, afin d'évaluer le cheminement des patients sur le long terme.

Pour pallier ces carences, il convient de confronter nos résultats avec d'autres études méthodologiquement ajustées, ce qui peut avoir comme effet de confirmer, d'enrichir ou de remanier le modèle structurel élaboré.

Ce travail propose de redonner de la considération à la dimension affective des patients et de la replacer au centre des préoccupations du médecin. Cette dimension s'exprime chez le patient notamment à travers ses symptômes fonctionnels et psychosomatiques, et aussi à travers la dimension structurelle de son langage.

Chercher à traiter seulement la partie physique ne suffit pas toujours pour guérir le patient, car le corps et l'affect forment une unité indivisible. Dès lors, le plus important n'est pas toujours d'enlever le symptôme mais d'explorer ce qu'il pourrait révéler de la réalité intérieure du patient.

Nos résultats renforcent la position de la Médecine Générale dans son approche globale et humaniste vis-à-vis du patient, surtout dans un contexte où la technicité et la rentabilité prennent une place de plus en plus importante dans le système de soin, au détriment du lien humain qui est le fondement de la relation thérapeutique.

L'intégration de l'Hypnopraxie en Médecine Générale serait un enrichissement de cette discipline. Elle permettrait au médecin d'élargir ses propositions thérapeutiques pour pouvoir

répondre et englober la diversité des expressions de la souffrance des patients, surtout dans les situations d'impasse thérapeutique.

Aussi, il convient de cibler, non pas l'évènement lui-même, mais la manière toute personnelle qu'a le patient de se rapporter et d'éprouver les situations, prendre en compte cette subjectivité permet de ne pas le chosifier et de considérer son individualité en étant un sujet complexe et singulier.

D'autres travaux pourraient être conduits pour explorer plus spécifiquement un des mécanismes ou facteurs d'influence identifiés dans le présent travail. Il serait également intéressant d'explorer le cheminement des patients à travers d'autres approches thérapeutiques.

Nous espérons avoir contribué à une meilleure compréhension des processus sous-jacents au cheminement thérapeutique des patients à travers l'Hypnopraxie, et que ce travail de recherche ouvrira des perspectives pour le développement de recherches futures sur cette approche thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Salem, G. & Bonvin, E. *Soigner par l'Hypnose*. Paris : Elsevier Masson, 2012.
2. SFMG. *Dictionnaire des résultats de consultation en Médecine Générale*. s.l. : Documents de recherche en Médecine Générale, 2010.
3. Gallais, J.L. Alby, M.L. souffrance psychique et Médecine Générale. *Psychiatrie*. Encycl. Med. Chir. Psychiatrie, 2002, Vol. 37, 956-A-20, pp. 1-6.
4. Bergin, A. & Garfield, S. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York : J. Wiley and Sons Inc., 2004.
5. Gelin, Simon, Y. Hendrick, S. Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? Illustration de la méthode IPA appliquée à l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale. *Thérapie Familiale*. 2015, Vol. 36, 1, pp. 133-147.
6. Haley, J. *Un thérapeute hors du commun, Milton H. Erickson*. Paris : Epi, 1985.
7. Roustang, F. *Influence*. Paris : Minuit, 1990.
8. Godin, J. *La nouvelle Hypnose, vocabulaire, principes et méthodes*. Paris : Albin Michel, 1992.
9. Bioy, A. Origine, conception actuelle et indications de l'Hypnose. *Annales Médico-psychologiques*. Elsevier, 2013, Vol. 171, 9, pp. 658-661.
10. Bioy, A. & Michaux, D. *L'Hypnose*. Paris : InterEditions, 2007.
11. Roustang, F. *Qu'est ce que l'Hypnose ?* Paris : Minuit, 1994.
12. Godin, J. Hypnothérapie. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*. Editions Techniques, 2000.
13. Institut Français d'Hypnose Humaniste et Ericksonienne (IFHE). Définitions de l'Hypnose. [En ligne] [Citation : 21 01 2016.] <http://www.Hypnose-ericksonienne.com/sinformer/lHypnose/#1>.
14. American Psychological Association. Definition and description of hypnosis. *Contemp. Hypn.* 1994, Vol. 11, 142-5.
15. Vidéoconférence "Hypnopraxie et Douleur", OMS (Genève) en transmission directe à la Réunion, 23 mars 2013. Chedeau, G.
16. Braun, L. *Paracelse*. s.l. : Slatkine, 1994.
17. Michaux, D., Halfon, Y., Wood, C. *Manuel d'Hypnose pour les professionnels de santé*. Paris : Maloine, 2007.
18. Feria (l'abbé de), J.C. *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*. Paris : Horiac, 1819.
19. Bernheim, H. *De la suggestion*. Paris : Albin Michel, 1975. 1ère éd., 1916.
20. Weitzenhoffer, A. *The Practice of Hypnotism, Traditionnal and semi-Traditionnal Techniques and Phenomenology*. New York : John Wiley & Sons, 1989.
21. Bernheim, H. *De la suggestion*. Paris : Albin Michel, 1916.
22. Bellet, P. *L'Hypnose*. Paris : O. Jacob, 2002.
23. Erickson, M., Rossi, E., Rossi, S. *Hypnotic realities*. New York : Irvington, 1976.
24. Erickson, M. *Mind-body communication in hypnosis*. New York : Irvington, 1986.
25. Erickson, M., Rossi, E. *Experiencing hypnosis*. New York : Irvington, 1981.
26. Erickson, M., Rossi, E. *Hypnotherapy. An exploratory case- book*. New York : Irvington, 1979.
27. Turner, J. Utilisation des métaphores du patient, le grand nettoyage de printemps. *Phoenix*. 1989, Vol. 5, 2, pp. 22-23.
28. Zeig, J. *Teaching seminar with H. Erickson*. New York : Brunner & Mazel, 1980.
29. Maruani, G. Critique du livre : Famille, Je vous aime. *Phoenix*. 1989, Vol. 6, 2, pp. 32-33.
30. Melchior, T. *Créer le réel : Hypnose et thérapie*. Paris : Seuil, 1998.
31. Watzlawick, P. *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris : Seuil, 1975.
32. BALZAC, H. de. *Béatrix : ou les Amours Forces*. Bruxelles : Méline, Cans et cie , 1839. Rééd., Kessinger Publishing, 2010..
33. Roustang, F. Dans certains cas. *Etudes Freudiennes*. Denoël, 1987, Vol. 30, pp. 39-48.

34. Watzlawick, P. Helmick Beavin, J. Don Jackson, D. *Une logique de la communication*. Paris : Seuil, 1972.
35. Calevaris, M.T. *Lois de la vie, lois de l'esprit*. s.l. : Société des écrivains, 2015. (cité dans).
36. Araoz, D. *Hypnosis and sex therapy*. New York : Brunner & Mazel, 1982.
37. Fischer, G.N. & Tarquinio C. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2006.
38. Erickson, M. H., Rossi, E. L. & Rossi, S. *Hypnotic Realities*. New York : Irvington, 1976.
39. Salem, G. & Bonvin, E. *Soigner par l'Hypnose*. Paris : Masson, 2007.
40. Brunner, A. *La personne incarnée, étude sur la phénoménologie et la philosophie existentielle*. Paris : Beauchesne et Ses Fils, 1947.
41. Abric, J.C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF, 1994.
42. DESCARTES, R. *Discours de la méthode*. Paris : Vrin (Librairie Philosophique), 1954. 1ère éd., 1637.
43. HENRY, M. *Incarnation, une philosophie de la chair*. Paris : Seuil, 2000.
44. HUSSERL, E. *Les Méditations Cartésiennes*. s.l. : Puf, 1931.
45. Merleau-Ponty, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 1945.
46. Chedeau, G. *De l'Hypnose à l'Hypnopraxie : entre âme et conscience*. Genève : Hypsos, 2011.
47. Husserl, E. *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. [trad.] G. Granel. Paris : Gallimard, 1976.
48. Forestier, F. *Phénoménologie, affectivité, singularité. Entre Michel Henry et Marc Richir*. 2013.
49. Caruana, V. & Henry, M. Entretien avec Michel Henry. *Philosophique*. 2000, Vol. 3, pp. 69-80.
50. Henry, M. *Paroles du Christ*. Paris : Seuil, 2002.
51. Henry, M. *C'est moi la Vérité*. 1996 : Seuil.
52. Henry, M. *L'essence de la manifestation*. Paris : PUF, 1991.
53. Henry, M. *La barbarie*. Paris : Grasset, 1987.
54. BLAISE, P. *Pensées, opuscules et lettres*. Paris : Classiques Garnier, 2010. 1ère éd., 1670.
55. Heidegger, M. *Être et temps*. [trad.] F. Vézin. Paris : Gallimard, NRF, 1986.
56. JANOV, A. *La corps se souvient*. s.l. : Poche, 2004.
57. Heidegger, M. *l'Etre et le Temps*. Paris : Gallimard, 1963. 1ère éd., 1927.
58. Lévinas, E. *Le visage de l'autre*. Paris : Seuil, 2001.
59. Dupuis, M. *Levinas en contrastes*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1994.
60. Le Neurès, K. *Processus traumatique - UE 2.4*. s.l. : Elsevier Masson, 2014.
61. Société Américaine de Psychiatrie. *DSM-V Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. [trad.] J-D. Guelfi Boyer. 5ème édition. s.l. : ELSEVIER-MASSON, 2015.
62. Bioy, A. Sigmund Freud et l'Hypnose : une histoire complexe. *Perspectives Psy*. 2008, Vol. 47, 2, pp. 171-184.
63. BINSWANGER, L. *Analyse Existentielle et Psychanalyse Freudienne*. Cossonay : Gallimard, 1981.
64. GRODDECK, G. *Le livre du ça*. Paris : Gallimard, 1973. 1ère éd., 1923.
65. Fischer, G.N., Tarquinio, C. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2014.
66. Watzlawick, P. Weakland, J. Fish, R. *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris : Seuil, 1975.
67. Henry, M. *Incanation, Une philosophie de la chair*. Paris : Seuil, 2000.
68. Dufour-Kowalska, Gabrielle. *Michel Henry, un philosophe de la vie et de la praxis*. paris : J. Vrin (Librairie Philosophique), 1980.
69. Jung, C.G. *Les types psychologiques*. Genève : Georg & Cie, S.A., 1954.
70. Lauterwasser, A. *Résonance et création, Images sonores d'eau* [Documentaire]. Alternature, 2003.
71. Nummenmaa, L., Glearean, E., Hari, R., Hietanen, JK. Bodily maps of emotion. *PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA)*. 2013.

72. **Hendrick, S.** Efficacité des thérapies familiales systémiques. *Thérapie Familiale*. 2009, Vol. 30, 2, pp. 211-233.
73. **Lambrette, G.** Un entretien avec Louis Castonguay, G. L'évaluation en psychothérapie. *Psychothérapies*. 2014, Vol. 34, 4, pp. 211-217.
74. **Syren, J. et Kerkeni, O.** *Allo 1ère, animée par MONTANET, L.* [émission radio], Réunion première radio, diffusé le vendredi 15 janvier 2016.
75. **Erickson, M.** *L'Hypnose thérapeutique*. Paris : E.S.F., 1986.
76. **Laurence, J. R. & Perry, C.** *Hypnosis, will and memory*. New York-Londres : The Guilford Press, 1988.
77. **Orne, M.** The use and misuse of hypnosis in court. *The International Journal of Clinical and experimental hypnosis*. 1979, 27, pp. 311-341.
78. **Puigelier, C. & Le Douarin, N.** *Science, éthique et droit*. Paris : Odile Jacob, 2007.
79. **Godin, J.** *Myths in action in hypnosis*. New York : Brunner & Mazel, 1991.
80. **Beahrs, J.O.** *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York : Brunner/Mazel, 1983.
81. **Devy, R.** HYPNOSEP : Brief Hypnotherapy Treating Chronic Fatigue for Multiple Sclerosis Patients. *Neuropsychology and fatigue*. présenté également au Congrès de Lyon en Octobre 2012, 2012.
82. **Perls, F. Hefferline, R. Goodman, P.** *Gestalt-thérapie*. Montréal : Stanké, 1951.
83. **Cottraux, J.** Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*. 2004, Vol. 24, 3, pp. 151-159.
84. **Benhaïem, J.M. & Roustang, F.** *L'Hypnose, ou la porte de la guérison*. Paris : Odile Jacob, 2012.
85. **Goldschmidt.** Le mystère de l'Hypnose et l'Hypnopraxie. [En ligne] publié le 09 octobre 2010. <http://www.Hypnose-indirecte.com/?p=645>.
86. **J.N., Despland et al.** Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development for early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J. Psychother. Pract. Res.* 2001, Vol. 10:15, 64.
87. **Rossi, E.** *The psychology of mind-body healing : New concepts in therapeutic hypnosis*. New York-Londres : W. W. Norton & Company, 1986.
88. **Godin, J.** Originalité du regard de Milton Erickson sur l'Hypnose et sur ses possibilités. *Journal de la Société Française d'Hypnose*. 1987, Vol. 2, 2, pp. 155-163.
89. **ABREZOL, R.** *Tout savoir sur la sophrologie*. Lausanne : Favre, 1989.
90. **Jung, C.G.** *Ma vie. Souvenirs, rêves et pensées*. Paris : Gallimard, 1973.
91. **Jung, C.G.** *Dialectique du Moi avec l'inconscient*. Paris : Gallimard, 1964.
92. **Havens, R. A.** *The Wisdom of Milton H. Erickson: Hypnosis and Hypnotherapy*. New York : Irvington Publishers, 1989.
93. **Witzezaele, J-J. & Garcia, T.** La réalité est une construction. *Sciences humaines*. 2007, Vol. 7, 184, pp. 14-14.
94. **D'Assignies, H.** Psychothérapie à Palo Alto, Compte rendu de conférence de Paul Watzlawick. *Phoenix*. 1988, Vol. 1, 2, pp. 16-19.
95. **Jackson, D.D., Weakland, J.H.** Conjoint family therapy : some considerations on theory, techniques and results. *Psychiatry*. 1961, Vol. 24, pp. 30-45.
96. **Husserl, E.** *Idées directrices pour une phénoménologie*. Paris : Gallimard, 1977. 1ère éd., 1910.
97. **Green, J.P. et al.** Cultural views and attitudes about hypnosis : a survey of college students across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2006, Vol. 3, 54, pp. 263-280.
98. **Capafons, A. et al.** Attitudes and beliefs about hypnosis : a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*. 2008, Vol. 3-4, 25, pp. 141-155.
99. **Michaux, D.** La représentation sociale de l'Hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'Hypnose. *Perspectives Psy.* 2005, Vol. 44, 5, pp. 341-345.

100. **Barling, N.R. & De Lucchi, D.A.** Knowledge, attitudes and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of clinical and experimental hypnosis*. 2004, Vol. 1, 32, pp. 36-52.
101. **Palaci, J.** *Empathie et Relation. In: Importance de l'Hypnose, (sous la direction d' I. Stengers). Les empêcheurs de penser en rond, ed Laboratoires Delagrave, 1993.*
102. **Laurence, J.R. & Perry, C.** *Hypnosis, will, and memory: A psycho-legal history*. New York. New York : Guilford, 1988.
103. **Hendrick Stéphan**, Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies. *Thérapie Familiale*. 2009, Vol. 30, 2 , p. 147-165.
104. **Duruz, N.** Prouver à tout prix l'efficacité de la psychothérapie. Enjeux scientifiques et politiques. *Le journal des psychologues*. 2004, 222, pp. 38-40.
105. **Giordano, Y.** *Conduire un projet de recherche. : Une perspective qualitative*. Colombelles : EMS Editions, 2003.
106. **Kaufmann, J. C.** *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin., 2011.
107. **Savoie-Zajc, L.** L'analyse de données qualitatives: pratiques traditionnelle et assisté par le logiciel NUD*IST. *Recherches qualitatives*. 2000, Vol. 21, pp. 99-123.
108. **Mongeau, P.** *Réaliser son mémoire ou sa thèse : côté jeans et côté tenue de soirée*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2008.
109. **Breuil-Genier, P. & Goffette, C.** La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 481.
110. **Benoist, J. & Kambouchner, D.** *La subjectivité, Notions de philosophie*. Paris : Gallimard, 1995.
111. **Hendrick S.** Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies. *Thérapie Familiale*, 2/2009 (Vol. 30) , pp. 147-165.
112. **Smith, J. Flowers, P. Larkin, M.** *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. Londres : Sage, 2009.
113. **Blanchet, A. & Gotman, A.** *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, 2007.
114. **Gelin Z., et al.** L'évaluation des processus thérapeutiques : la méthode des événements significatifs. *Thérapie familiale*. 2013, Genève, 34, 2, 231-49.
115. **Benoist, J.** *La subjectivité, Notions de philosophie, t. II*. Paris : Gallimard, 1995.
116. **Benoist, J.** *Possession, guérison, médiations*. Un chamanisme sud-indien à l'île de la Réunion. *L'Ethnographie*. 1982, 87-88, pp. 227-239.
117. **Celestin-Lhopiteau, I.** *Changer par la thérapie*. Paris : Dunod, 2011.
118. **Bioy, A. & Bachelart, M.** L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*. 2010, Vol. 49, 4, pp. 317-326.
119. **Cathébras, P.** *Troubles fonctionnels et somatisation, comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Paris : Masson, 2006.

LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I.1 - Divergences entre l'approche de la Nouvelle Hypnose et celle de l'Hypnose Traditionnelle. _____	24
Tableau II.1 - Comparaison entre l'état d'âme et la conscience, du point de vue de l'Hypnopraxie. _____	40
Tableau III.1 - Synthèse des étapes de l'analyse des données. _____	60
Tableau IV.1 - Synthèse des caractéristiques des patients et de leur suivi. _____	67
Tableau IV.2 - Présentation des réponses à la question d'ouverture, relatives à l'apaisement. _____	68
Tableau IV.3 - Evolution détaillée de l'acquisition de nouvelles praxies pour chaque patient. _____	78
Tableau IV.4 - Légende de l'évolution globale (code couleur et numéros de praxies). _____	78
Tableau IV.5 - Expressions corporelles et affectives relevées durant les séances. _____	86
Tableau IV.6 - Utilisation des « ÇA » comme affect et rapports des patients avec « ÇA ». _____	89
Tableau IV.7 - Utilisation des « ÇA » comme à l'origine de l'orientation de la conscience et de l'action. _____	90
Tableau IV.8 - La victimisation à travers l'exemple de P15. _____	95
Tableau IV.9 - Synthèse de l'évolution des manifestations symptomatiques. _____	98
Tableau IV.10 - Demandes des patients ayant motivé le recours à l'Hypnopraxie. _____	102
Tableau IV.11 - Besoins exprimés par les patients de poursuivre les séances. _____	104
Tableau IV.12 - Facteurs susceptibles d'intervenir dans le cheminement thérapeutique. _____	105
Tableau IV.13 - Estimation du tarif des séances par les patients, avec leurs commentaires. _____	107
Tableau IV.14 - Représentation semi-quantitative des indicateurs indirects de l'adhésion thérapeutique. _____	108
Tableau V.1 - Confrontation du score global avec les extraits reflétant au mieux l'évolution globale. _____	113
Tableau V.2 - Illustration de l'involontarité du réaménagement affectif après les séances, P11. _____	115
Tableau V.3 - Illustration de l'involontarité du réaménagement affectif pendant les séances, P11. _____	115
Tableau V.4 - Illustration de la différence entre le fait et la réalité personnelle. _____	116
Tableau V.5 - Illustration de la construction de la réalité personnelle à partir d'affects, P12. _____	117
Tableau V.6 - Illustration de la construction du lien à l'autre à partir d'affects. _____	117
Tableau V.7 - Illustration de la certitude pathétique. _____	118
Tableau V.8 - Illustration de la répétition des situations en fonction de la certitude pathétique, P15. _____	118
Tableau V.9 - Dépassement de la dualité en visant la dimension affective, P15. _____	119
Tableau V.10 - Evolution des visées après la mobilisation thérapeutique. _____	119
Tableau V.11 - Illustration du vécu des séances après le retour à l'intériorité, P2. _____	120
Tableau V.12 - Illustration du dévoilement des possibles à travers le retour à l'intimité, P2. _____	121
Tableau V.13 - Illustration de la valeur libératoire des expressions affectives durant les séances, P5. _____	123
Tableau V.14 - Illustration du lien entre ce qui est éprouvé et ce qui est exprimé physiquement, P15. _____	123
Tableau V.15 - Acquisition des nouvelles praxies suite à la maturation affective, exemples de P5. _____	124
Tableau V.16 - Manifestations de la dissociation, P13. _____	126
Tableau V.17 - Manifestations de la résistance pendant les séances, P13. _____	127
Tableau V.18 - Illustration des deux types de résistance : consciente et inconsciente. _____	127
Tableau V.19 - Extraits de P13 relatifs à la fonction de protection des mécanismes de défense. _____	127
Tableau V.20 - Retour du patient à lui-même après la mobilisation de la sphère affective, P13. _____	128
Tableau V.21 - Illustration de l'utilité du symptôme. _____	128
Tableau V.22 - Illustration de l'aspect paradoxal de la demande du patient, P1. _____	129
Tableau V.23 - Redonner de l'importance au pouvoir d'être à travers la mobilisation thérapeutique, P9. _____	129
Tableau V.24 - Illustration de l'impact de l'angoisse chez le patient, P3. _____	130
Tableau V.25 - Illustration de l'évolution du patient après la mobilisation de sa sphère affective, P3. _____	130
Tableau V.26 - Illustration de la part de l'angoisse dans la mise en mouvement du patient, P3. _____	131
Tableau V.27 - Illustration de l'aspect structurel de P8 à travers son langage. _____	132
Tableau V.28 - Illustration des spécificités de la mobilisation structurelle, P8. _____	133
Tableau V.29 - Réaménagement de P8 à travers la mobilisation structurelle. _____	134
Tableau V.30 - Illustration de l'accompagnement du thérapeute durant les séances. _____	136
Tableau V.31 - Illustration de la nature du lien thérapeutique, P17. _____	136
Tableau V.32 - Illustration de la nature du lien thérapeutique pendant les séances, P17. _____	137
Tableau V.33 - Illustration du positionnement du patient vis-à-vis du lien thérapeutique, P17. _____	137
Tableau V.34 - Illustration du réaménagement du rapport à Soi, P4. _____	139
Tableau V.35 - Illustration du réaménagement de la sphère cognitivo-comportementale, P4. _____	140
Tableau V.36 - Illustration de l'évolution de la somatisation, P4. _____	141
Tableau V.37 - Illustration du réaménagement du rapport à l'autre, P4. _____	142

<i>Tableau V.38 - Illustration du réaménagement du vécu des situations, P4.</i>	142
<i>Tableau V.39 - Illustration du réaménagement du rapport au monde, P4.</i>	143
<i>Tableau V.40 - Lien entre les expressions relatives au lien thérapeutique et de l'évolution globale.</i>	145
<i>Tableau V.41 - Illustration de l'implication du lien thérapeutique dans l'évolution des représentations.</i>	147
<i>Tableau V.42 - Illustration de l'implication de la nature de l'approche dans l'évolution des représentations.</i>	147
<i>Tableau V.43 - Illustration de l'implication des appréhensions dans l'évolution des représentations.</i>	148
<i>Tableau V.44 - Comparaison entre l'évolution de deux patients en fonction de l'intensité thérapeutique.</i>	150
<i>Tableau V.45 - Extraits des patients ayant consulté pour des motifs urgents ou pesants.</i>	151
<i>Tableau V.46 - Application du modèle synthétique, l'involontarité et le réaménagement affectif, P14.</i>	155
<i>Tableau V.47 - Application du modèle synthétique, le retour à l'intériorité et le dévoilement des possibles, P14.</i>	155
<i>Tableau V.48 - Application du modèle synthétique, les expressions corporelles et l'acquisition de praxies, P14.</i>	156
<i>Tableau V.49 - Application du modèle synthétique, l'intégration de l'affect et de la conscience, P14.</i>	157
<i>Tableau V.50 - Application du modèle synthétique, l'évolution des mécanismes de défense, P14.</i>	157
<i>Tableau V.51 - Application du modèle synthétique, l'aspect structurel de l'approche, P14.</i>	158
<i>Tableau V.52 - Application du modèle synthétique, l'aspect relationnel de l'approche, P14.</i>	158
<i>Tableau V.53 - Exemples de quelques expressions imagées du corps, fréquentes dans la langue Française.</i>	164
<i>Tableau VI.1 : Identification des facteurs susceptibles d'intervenir dans l'évolution des patients.</i>	183

LISTE DES FIGURES :

Figure II.1 - Co-relation Noetico-Noématique.	37
Figure II.2 - Rapport entre le patient et les circonstances.	38
Figure II.3 - Représentation du vouloir (faire) et du pouvoir (être).	40
Figure II.4 - Schématisation du processus d'intégration des trois dimensions fondamentales.	45
Figure III.1 - Schématisation de l'objectif et de la question de recherche.	49
Figure III.2 - Schéma général de la réalisation de l'étude.	51
Figure IV.1 - Répartition d'âges des patients, après un échantillonnage aléatoire.	63
Figure IV.2 - Catégories socio-professionnelles des patients.	63
Figure IV.3 : Diagramme de flux.	64
Figure IV.4 - Répartition des motifs de consultations.	65
Figure IV.5 - Nombre de séances par patient.	65
Figure IV.6 - Durée de suivi et nombre de séances en fonction de la date de recrutement.	66
Figure IV.7 - Durées des entretiens par patient.	66
Figure IV.8 - Nuage de mots issu d'une requête fréquentielle sur le corpus.	88
Figure V.1 - Répartition des patients selon leur évolution globale.	114
Figure V.2 - Construction du modèle synthétique, l'apaisement et l'involontarité.	116
Figure V.3 - Construction du modèle synthétique, les visées et l'affect.	119
Figure V.4 - Construction du modèle synthétique, le retour à l'intimité et le dévoilement des possibles.	122
Figure V.5 - Construction du modèle synthétique, les expressions corporelles et l'acquisition de praxies.	125
Figure V.6 - Construction du modèle synthétique, les mécanismes de défense et l'affect.	131
Figure V.7 - Construction du modèle synthétique, l'aspect structurel et la dynamique de la transe.	135
Figure V.8 - Construction du modèle synthétique, l'aspect relationnel et la dynamique de la transe.	138
Figure V.9 - Schématisation de l'intégration « Affect – Conscience » et « Soi – Monde ».	139
Figure V.10 - Construction du modèle synthétique, l'évolution praxique et l'intégration « Affect – Conscience ».	141
Figure V.11 - Construction du modèle synthétique, l'évolution praxique et l'intégration « Soi – Monde ».	143
Figure V.12 - Répartition des patients en trois groupes selon leur évolution globale.	144
Figure V.13 - Répartition des patients ayant exprimé un lien thérapeutique favorable en fonction de leur évolution.	146
Figure V.14 - Construction du modèle synthétique, le lien thérapeutique.	146
Figure V.15 - Construction du modèle synthétique, les représentations vis-à-vis de l'Hypnose.	148
Figure V.16 - Lien entre l'évolution globale et le nombre de séances.	149
Figure V.17 - Lien entre l'évolution globale et la durée de suivi.	149
Figure V.18 - Construction du modèle synthétique, le facteur temporel.	150
Figure V.19 - Répartition des patients selon la nature de leur demande et leur évolution globale.	151
Figure V.20 - Construction du modèle synthétique, la nature de la demande.	151
Figure V.21 - Evolution globale des patients selon leur mode de recrutement.	152
Figure V.22 - Modèle synthétique des processus sous-jacents au cheminement thérapeutique des patients.	153
Figure V.23 - Modèle synthétique simplifié.	154
Figure V.24 - Réponse à l'objectif et à la question de recherche.	159
Figure V.25 - Figures acoustiques de Chladni sur une plaque.	162
Figure V.26 - Carte corporelle des émotions.	163
Figure VI.1 - Comparaison de la répartition des catégories socio-professionnelles entre nos résultats et ceux de l'Insee.	173
Figure VI.2 - Comparaison des principaux motifs de consultation de notre étude avec ceux de la SFMG.	174

ABRÉVIATIONS :

CNGE : Collège National des Enseignants Généralistes.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual*.

EMA : Etat Modifié d'Affects.

EMC : Etat Modifié de Conscience.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

HT : Hypnose Traditionnelle.

NH : Nouvelle Hypnose.

PNAS : *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*.

PNL : Programmation Neuro-Linguistique.

RDV : Rendez-Vous.

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

SFMG : Société Française de Médecine Générale.

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales.

ANNEXES

ANNEXES :

Annexe 1 – L'autorisation de la CNIL :

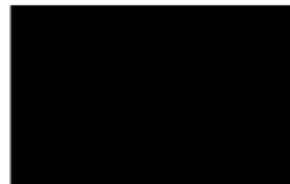


RÉCÉPISSÉ

Monsieur SEDDIKI Issam

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1889320 v 0
du 23 septembre 2015

**A LIRE IMPERATIVEMENT**

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : SEDDIKI ISSAM	N° SIREN ou SIRET : [REDACTED]
Service :	Code NAF ou APE : [REDACTED]
Adresse : [REDACTED]	Tél. : [REDACTED]
Code postal : 97460	Fax. :
Ville : SAINT PAUL	

Traitement déclaré

Finalité : THESE DE MEDECINE GENERALE

Fait à Paris, le 23 septembre 2015

Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 2 – La fiche de renseignements nominative :

Numéro d'anonymat :

❖ Renseignements sociodémographiques :

Nom :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance :
Age :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Profession :
Situation familiale : (statut, enfants).
Appartenance ethnique :

❖ Renseignements médicaux :

Traitement psychotrope antérieur :
Traitement psychotrope en cours :
Psychothérapies antérieures :
Psychothérapies en cours :
Hypnothérapie antérieure :

❖ Renseignements relatifs au suivi thérapeutique :

Date de l'anamnèse :
Motif initial de recours :
Mode de recrutement :

Déroulement des séances :
- Séance 1: (date).
 Avant :
 Pendant :
 Après :
- Séance 2...

Nombre total des séances :
RDV manqués :

Dates du recueil des données par entretien :
Délai entre la 1^{ère} séance et le recueil des données par entretien : (jours).
Durée de l'entretien : (minutes).

Notes :

Annexe 3 – Le formulaire de consentement :

Saint-Paul, le (DATE).

Je soussigné Mme. / M. (NOM DU PATIENT), autorise :

M. SEDDIKI Issam, médecin généraliste exerçant au cabinet médical du Dr. [noms des médecins] à [lieu], dans le cadre du dernier stage d'internat de Médecine Générale,

À enregistrer vocalement l'entretien.

Ceci a pour seul objectif d'évaluer l'apport des séances d'Hypnopraxie, **dans le cadre de sa thèse de Médecine Générale** intitulée :

« Hypnopraxie en Médecine Générale : une approche affective.

Etude qualitative explorant le cheminement des patients à travers des séances d'Hypnopraxie réalisées en SASPAS, à la Réunion ».

M. SEDDIKI Issam **s'engage à préserver l'anonymat** de Mme. / M. (NOM DU PATIENT), lors de la transcription de cet entretien, afin de **rendre impossible toute identification**.

Sur une demande écrite adressée au cabinet et en joignant une enveloppe timbrée avec votre adresse, M. SEDDIKI Issam **vous remettra l'intégralité de la transcription écrite du présent entretien**.

M. SEDDIKI Issam vous remercie pour votre contribution.

Signature de M. SEDDIKI.

Signature de Mme. / M. (NOM DU PATIENT).

Annexe 4 – La grille d’entretien :

❖ **1. La question d’ouverture :**

- Qu’est ce qui a changé en vous depuis que vous faites de l’Hypnopraxie ?
- Délai de changement, constatation du changement par l’entourage.

❖ **2. L’évolution du motif de recours initial :**

- Symptômes fonctionnels, psychosomatiques, physiques (spécifique à chaque patient).

❖ **3. L’évolution de la qualité de vie :**

- Humeur, angoisse, sommeil, alimentation, fatigue, compensations, sexualité, mémorisation, etc.

❖ **4. L’évolution des rapports :**

- Rapport à soi-même, relations aux les autres, vécu des situations, orientation au monde.

❖ **5. La mobilisation de nouvelles ressources :**

- Affrontement des difficultés, changement de points de vue, prises de conscience, etc.

❖ **6. Le vécu des séances et les représentations :**

- Vécu des séances, satisfaction, recommandation à l’entourage, besoin de poursuivre.
- Représentations de l’Hypnose, cadre de la Médecine Générale, estimation du tarif d’une séance.
- Inconvénients, suggestions, commentaires libres.

Annexe 5 – La retranscription intégrale d’une séance d’Hypnopraxie :

Séance enregistrée auprès d’un patient vu lors d’un remplacement dans un autre cabinet. La séance a duré 32 minutes.

Motif principal de consultation : insomnie depuis plusieurs mois.

Les trois points de suspension (...) correspondent à une durée de 5 à 25 secondes environ.

Nous mettons ici cette transcription à titre informatif.

Vous êtes bien confortable ?

(Oui).

Bien... maintenant que vous êtes allongé... les yeux peuvent se fermer... pour être présent à vous-même ... accueillir ce qui vient... comme ça vient... être attentif à tout ça... voir apparaître certaines choses... certaines expériences qui nous affectent plus que d’autres... revenir à l’essence-ciel... à ce qui est réellement important... se rappeler... envisager l’avenir... sentir ce que ça fait de vivre ça...

(Déglutition).

Oui... il n’est pas toujours facile de revenir à tout ça... regretter... perdre quelque chose de précieux... se retrouver... explorer... se dé-voiler à soi-même...

(Mouvements horizontaux des yeux)

Comme ça... il y a tant de chose à... découvrir... éprouver... faire quelque chose de ça... partager quelque chose avec quelqu’un... pouvoir... se pardonner... se réconcilier...

(Humidification des cils).

Hum... c’est important de vivre ça... trouver un sens à tout ça... s’ouvrir... se renouveler... sentir sa propre vulnérabilité... reconsidérer... trouver un sens à ça... se sentir aimé... être... accompagné...

(Rétractation spastique du bras droit).

C’est ça... nous avons tous besoin de ça... se rétablir... gai-rire... se reconstruire avec tout ça... cheminer... il y a des choses dont on ne veut pas parler... simplement éprouver... être... en contact avec ça... différemment... parce que ça... ça change tout le temps... imaginer ce que ça peut devenir... se ressourcer en soi-même...

(Léger ronflement).

Vivre tout ça... d’une autre manière... transformer quelque chose de ça... éclairer... s’offrir quelque chose à soi-même... s’émerveiller... se surprendre... pouvoir intégrer tout ça...

(Spasme de la joue).

C’est bien, voir ce que ça fait d’être là... vivre les expériences passées... et à venir... trouver un autre possible... être attentif à tout ça...

Quand vous aurez fini ce travail, vous pouvez revenir... ici et maintenant... à votre rythme... et reprendre conscience votre environnement... progressivement... porter attention à ce qui vous entoure...

(Inspiration).

Oui, prendre une grande inspiration...vous pouvez peut-être bouger les mains... ou les pieds... ou d’autre partie encore... *(Bouge les mains).*

C’est ça... et quand ce sera vraiment le moment pour vous, les yeux peuvent s’ouvrir... tranquillement...

(Ouverture des yeux).

Phase d’intégration : clignement des yeux, expiration, frottement des yeux, étirement.

Reprise du contact visuel et sourire.

(Ça fait du bien).

Fin de la séance.

Annexe 6 – L'arbre thématique :

1. L'acquisition de nouvelles praxies.

- 1.1. Le rapport à Soi-même.
- 1.2. Le rapport aux autres.
- 1.3. Le rapport aux situations.
- 1.4. Le rapport au monde.
- 1.5. Synthèse de l'acquisition de nouvelles praxies.

2. Entre vouloir et pouvoir.

- 2.1. L'expression de l'involontaire.
- 2.2. La surprise.
- 2.3. « C'EST plus fort que MOI ».
- 2.4. La subjectivité des patients.
- 2.5. La réalité personnelle des patients.

3. La dynamique de la transe.

- 3.1. Se rencontrer et s'absorber en Soi.
- 3.2. Se sentir.
- 3.3. Laisser surgir.
- 3.4. Se surprendre.
- 3.5. S'exprimer corporellement.
- 3.6. Résister pendant les séances.

4. La mobilisation thérapeutique.

- 4.1. Respecter l'intimité et les possibilités du patient.
- 4.2. Repérer la structure du patient à travers son langage.
- 4.3. Mobiliser les structures.
- 4.4. Maintenir le lien pendant la séance.

5. Les mécanismes de défense.

- 5.1. Les manifestations des mécanismes de défense.
- 5.2. L'évolution de la somatisation.
- 5.3. Synthèse de l'évolution des manifestations symptomatiques.

6. Le lien thérapeutique.

- 6.1. Evoluer dans un lien thérapeutique.
- 6.2. Se sentir en confiance.

7. L'Hypnopraxie en Médecine Générale.

- 7.1. Intégrer de l'Hypnose dans la pratique libérale.
- 7.2. Les attentes des patients vis-à-vis de la thérapie.

- 7.3. La motivation et l'implication des patients dans la thérapie:
- 7.4. Le coût de la thérapie pour le patient.
- 7.5. Cheminer dans le temps.
- 7.6. Les remarques des patients.
- 7.7. Attribuer le bénéfice à la thérapie.

8. L'adhésion thérapeutique.

- 8.1. La considération et la satisfaction des patients.
- 8.2. La recommandation à l'entourage.
- 8.3. L'estimation du tarif d'une séance.
- 8.4. Les perdus de vue et les RDV manqués.
- 8.5. Synthèse de l'adhésion thérapeutique .

9. Les représentations et les appréhensions vis-à-vis de l'Hypnose.

- 9.1. Les représentations de l'Hypnose.
- 9.2. Les appréhensions.
- 9.3. L'évolution des représentations vis-à-vis de l'Hypnose.

Annexe 7 – Nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles¹⁰⁷ de l'Insee, 2003 :

Groupes socioprofessionnels		Catégories socioprofessionnelles	
1	Agriculteurs exploitants	11	Agriculteurs sur petite exploitation
		12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
		13	Agriculteurs sur grande exploitation
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	Artisan
		22	Commerçant et assimilés
		23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	31	Professions libérales
		33	Cadres de la fonction publique
		34	Professeurs, professions scientifiques
		35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
		37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
4	Professions intermédiaires	38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
		42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
		44	Clergé, religieux
		45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
		46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
		47	Techniciens
		48	Contremaîtres, agents de maîtrise
5	Employés	52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
		53	Policiers et militaires
		54	Employés administratifs d'entreprise
		55	Employés de commerce
		56	Personnels des services directs aux particuliers
6	Ouvriers	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
		64	Chauffeurs
		65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
		67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
		69	Ouvriers agricoles
7	Retraités	71	Anciens agriculteurs exploitants
		72	Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
		74	Anciens cadres
		75	Anciennes professions intermédiaires
		77	Anciens employés
		78	Anciens ouvriers
8	Autres personnes sans activité professionnelle	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		83	Militaires du contingent
		84	Élèves, étudiants
		85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

¹⁰⁷ <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/liste-nomenclatures.htm>

Annexe 8 – La présentation intégrale du verbatim après l'analyse :

1. L'acquisition de nouvelles praxies :

1.1. Praxies pathétiques (évolution des affects) :

Vis-à-vis de soi-même :

❖ Se sentir apaisé :

« Comme je vous dis, je me sens bien je me sens mieux, je me sens mieux, je suis... je me sens bien [...] par rapport à quelque temps de cela j'étais comme torturée » P11.

Des patients rapportent un sentiment d'apaisement et de sérénité :

P18 (question d'ouverture) : « **un apaisement** [...] aujourd'hui je me sens plus apaisée [...] **ça m'a soulagé de ma souffrance**, parce que j'avais une souffrance intérieure ».

P14 : « **je me sens plus sereine**, j'ai l'impression d'être plus détendu dans... dans mon quotidien » – « passer d'un état où j'étais brute à un état où **je suis plus réfléchie plus sereine** [...] maintenant ça va mieux (rire) oui, **je me sens plus posée** » – « avant, tout était **assez brouillé** il y avait **plein de pensées partout** et maintenant c'est... même si j'y pense encore disant c'est **plus apaisé** ».

P3 : « **j'arrivais pas à calmer ce stress**, maintenant j'arrive » – « avant mon corps n'était pas habitué à se détendre [...] **maintenant j'arrive à me détendre** sans trop... **sans avoir des spasmes** et tout ça ».

P5 : « au début quand je suis arrivée ici, j'étais... je me sentais angoissée plutôt déprimée, et depuis que je fais les séances **c'est comme si j'étais libérée** au fait, j'étais en train de penser à ça hier soir, **je me sens apaisée** [...] j'avais l'impression que j'étais arrivée à un stade où... **j'arrivais à mes limites** quoi, alors que maintenant c'est **comme si tout s'était apaisé** ».

P4 : « **avant j'étais pas apaisée** j'étais avec mes soucis avec ma belle-fille » – « mon concubin m'a dit qu'il trouve que je suis mieux qu'avant quoi, parce que **avant c'était le stress** c'était tous les soucis que j'avais » – « je suis moins stressée moins stressée **beaucoup plus calme** [...] **je suis moins angoissé aussi** ».

P6 : « avant au fait je me sentais pas... comment dirais-je... tout était difficile pour moi... je me sentais pas bien du tout [...] maintenant **je me sens soulagée**, parce que **avant j'avais des tourmentes**, il y avait plein de trucs qui circulaient dans ma tête plein de questions, mais... maintenant ça va ».

P16 (question d'ouverture) : « **l'apaisement** je dirais, je me sens plus apaisée en sortant d'ici juste après les séances, je me sentais beaucoup plus calme plus ouverte peut-être ».

P7 : « **je suis moins stressée** et... parce que j'avais beaucoup de stress aussi hein, ah oui beaucoup beaucoup [...] **ça m'a soulagée beaucoup beaucoup**, comme la tête là c'est la tête même il y avait trop de choses dans ma tête ».

P11 : « avant je pouvais passer l'aspirateur j'avais la tête qui... qui était dans toutes les pensées de de de stress d'angoisse de... faire la lecture prendre un livre et lire impossible [...] et maintenant je trouve quand-même comme je vous ai dit, j'ai un problème **j'arrive à faire un travail** ou autre chose je pense pas trop, ça peut revenir mais je pense pas, **je reste pas dessus...** là pour le moment **y a pas trop de stress là** ».

❖ Etre moins angoissé :

« **Je (ne) fais plus des crises d'angoisse, moins de crises d'angoisse, c'est vrai avant (inspiration) j'en faisais souvent hein** » P14.

Des patients rapportent une atténuation de leurs angoisses :

P18 : « **mes crises d'angoisse se sont arrêtées**, c'est souvent... souvent chaque matin j'étais... au réveil, je suis angoissée, je me pose la question qu'est-ce qui va se passer aujourd'hui ».

P3 : « maintenant ça va quand il y a des crises (d'angoisse) qui vient je... je gère, c'est un peu délicat mais je... **je m'affole pas** j'ai moins peur, **ça passe plus vite** ça part plus vite » – « **j'ai moins de peur et d'angoisse** »*.

P11 : « **je panique moins**, bon avant... catastrophe ».

P9 : « avant je faisais beaucoup de crises (d'angoisse), mais **maintenant c'est très rare**, très très rare, avant je faisais de la spasmophilie ».

P10 : « il y a eu une dispute et j'ai fait une crise d'angoisse mais **ça été la dernière** ».

P14 : « **je (ne) fais plus de crise...** après bon après 1 ou 2 séances, je crois que je suis revenu voir docteur [nom du médecin] pour faire... pour une crise de spasmophilie mais ça été la dernière, après ça ben là **depuis non j'en ai pas refait** ».

P17 (avant la 6^{ème} séance) : « j'ai fait une crise d'angoisse par rapport à la peur de ce qui pouvait arriver à mon père »* – « **moins d'angoisse** moins, c'est plus le stress le stress de de ben de la vie de tous les jours de travail ».

P8 : « elles (les crises d'angoisse) sont **moins présentes** ».

P4 : « je me sens vraiment bien, **je n'ai plus d'angoisse comme avant** malgré que mon père a été hospitalisé, je me sens plus sereine »*.

❖ Avoir moins peur :

« **Avant j'avais peur de tout, ah oui de tout tout tout, tout... là non là c'est bon, après j'ai des petites peurs ça c'est normal ça, mais sinon vraiment avoir peur comme avant non** » P4.

Des patients rapportent un apaisement de leurs peurs :

P2 : « je crois que **mes peurs peu à peu s'estompent**, un plus grand détachement s'opère en moi ».

P8 : « les peurs ben le gros souci c'est la voiture mais **le reste j'ai moins peur** quand-même » – (avant la 5^{ème} séance) : « je me sens bien, **je sens plus de sécurité en moi** avec ma peur »*.

P11 : « quand je voyage autrefois, **un mois avant je suis paniquée**, j'imagine si l'avion il tombe si l'avion prend feu... et là dans une semaine je voyage, **je pense à rien** même pas à la valise, à rien... [...] **je suis tranquille** (rire), je m'en vais et puis on verra après ».

P3 : « **j'ai moins peur aussi**, cette peur-là ça c'est... ça me pourrissait la vie avant ».

P4 : « avant déjà il suffisait que un de mes enfants arrive un petit peu en retard, c'était direction si il fallait à la gendarmerie, je sais pas **je devenais folle**, j'avais l'impression il s'est arrivé un malheur [...] maintenant non maintenant ben il arrive en retard ça arrive moi-même ça m'arrive, donc **j'ai moins peur**, voilà... ça m'a enlevé tout ça ».

Vis-à-vis des autres :

❖ Pouvoir pardonner :

« **Pour moi je l'ai pardonné... j'ai pu pardonner en moi-même, parce qu'elle** (sa sœur) **m'avait fait du mal [...] maintenant ça va, même si on me parle d'elle ça me fait pas réagir comme avant** » P6.

Des patients pardonnent à ceux qui (selon eux) leur ont fait du mal :

P14 : « **il n'y a plus cet esprit de vengeance** où j'avais eu de la haine pour certaines personnes que j'aurais aimé faire beaucoup de mal, des gens avec qui j'étais très en colère [...] **c'est comme si je les ai pardonné** le fait d'avoir mis de côté **de ne plus avoir cette haine-là** ».

P9 : « la personne qui m'a mise enceinte elle est partie, je me suis retrouvée toute seule, avec la grossesse qui était difficile [...] je me dis bon ben **allez pardonnez...** si je pardonne pas ça sert à rien, je vais me détruire moi-même, et j'ai vraiment pas envie de me détruire justement ».

P8 : « **je vois les gens différemment**, je veux dire même avec leurs défauts [...] j'ai changé quand-même parce qu'**avant j'étais plus rancunière** ».

Et se réconcilient :

P4 : « j'ai même une amie avec qui j'étais fâchée depuis plus de 10 ans, on avait une grande amitié très très forte (voix tremblotante), et après bon il y a eu un petit clash, j'ai pas voulu pardonner [...] **j'ai été la voir**, et c'est redevenu comme avant (rire), **avant je n'aurais jamais pris ce genre de décision** ».

D'autres n'ont pas encore réussi à pardonner :

P18 : « **je ne sais pas si je pourrai lui pardonner** (à son père) **un jour**, honnêtement je ne sais pas, j'ai tellement envie de l'oublier l'oublier » – « je suis pas prête, **pas prête à lui pardonner** [...] il y a un truc qui s'est brisé, et je ne peux pas recoller ça et je ne veux pas ».

P7 : « **j'ai pas encore pardonné** (à sa belle-famille), voilà parce qu'on se parle plus quoi on est fâché depuis au moins 3 ans ».

P15 : « au moment où il fallait m'embaucher il (son patron) a inventé un crack et tout ça donc... et du coup ça s'est pas fait j'ai pas insisté non plus, et **je l'en veux souvent** ».

❖ Avoir plus d'humilité :

« **Même si c'était moi qui étais en tort je n'acceptais jamais que ce soit moi, c'était toujours les autres [...] maintenant ben quand c'est de ma faute j'arrive à accepter que... ben la relation est plus détendue et mieux quoi, il y a moins de conflit** » P4.

Des patients arrivent maintenant à reconnaître leurs erreurs et à se remettre en question :

P19 : « je me dis **peut-être que c'est par rapport à moi** qu'il (son fils) est comme ça, donc j'essaye de me calmer [...] avant je pensais que c'était peut-être à cause de moi mais non **je le disais pas que c'était de ma faute** ».

P17 : « **j'arrive à reconnaître mes torts** et ça c'était pas évident avant parce que j'acceptais pas les choses parce que moi **je savais tout je connaissais tout** » – « avant je me disais ben non c'est les autres **c'est les autres les autres sont nuls** ils sont pas... ils comprennent pas mais en fin de compte aujourd'hui je me dis ben non **c'est aussi moi** ».

Et à mettre de côté leur ego :

P15 : « j'ai beaucoup pris sur moi, avant je prenais les choses mal on dirait, maintenant je sais pas si c'est le poste qui fait ça mais **j'accepte facilement quand-même les critiques** ».

P2 : « quand ça va pas c'est aussi un coup de fils à un ami, je peux demander de l'aide, ça se fait beaucoup **plus naturellement maintenant** [...] avant je le faisais avec **un sentiment de culpabilité** ».

P3 (remise en question ?) : « maintenant oui, avant c'était un peu plus dur, parce qu'avant **j'avais un côté aussi de fierté**, je voulais pas montrer mes faiblesses aux autres ».

D'autres non :

P13 : « j'ai mis un point d'honneur **à ne pas pleurer devant quelqu'un** et je ne pleurerai pas devant quelqu'un » – « je veux pas que les autres **aient besoin de s'occuper de moi** » – « je ne veux pas être ridicule, je ne veux plus **être la risée des autres** ».

Vis-à-vis des situations :

❖ Se détacher de l'enjeu :

« **J'ai eu une urgence (au travail) et au fait je me suis sentie détachée, comment dire... avant j'aurais eu les larmes aux yeux, j'aurais été triste, là j'étais complètement détachée de la situation, j'ai fait mon travail et je veux dire j'étais pas affectée du tout quoi** » P14.

Des patients arrivent à se détacher des situations :

P10 (accusation d'adultère) : « moi maintenant je sais que j'ai rien fait, en tout cas **je me suis complètement détachée** [...] au niveau de moi ça va, j'ai fait un trait dessus, **ça m'affecte plus tellement** maintenant ».

P11 : « on peut donner son avis mais **on peut pas prendre des décisions pour les autres** comme je le faisais quoi, parce que moi j'étais un peu comme ma mère, voilà je voulais

qu'on fasse ça ça ça et si on le faisait pas j'étais pas contente, et **j'étais tout le temps derrière** ».

P19 : « avant si il (son ex-compagnon) voulait plus revenir avec moi c'était... peut-être pas la fin du monde mais voilà, mais maintenant si il veut refaire sa vie voilà il refait sa vie, ça me... hum, **je suis plus dans l'attente** on va dire ».

P3 : « il y avait toujours... **la peur du regard des autres** maintenant ben ça va si ça m'arrive (une crise d'angoisse) je dis je me sens pas bien je rentre chez moi (inspiration) et **tant-pis pour les autres** ».

P8 : « j'arrive à enlever de ma tête, donc pour cette personne ben **si elle revient pas ben je vais l'oublier**... (rectifie) oublier entre guillemets mais je veux dire **j'arrive à faire ce travail** ».

P2 : « **quel enjeu si ce n'est que d'être** [...] quand on se détache de l'enjeu les choses se dénouent naturellement » – « (l'Hypnopraxie) c'est une aide à... au **détachement un petit peu de l'enjeu** ».

P14 : « **je ne me pose plus autant de questions maintenant** [...] j'essaye d'arranger si c'est arrangeable, sinon ben... non je me prends plus la tête hein, et **ma vie devient plus simple, moins encombrée** » – « **je m'occupe de mes affaires de ma vie**, et voilà, même au niveau de mon travail je laisse... **j'essaye de laisser mon travail dehors**, en dehors de la maison ».

P5 : « après il (son conjoint) continue encore à être un peu dur hein, il va pas changer comme ça, de toute façon **j'attends pas qu'il change** hein, **il est comme il est**, soit je l'accepte comme il est soit je m'en vais, c'est le constat que j'ai réussi à faire ».

P17 : « moi-même au niveau physique oh **je fais plus trop attention** [...] c'est pas aussi fort qu'avant ».

❖ Se libérer de la situation :

« Maintenant dès que j'ai un petit problème... autrefois ça restait dans ma tête, tant je trouvais pas de solution [...] et maintenant j'arrive à passer à autre chose, ça peut revenir mais je reste dessus tant que j'ai pas trouvé la solution »

P11.

Des patients arrivent à avancer sans rester fixés sur la situation :

P16 : « je trouve que **je m'attarde moins sur des futilités** on va dire, avant **je prenais tout trop à cœur** enfin voilà, maintenant je laisse passer (rire) » – « je suis peut-être moins angoissée qu'avant, enfin **j'essaye de moins me prendre la tête** je veux dire, éviter de trop réfléchir tout le temps penser, j'essaye de prendre les choses plus cool ».

P14 : « j'arrive à relativiser les choses, voilà ça m'aide [...] **je me prends plus la tête pour des détails**, je me dis bon c'est pas grave » – « je suis plus détachée des choses maintenant qu'avant, **avant ça me collait à la peau** là maintenant non ».

P17 : « quand je pense à un truc dur par rapport à mon fils (**décédé**) ça passe, **j'arrive à passer à autre chose** » – « j'essaye pas de pas trop analyser, avant je me disais oui et si et les enfants et ceci et cela [...] je vais faire en sorte **de pas trop m'attarder là-dessus** ».

P8 : « moi je suis de nature à... par exemple si il m'arrive quelque chose je suis sur la chose **je suis trop dessus**, parce que **je faisais un peu trop attention aux détails** [...] je me sens mieux et je me dis maintenant il faut que tu avances, **c'est pas la peine de s'arrêter sur des détails** et il faut vivre... j'étais pas comme ça je veux dire ».

❖ Éprouver les choses différemment :

« Avant ça m'affectait beaucoup, là ça m'affecte bon... sur le coup oui, mais après je sors de chez eux je sors, quand je pars je rentre chez moi ben je retrouve ma vie à moi quoi, mes affaires, mon compagnon » P14.

Des patients éprouvent les mêmes situations d'une autre manière :

P10 : « avant **je me prenais beaucoup la tête**, j(e n)'avais plus confiance en moi, maintenant je gère mieux la situation au fait, alors que **la situation elle-même n'a pas vraiment changé** hein ».

P16 : « j'arrive maintenant à parler (du décès de son père) **sans forcément pleurer**, donc déjà ça c'est mieux (sourire) ».

P14 : « dès que voyais ma famille ils me parlaient de leurs problèmes, alors moi **j'étais dans leurs problèmes**, et du coup **ma vie était pourrie** on va dire par les problèmes des autres [...] alors que maintenant je me dis voilà moi j'ai mes problèmes, voilà quand je vais les voir **je laisse de côté ce qu'ils me disent** quoi ».

P3 : « **maintenant j'arrive** un peu mieux à gérer mes émotions et **à vivre avec sa maladie** (de son père) ».

Avec une meilleure acceptation :

P6 : « maintenant au moment où mon mari prend sa bouteille (d'alcool), là **ça devient un peu moins pénible pour moi**, c'est pas du tout pareil comme avant, parce que dès qu'il se mettait à boire **je m'énervais**, du coup je me sentais pas bien, et **maintenant ça passe...** j'arrive à me calmer ».

P8 : « avant je faisais une fixation sur cette conduite, maintenant je me dis que bon ben je souhaite que ça aille mieux mais dans le pire des cas ça va pas... **j'arrive à admettre que je puisse accepter que c'est comme ça** mais je vais m'arranger pour que ce soit pas comme ça » – « **j'accepte mieux de dire que c'est un handicap** ».

P4 : « **maintenant j'accepte** le fait que le caractère qu'il (son père) est dedans je... et avant non, pour moi c'était tellement négatif que je trouve pas le mot pour dire tellement il faut dire comment j'étais à force... **j'arrivais pas du tout à accepter** ».

P3 : « **j'accepte mieux la maladie de mon père**, je me dis si ça doit arriver ça arrivera on n'y peut rien de toute façon, je n'ai plus peur de la mort comme avant »*.

P17 : « mon fils est moins là **il vient moins souvent**, parce que avant il avait un petit pet il venait me voir, tandis que maintenant on se téléphone ben **si on se voit pas on se voit pas** [...] **on pouvait pas se passer l'un de l'autre** ».

Vis-à-vis du monde :

❖ Retrouver sa place dans le monde :

« Avant j'ai l'impression que j'étais complètement dans le noir alors que là c'est comme si tout était clair autour de moi, mais vraiment hein, sans... sans vous lancer des fleurs ou quoi que ce soit » P5.

Des patients retrouvent leur place dans le monde :

P9 : « je me sentais ni femme ni maman, mais maintenant **j'ai appris** à être femme, j'ai appris **à trouver ma place dans la vie, trouver mon équilibre** » – « aujourd'hui je suis plus la même maman... [...] **j'ai trouvé ma place de femme et maintenant j'ai trouvé ma place de maman** ».

P4 : « **j'ai retrouvé mon rôle de maman** (sourire) **et mon rôle de femme** (rire), tandis qu'avant je sais pas... pour moi j'étais plus rien j'étais qu'une épave ».

P5 : « même moi **je me sens beaucoup mieux**, c'était comme une lumière au bout d'un tunnel, c'est vrai hein c'est comme si **j'étais perdue** et là j'ai l'impression d'avoir retrouvé... **de m'être retrouvée** au fait ».

P2 : « c'est... vraiment **ma vie se réoriente** ».

P14 : « **je suis contente de faire ce que je fais**, je suis contente de mon travail de me lever le matin, je suis contente quand je retrouve mon compagnon le soir ».

P3 : « maintenant je vois les choses autrement, **plus positivement**, je me sens bien plus confiant »*.

D'autres restent dans le même schéma :

P15 : « j'ai l'impression de toute façon **je serais jamais à ma place** quelque part, à chaque fois de toute façon depuis... ».

❖ Se réconcilier avec la vie :

« **C'est que je me suis réconcilié avec la vie, j'ai envie de vivre au fait** » P2.

Des patients expriment l'envie de vivre :

P9 : « même si j'ai des soucis mêmes s'il y a des choses qui me paraît très difficiles que je peux pas résoudre, mais **j'aime ma vie** j'aime la vie, avant non **avant j'avais que des idées noires** ».

P11 : « il vaut mieux peut-être projeter même si on meurt avant c'est pas grave mais au moins on projette, **on a envie de vivre quoi en quelque sorte** ».

P8 : « je me dis **il est pas trop tard pour essayer de bien vivre** il faut pas s'arrêter parce qu'on bloque sur... je bloque sur la conduite ».

P4 : « **je suis en paix avec le passé** ».

P3 : « on va tous partir un jour **profites de la vie**, et effectivement ça marche il y a moins d'angoisse ».

1.2. Praxies cognitives (évolution des conceptions) :

Vis-à-vis de soi-même :

❖ Se considérer autrement :

« **Contrairement à avant, je me trouvais ben tous les défauts du monde quoi machin et tout... et maintenant petit à petit je pars vers tout ce qui est positif, donc je me sens mieux** » P4.

Des patients se considèrent différemment qu'auparavant :

P5 (avant la 3^{ème} séance) : « **je me sens inutile et sans importance** »* –(ce qui a changé ?) : « dans ma façon de **me voir intérieurement** » –(réalisation ?) : « ben **que j'étais capable de faire certaines choses** alors qu'avant je me sentais pas capable, d'affronter des situations, je me sens plus adulte peut-être ».

P4 : « avant j'avais pas du tout confiance en moi j'étais mal, maintenant non, il y a un changement [...] **je me fais plus confiance** à moi maintenant oui contrairement à avant » – « je suis heureuse (rire), je contente, **je suis fière de moi** ».

P2 : « **l'estime de moi-même** c'est dans ce rapport à l'autre **dans un rapport plus-plus**, plutôt qu'un rapport plus-moins ».

P9 : « j'ai beaucoup confiance en moi, j'ai vraiment confiance en moi, pour l'avenir oui, **même si j'ai des peurs mais j'ai confiance**, je me dis que je peux y arriver » – « **je suis fière** de mon petit parcours, de ce que je suis en train de faire, voilà ».

Et s'acceptent tel qu'ils sont :

P19 : « je suis comme je suis et voilà hein donc **je m'accepte comme je suis plus qu'avant**, avant euh... peut-être pas je ne m'aimais pas mais **j'aimais pas ce que j'étais avant** ».

P14 : « ben **je m'accepte comme je suis** maintenant, voilà je suis comme ça ».

Pour d'autres, la manière de se considérer eux-mêmes n'a pas évolué :

P12 : « je suis toujours quelqu'un de renfermé sur moi-même [...] **je m'aime pas** en fin de compte [...] je me sens toujours **un peu inférieur** des trucs comme ça ».

P13 : « non seulement je me maquille pas mais **je me regarde très rarement dans un miroir** [...] et si on fait des photos je m'arrange pour ne pas être sur la photo [...] jamais je vais me regarder dans le miroir et dire je m'aime pour moi **ça c'est inadmissible** ».

❖ Se rendre compte de sa réalité :

« **Je me suis rendue compte j'avais aucune protection moi pour moi, parce que avant c'est vrai que je vivais pour les autres toujours pour les autres, mais moi heu... je passais toujours en dernière [...] je me rendais pas compte avant hein** » P11.

Des patients réalisent certaines choses et portent un autre regard sur eux-mêmes :

P5 : « maintenant avec le recul **je me rends compte** que... il y a des choses que je suis... que je ne pourrais plus accepter, **c'est comme si vous m'aviez ouvert les yeux** ».

P2 : « en termes de conscience j'ai l'impression de **porter un regard plus conscient** sur la réalité (rectifiée) ma réalité en tout cas ».

P11 : « **j'étais toujours soumise à cette dame-là** (sa mère) toujours... en fin de compte j'étais en quelque sorte j'ai l'impression **sans m'en rendre compte** sous son emprise [...] ça vient un peu d'elle hein **si je suis comme ça** avec mon mari et mes enfants... **je suis consciente maintenant de ça** ».

P3 : « au fil des séances **j'ai appris à me... me connaître** [...] **j'ai découvert** des choses sur moi sur mon passé » – « maintenant **je me connais un peu mieux** [...] je sais comment je suis avec mes faiblesses et mes qualités ».

P14 : « je me suis dit si il y a des choses qui peuvent arriver je peux rien faire, **je peux pas toujours sauver tout le monde**, ou bien je peux pas toujours gérer les situations ».

P8 : « **je réalise que j'ai un complexe** comme si j'avais honte de ne pas pouvoir conduire ».

P17 : « **je suis en train de comprendre des choses** que je comprenais peut-être avant mais que je disais pas mais... que j'arrivais pas à dire, maintenant j'arrive à expliquer **j'arrive à dire les choses** ».

❖ Etre plus attentif à soi-même :

« **Avant j'étais complètement coupée de moi-même oui, je... enfin je prenais pas le temps de prendre soin de moi, de m'occuper de moi au fait, de voir ce que moi je désirais, c'était toujours ce que les autres voulaient, alors qu'au fait non maintenant j'ai d'autres manières de penser [...] je fais plus attention à moi** » P14.

Des patients portent attention et sont plus connectés à eux-mêmes :

P9 : « avant **je me négligeais**, maintenant [...] j'essaye **d'écouter mon corps**, j'essaye d'écouter mes envies tout ça ».

P2 : « la prise de conscience principale c'est que je pense que à mon avis **je me suis un peu oublié** quoi, et qu'il y avait une nécessité si je voulais justement avancer plus sur le chemin c'est de **me recentrer sur moi-même** ».

P5 (après la 5^{ème} séance) : « ça fait du bien de **se retrouver** »*.

P14 : « les séances m'ont fait du bien, **je me suis retrouvée** [...] maintenant **je me réalise que je suis connectée avec moi-même** » – « je prends conscience qu'il faut que **je sois connectée à moi pas aux autres**, ça m'a fait prendre conscience ces séances-là, c'est ça au fait ».

❖ Attribuer un sens aux rêves :

« **Mes rêves m'interpellent, je crois effectivement que c'est des messages inconscients au fait qui sont très porteur de sens enfin... tout à fait** » P2.

Les rêves sont perçus comme un message inconscient porteur de sens :

P5 (en parlant de son rêve) : « ma mère elle s'est fâchée avec un bâton elle a tout fait tomber, et la maison s'écroulait comme un château de cartes [...] **ça doit vouloir dire** ».

quelque chose [...] peut-être que ça veut dire que les bases sur lesquelles on construit elles sont pas correctes, et il faut que ce soit plus solides » – « je vais faire comme une maison, je **vais construire les bases avant** ».

P2 : (en parlant de son rêve) : « cette gueule qui vient et qui est prête à me croquer, **ça fait référence à une peur** que j'ai que j'arrive pas très bien à identifier mais qui est encore là en tout cas, **ça aussi c'est un référent à la mort** enfin c'est clair (se gratte le sourcil) je sais qu'il y a un truc qui est encore là ».

D'autres patients se rappellent mieux de leurs rêves :

P3 : « **je rêve beaucoup maintenant** beaucoup tous les matins, les matins tous les matins, et **je me rappelle hein**, je rêve beaucoup et ça... ça dure longtemps [...] c'est agréable **on se sent plus vivant** (sourire) [...] **je rêvais pas comme ça avant et autant** ».

P8 : « je rêve pas beaucoup mais ce que je rêve **j'arrive à me souvenir, avant je me souvenais pas** ».

Vis-à-vis des autres :

❖ Comprendre l'autre :

« Quand on réfléchit bien l'autre a aussi raison que nous, parce que lui il est dans sa période à lui, lui il a raison » P17.

Des patients arrivent maintenant à se mettre à la place des autres, et essaient de les comprendre :

P4 : « **mon regard a changé** sur beaucoup de choses... exemple pour mon père, c'est vrai qu'il est insupportable il gueule pour oui pour un non... avant **c'était directement la dispute lui et moi**, et après... je regardais pas si malgré tout dans le passé il a souffert [...] **maintenant je vois tout ça**, je me dis bon c'est vrai qu'il a son mauvais caractère, mais après aussi **j'essaye de le comprendre** [...] au fond il est malheureux même si il le montre pas, et il arrive pas à s'exprimer que dans la colère ».

P17 : « elle (sa mère) répète des choses [...] parce que elle elle est dans sa logique de personne âgée, elle répète parce que a besoin de ça et j'arrive à... je prends sur moi, c'est difficile, **avant je me serais énervée**, maintenant je me dis mais non **elle est dans sa logique à elle** ».

P8 : « elle (une amie) s'était énervée avec moi pour pas grand-chose, d'habitude je me braque [...] après j'ai réfléchi **j'ai dit elle devait avoir un problème** quelque part [...] elle m'a appelé pour s'excuser et **je devais le faire moi** [...] **je suis moins braquée** si on peut dire ».

P1 : « je suis plus... comment dire **moins franchante** [...] plus cool quoi avec les autres... **j'accepte plus les gens** comme... tel qu'ils sont sans critique sans jugement, je deviens plus sage entre guillemets (rire) ».

Vis-à-vis des situations :

❖ Voir plus clair :

« Surtout face aux situations c'est surtout ça maintenant qui a changé, c'est que vraiment je... ouf je vois les choses mais autrement [...] j'arrive

à mieux gérer, je prends du recul sur les situations » P14.

Des patients semblent porter un nouveau regard sur les situations :

P2 : « (l'Hypnopraxie) ça fait partie de la démarche d'aller vers soi et ce voyage intérieur cette introspection permet effectivement de... de **réaliser qu'il y a rien de plus important que soi**, du soi pas du moi hein, et qu'à partir de là bon ce qu'on peut vivre dans le quotidien **ce sont des incidences** ».

P4 : « ce qui a changé aussi maintenant je vois que je suis bien entourée, **avant je voyais pas tout ça**, c'est-à-dire mon copain au moindre petit problème il a toujours été là pour moi et avant je le voyais pas, maintenant je vois et je me dis j'ai de la chance, et cette chance **je l'avais pas vu avant** » – « **un meilleur regard**, il y avait des choses avant, et même si c'était des bonnes choses, pour moi **je voyais pas ça comme c'était** hein ».

P5 : « **je sais surtout ce que je veux plus vivre**, alors qu'avant je ne voyais même pas qu'il y avait... enfin je savais qu'il y avait un problème mais **j'arrivais pas vraiment à mettre le doigt dessus** [...] j'ai comme perçu certains aspects qui me plaisaient pas ».

P15 : « **je réalise** que je pourrais améliorer certaines choses, pour avoir de l'attention **il faut que j'en donne aussi** ».

P14 : « au final je me disais ah oui quand-même hein, j'ai repensé à ça, pourquoi si pourquoi ça, **ah je comprends pourquoi je suis comme ça** aujourd'hui d'accord, au fait quand je ressortais c'était ça ».

P17 (décès de son enfant) : « je me mettais à la place des parents (ayant perdu un enfant) ils vont pas s'en sortir ils vont être mal, et je ressentais la douleur de l'autre alors que **maintenant je me dis non chacun son truc** moi j'ai eu ma part ».

Et relativisent les choses :

P9 : « il y a pas plus tard que la semaine dernière j'avais un souci financier, j'étais vraiment vraiment dans le rouge je savais plus quoi faire... je savais plus quoi faire, ben **je me suis dit bon ben il y a pire**, il y a pire ».

P14 : « je me dis après **il y a des choses plus graves**, je me dis maintenant il faut avancer... être bien, ça sert à rien de s'énerver pour pas grand-chose il faut rester calme ».

Vis-à-vis du monde :

❖ Considérer l'avenir autrement :

« Je me dis par exemple je peux tomber d'un côté et j'aurai toujours quelque chose pour me relever, je pourrai toujours me relever » P4.

Des patients ont plus d'espoir et de confiance dans l'avenir :

P9 : « je me dis que bientôt ce sera meilleur, **demain ça va être meilleur** [...] **je garde espoir** oui » – « maintenant je dis bon ben [...] **si il y a des problèmes il y a des solutions**, donc je prends ça dans ce sens-là, je me dis je vais plus me prendre la tête avec tout ça, **j'essaye de réfléchir à une solution**, mais **avant je voyais pas ça comme ça** ».

P8 : « c'était pas dans ma conception de dire oui tu vas réussir » – « concernant ma thérapie c'est... ça m'a donné plus plus... comment dire **plus de foi en moi pour dire tu**

vas réussir tu vas réussir [...] **je sens que j'ai plus confiance en l'avenir**, je sens que ça ira mieux [...] plus d'espoir » – « **c'est pas pour la vie le handicap** (phobie de la conduite) mais j'en ai hein pour le moment mais **ça changera** ».

P14 : « j'ai tout le temps peur de tomber malade ou qu'un accident arrive »* – « maintenant **je vois l'avenir plus sereinement** » – « **je prends les bons côtés** et puis les mauvais côtés je les laisse de côté, voilà maintenant je suis comme ça ».

P4 : « je me dis même si j'ai [son âge] ben **rien n'est perdu** [...] je voyais tout en noir rien avancer, j'étais tout le temps dans le négatif et maintenant non, maintenant je me dis bon ben j'essaye si je me casse c'est pas grave, **y aura toujours une autre porte de sortie** ».

P11 : « **je vois différemment les choses**, mêmes au niveau de mes enfants et tout ça, je vois différemment » – « je m'approche de la [son âge], je me dis qu'**on va essayer de vivre pour nous** hein, tant qu'on est en bonne santé profiter ».

P3 : « elle (une amie) a pleins de plaques sur les bras partout, elle m'a dit c'est le stress qui fait ça, et elle m'a dit j'espère que tu vas pas en arriver là, j'ai dit **moi ? non** (sourire) ».

Et pour d'autres, ils n'envisagent pas pouvoir évoluer :

P13 : « comme je vous dis je n'attends plus rien [...] **il y a plus rien pour changer** donc pour moi **je vois mon avenir comme ça** quoi [...] comme on dit refaire sa vie ou changer sa vie ça c'est fini ça ».

P15 : « des fois je pense je me dis oui **j'ai raté un petit peu ma petite vie** » – « je sens que je vais pas y rester longtemps (dans ce travail), **j'ai ce sentiment-là que ça va pas durer** ».

❖ Envisager sa propre finitude :

« J'ai pris du recul par rapport à la mort [...] je pense à l'incinération je pense de plus en plus à ça, alors qu'avant je pouvais pas, je me dis ben... je me dis bon les enfants vont pleurer mais bon c'est comme ça » P17.

La manière de considérer sa propre mort et celle de leurs proches a changé :

P16 : « je vois pas les choses comme avant, oui **c'est différent sur ça**, je pense moins du coup (à la mort), **c'est pas du tout les mêmes pensées qu'avant**, peut-être le fait d'accepter plus les choses ».

P18 : « j'avais peur si... le matin je me réveille elle (sa mère) était morte **j'avais cette angoisse-là** [...] chaque semaine c'était ça » – « maintenant je me dis bon **si ça doit arriver ça va arriver**, et tu vas être capable de gérer ».

P11 : « je pense à la mort mais **j'essaye de voir différemment**, je me suis dit écoute de toute façon tout être humain sur la terre est de passage [...] et puis **la vie est faite ainsi** hein pour tout le monde [...] et puis on n'est pas fait pour être immortel ».

P5 : « **bizarrement** avant peut-être que (la mort) ça me faisait peur [...] **je me sens sereine** par rapport à tout ça ».

P2 : « je prends conscience de ma finitude, mais justement la mort est plutôt là **pour me faire apprécier le présent** ».

P13 : « pour moi la mort c'est un passage c'est-à-dire c'est la fin de la vie terrestre, **je me fracasse pas plus que ça** ».

P17 : « des fois on dit non ça fait rien si, si si ça angoisse quelque part mais je pense que c'est **l'angoisse naturelle de la vie** hein, de la vie de tout être qui vieillit [...] je me dis c'est comme une fleur c'est comme un animal c'est comme tout être vivant ».

Parfois, la peur de la mort est portée sur un autre aspect :

P5 : « j'ai pas peur spécialement (de la mort), **peut-être de la façon que ça se produirait j'ai un peu peur** [...] mais bon après... ça me fait pas plus peur que ça ».

P18 : « le jour où j'ai fait l'examen le médecin le radiologue m'a dit c'est dangereux ce que vous avez voilà, et là, là j'ai eu peur de la mort [...] **j'ai pas peur pour moi, c'est plus... j'ai peur pour mes enfants** ».

P13 : « je me dis si je meurs qu'est-ce **qui va s'occuper de mon enterrement** (rire), pas qu'est-ce qui va arriver après hein qui va s'occuper de mon enterrement ».

Pour d'autres, le rapport à la mort reste inchangé :

P4 : « j'ai toujours peur (de la mort) (rire), pour le moment ça n'a pas changé, **c'est une chose que j'ai très peur**, que ce soit pour moi ou pour les gens que je connais, et je sais pas pourquoi, j'ai toujours eu peur de ça » – « **j'essaye de penser au minimum** hein, parce que j'aime pas (rire)... du tout ».

P8 : « **je préfère pas y penser** parce que j'ai pas envie de mourir (rire) ».

❖ Reconsidérer les priorités :

« Je mets plus en avant ma famille que mon travail [...] parce qu'avant mon travail j'avais pas d'heure pour finir, maintenant je fais ce qu'il y a à faire et je m'en vais » P10.

Des patients redéfinissent leurs priorités, au profit d'eux-mêmes :

P2 : « **l'enjeu c'est... c'est vivre**, en harmonie avec l'autre avec la société, mais **sans s'oublier**, ça c'est vraiment le plus important ».

P18 : « **je prenais tellement sur moi [...]** maintenant je me suis dit ben non hein il faut arrêter, non, sinon je me pourrie la vie, voilà, et **j'ai besoin de préserver ma vie, ma santé** ».

P14 : « **Je fais plus du rentre dedans** aller c'est bon je gère tout, c'est moi le cow-boy qui va tout (inspiration)... non, non non, là maintenant bon d'accord, j'y vais mollo quoi [...] je me dis c'est pas important, **la vie c'est pas ça, c'est moi ma santé d'abord** ».

Ou de leurs enfants :

P5 (priorités ?) : « **mes enfants**, moi et si ça marche bien le couple, et si ça marche pas tant pis, **alors qu'avant les priorités étaient** qu'on s'entende bien le couple ».

P9 : « c'est arrivé j'avais des visites avec eux (ses enfants) ben **je parlais pas et eux ils m'attendaient**, et ça les faisait souffrir les enfants » – « j'ai envie d'avancer, **j'ai envie de**

réussir tout ça pour mes enfants, pour faire sans doute que pour eux » – « je dois aimer la vie pour mes enfants (sourire), parce qu'ils ont besoin de moi ».

1.3. Praxies comportementales (évolution des attitudes) :

Vis-à-vis de soi-même :

❖ Etre moins en colère :

Les colères s'apaisent chez certains patients :

P4 : « **avant je m'énervais beaucoup**, et là non, bon ça m'arrive hein de temps en temps mais **je suis beaucoup plus calme** et plus détendue ».

P6 : « j'étais un peu sur la défensive des fois, **ça m'arrivait de hurler de me mettre en colère**, là ça a changé parce que là même si mon mari boit même si il cherche des querelles, j'arrive à... **j'arrive à supporter** ».

P14 : « lui (son compagnon) il est content, il me dit on arrive mieux à discuter avec toi, **je pique moins des crises de colère**, je suis plus calme et plus ouverte à la discussion (larmes) voilà ».

P5 : « **je suis moins agressive** aussi parce que j'étais tellement pas bien que je devenais agressive aussi même avec mes enfants, alors que maintenant ça va mieux, vraiment ça va mieux ».

P14 : « **j(e n)'ai plus cette colère en moi**, avant j'avais un esprit de vengeance j'étais vraiment en colère contre des gens hein » – « **je m'énerve moins et moins fort**, j'arrive à mieux gérer »*.

P17 : « j'arrive arrivée à un moment à me calmer et puis à me poser **à discuter sans m'énerver** [...] des fois j'écoutais pas parce que j'étais dans mon... **dans ma logique à moi** ».

❖ S'accorder du temps pour soi-même :

« Maintenant je prends du temps pour moi et je sais qu'il y a que comme ça que comme ça que je serai bien dans ma tête [...] immobile je bouge pas je suis là, c'est mon moment à moi quoi, ça je le fais maintenant » P14.

Des patients arrivent maintenant à prendre du temps pour eux :

P3 : « quand il y a personne [...] je m'allonge dans le fauteuil et **je bouge pas pendant 30 minutes**, ce que **j'arrivais pas à faire avant** impossible ».

P10 : « depuis la séance, le petit peu que j'ai ben **je prends**, mais avant j'étais à 100 à l'heure, **avant c'était non-stop** jusqu'à 10 heures du soir ».

P14 : « dans le calme je m'allonge dans le silence et voilà je me retrouve, **j'écoute le bruit du silence** [...] (avant) je mettais toujours de la musique toujours quelque chose **pour me distraire**, alors qu'au fait ça me détendais pas, maintenant non j'apprécie le silence hein ».

Vis-à-vis des autres :

- ❖ Se valoriser dans le rapport à l'autre :

« Il y a beaucoup de gens qui me confient **leurs problèmes**, donc moi j'entasse ça, maintenant je veux plus trop écouter les problèmes des autres hein [...] j'ai dit maintenant je vais répondre au téléphone si j'ai le temps si j'en ai envie, j'arrive à le faire maintenant hein, avant je pouvais pas je prenais le téléphone et j'écoutais, maintenant j'ai dit non, stop » P11.

Des patients s'accordent plus de valeur dans leurs relations à autrui :

P2 : « ils (ses clients) me mettaient toujours dans une position d'infériorité [...] **j'ai réinstauré une relation plus-plus** [...] je suis un porteur de solutions et ça a tel prix, donc c'est comme ça c'est à prendre ou à laisser » – « **vous existez mais moi j'existe**, avec ces 2 paramètres essentiels on essayer de se construire une relation normale ».

P11 : « maintenant **je vais penser un peu plus à moi**, maintenant il (son mari) fait ce qu'il veut si il est malade tant pis pour lui, parce que j'avais peur qu'il soit malade... ».

P14 : « avant pour un rien ouf ça prenait des proportions... tandis que maintenant ben **chacun ses problèmes** [...] je vois pas pourquoi j'irai **m'embêter avec des choses inutiles** ».

P18 : « je prends les choses autrement, je me dis si ça ne va pas, **t'as qu'à dire à la personne** concernée directement [...] et **ça c'était pas le cas avant**, depuis x temps on dirait que j'ai trop pris sur moi ».

P10 : « je vois pas pourquoi je vais **détruire ma vie pour les autres** alors que j'ai une famille ».

P3 : « maintenant je suis un peu plus on va dire égoïste, **je pense plus à moi qu'aux autres** pour avancer dans la vie [...] j'ai remarqué ça si on est trop gentil on avance pas ».

- ❖ Rester soi-même avec l'autre :

« Il y a des choses que je n'accepterai plus, donc s'il y a un souci je n'hésiterai pas à en faire part, alors qu'avant je me faisais je ramassais tout jusqu'à ce que j'en puisse plus » P5.

Des patients expriment ce qu'ils sont réellement et arrivent à dire ce qu'ils ressentent :

P11 : « dernièrement on a discuté (avec sa mère), elle était pas d'accord pour quelque chose, et **j'ai pu lui dire tout ce que j'avais à lui dire** » – « je respecte les gens mais **je veux que les gens ne respectent aussi**, bon voilà ma façon de voir les choses maintenant (en souriant) ».

P10 : « avant j'étais beaucoup en retrait réservée sur moi-même, et maintenant heu comment dire... **si il y a quelque chose à dire ben je dis** et voilà ».

P18 : « mon mari m'a dit **tu extériorises plus ta colère**, parce qu'auparavant tout était... je suis quelqu'un je suis en colère je montre pas et je le dis pas non plus ».

P5 : « même si il y a eu quelque chose de pas bien on a réussi (avec son conjoint) à rester calmes sans qu'il y ait de conflit, mais **je lui ai dit ce que je pensais, alors qu'avant je n'aurais pas pu le faire** et lui n'aurai pas écouté ».

P3 : « maintenant je... je parle un peu plus **je suis un peu plus ouvert**, et je dis les choses un peu plus franchement, c'était mon défaut avant **je gardais tout pour moi** » – « si ça va pas... sans crier bien sûr, j'ai un conflit on discute **si ça va pas je le dis**, ce qui était pas le cas avant [...] **j'osais pas dire non** ».

P13 : « mon entourage a constaté que j'ai changé, **ils trouvent que je m'affirme d'avantage**, alors que j'étais très effacée avant, **je n'osais pas dire les choses** »*.

D'autres restent dans le retrait :

P15 : « je donne pas mon opinion parce que je sais pas après comment les gens ils réagissent, **je me retiens plus** maintenant je préfère pas trop partager ».

❖ Retrouver l'équilibre familial :

« J'ai l'impression que le fait que j'aie mieux lui aussi ça l'a... ça l'a apaisé [...] là ça va mieux on arrive à se parler, c'est venu au petit à petit... enfin je sais pas peut-être un déclic où il a senti que j'allais mieux et que lui aussi il avait besoin de ça pour venir vers moi » P5.

Le changement chez les patients aboutit à une nouvelle organisation du système familial :

P9 : « même avec mon premier enfant, **j'avais jamais eu de relation fluide avec lui**, ça a toujours été... je me mettais à part, je pouvais jamais lui faire un câlin lui dire que je l'aimais, mais maintenant [...] je peux partager un moment tranquille avec lui, sans que je le repousse [...] **ça se voit que ça change un peu sa vie** [...] maintenant oui, maintenant je demande des câlins **je lui dis que je l'aime** ».

P4 : « **ça se passe beaucoup mieux**, avant il y avait beaucoup de conflits [...] le plus dur c'était c'était avec mon papa, puisque la façon qu'il était, j'arrivais plus à supporter c'était difficile, et maintenant... même si il gueule machin, j'arrive à mieux prendre à mieux être plus calme, et avant il commençait ah là **c'était dispute directe** hein ».

P5 : « je l'ai appelé (son conjoint) pour l'engueuler (rire), et il s'est excusé il m'a dit qu'il était sorti, **alors qu'avant il se serait jamais excusé**, il serait rentré dedans ou il aurait rien répondu [...] ça me surprend de la bonne façon » – « j'ai l'impression qu'il **est un peu plus attentionné** (en termes de sexualité) [...] et **on arrive un peu à échanger mieux qu'avant**, alors qu'avant il y avait vraiment aucun échange entre nous hein ».

P19 : « **j'ai moins de colère envers lui** (son fils) [...] lui il essaye enfin **il fait des efforts pour m'écouter**, même moi ben moi pareil aussi je l'écoute je crie un peu moins, donc ça va un peu mieux oui ».

P2 « il y a des changements dans mon comportement à l'autre [...] **les rapports sont simples** sont plus simples [...] mon épouse et ma famille, j'ai l'impression que **c'est en harmonie** au fait ».

P3 : « des fois il faut **être adulte** il faut être un père autoritaire et un peu plus sérieux et ça marche un peu mieux, **elle** (sa fille) **a compris aussi** ».

P11 : « je suis sa maman mais j'ai pas à contrôler sa vie non plus, elle (sa fille) fait ce qu'elle veut maintenant, maintenant je dis tu fais une connerie tu assumes [...] je me suis

rendue compte que **maintenant il faut la laisser vivre sa vie**, en bon ou en mauvais c'est pas mon problème c'est le siens ».

P10 : « disons que je voyais plus comment dire... **je voyais tout le temps négatif**, maintenant j'ai plus mon mari... **j'essaye de l'aider plus qu'avant** ».

Vis-à-vis des situations :

❖ Elargir les possibilités :

« **J'ai entrepris une formation en cuisine, j'ai toujours rêvé de faire ça mais je pensais que ce n'était pas possible à mon âge** » P4.

Un autre possible apparaît chez certains patients :

P8 : « je pense peut-être avec la thérapie **ça fait des ouvertures**, envie de faire des choses que j'avais pas envie avant ».

P3 : « **je me suis découvert des capacités** que **je peux gérer mes émotions par moi-même et sans médicaments** contrairement à avant [...] je peux me rassurer aussi par moi-même ».

P5 : « j'avais la peur de me retrouver seule avec mes enfants, comme je vous dis **je me sens capable hein aujourd'hui**, si ça va pas je me sens vraiment capable de m'en sortir, tout ce que j'arrivais pas à voir avant... **avant j'avais l'impression de pas être capable** ».

P4 : « il y a des choses que je fais **que avant j'aurais jamais fait** quoi, comme ben ma copine (réconciliation) alors là c'était une joie hein, ça... au niveau de comprendre mon père, au niveau de ma formation tout [...] je me dis finalement ben... **je suis capable de le faire** et... donc je suis quelqu'un de bien (éclat de rire) ».

P11 : « avant quelque fois je m'asseyais et **je réfléchissais ben aux pire** que... avant **systématiquement** quand je prenais le temps de m'asseoir un petit moment c'était tout de suite un problème que je réfléchissais, et maintenant je m'assois j'essaye de **réfléchir à quelque chose de bien** ».

P17 : « avant **j'avais besoin d'être avec les autres** de dire... et maintenant **j'arrive à me mettre dans mon bureau** de faire mon travail sans trop... ».

P10 : « j'ai eu la sensation de **mieux gérer** la famille la maison mon travail [...] **avant je gérais pas du tout** ».

P14 : « il y a des choses que j'apprécie maintenant que **avant je prenais pas le temps d'apprécier**, par exemple me promener comme ça dans la nature **sans but précis**, alors qu'avant **c'était toujours la course**, il y avait toujours un objectif courir après quelque chose ».

❖ Adopter de nouveaux comportements :

« **Je suis moins renfermé chez moi je sors plus, parce qu'avant j'avais peur d'aller à... je sais pas à Saint-Denis ou dans le sud de peur d'avoir une crise d'angoisse [...] il y avait toujours cette peur d'être pas bien ailleurs** » P3.

Des patients arrivent à faire de nouvelles choses qu'ils ne faisaient pas auparavant :

P13 : « si il y'en a une (chorégraphie) que je ne connais pas ou que je connais un peu mais que je ne maîtrise pas je n'hésiterai pas à me mettre à l'arrière mais **d'essayer quand-même, et avant je n'aurais jamais osé faire ça** ».

P17 : « j'arrive à dire aux enfants ben je suis pas là [...] et en plus ça m'a rien fait [...] **alors qu'avant je me serais culpabilisée** de dire ben non je peux pas dire ça [...] **ça c'est nouveau** c'est nouveau parce que je me sens... **je culpabilise moins** ».

P14 : « je me respecte maintenant aujourd'hui oui, ben je peux pas bon ben je pourrai plus tard, tandis qu'**avant il fallait y aller quoi jusqu'à l'épuisement**, là maintenant bon aller tant pis **si j'arrive pas maintenant je ferai plus tard** ».

P4 : « avant je n'aimais pas à sortir c'était un calvaire pour moi, donc... on m'invite au restaurant ou autre je voulais pas, parce que **je me sentais mal dans ma peau**, et maintenant c'est bon, **si il faut sortir je sors je suis contente** ».

P9 : « **je reste pas à la maison** tout le temps me focaliser sur mes problèmes, j'essaye de sortir de faire des sorties [...] alors qu'avant **je sortais pas du tout**, je restais à la maison ».

P11 : « quand les gens des amis ou autre sont malades, **je vais pas voir j'ai peur, maintenant j'essaye d'aller voir** les gens mêmes qu'ils sont malades ».

P5 : « si elles (ses filles) ont envie de crier dans la voiture je dis allez-y vous pouvez, **alors qu'avant non taisez-vous** arrêtez fais pas de bruit laissez-moi tranquille ».

P3 : « maintenant [...] quand je connais pas les choses ben **je regarde sur Internet** ou dans le dictionnaire [...] c'est vrai ça on a plein de choses à apprendre on sait pas tout ».

Avec parfois de nouveaux projets ou activités :

P5 (nouveaux projets ?) : « peut-être me renseigner pour **passer un concours d'aide-soignant** [...] si ça se fait ben ce sera un nouveau départ pour moi ».

P14 : « **je fais de nouvelles choses** comme la cuisine la couture ».

D'autres ne trouvent pas d'alternatives :

P12 : « **je me sens bloqué** je sais plus quoi faire [...] je suis dans un entonnoir **je vois pas la sortie** ».

❖ Affronter les difficultés :

« Quand j'étais devant un truc dur difficile, j'avais plus tendance à me cacher, à faire du style c'est comme si ça n'existait pas pour ne pas affronter, maintenant c'est le contraire, quand ça va pas ben je préfère l'affronter » P4.

Des patients changent leur manière de gérer les difficultés, ils arrivent à affronter les situations, alors qu'ils étaient auparavant dans le retrait :

P5 : « **maintenant j'affronte**, avant... avant je partais plutôt en larmes, mais j'ai l'impression que maintenant quand il y a un souci ben **je suis là j'écoute et je réponds** [...] avant je me taisais je ramassais tout jusqu'à ce que j'en puisse plus ».

P9 : « avant... j'affrontais rien, dès qu'il y avait un problème je fuyais les problèmes mais maintenant non, **maintenant si y a un problème j'essaye de le résoudre**, j'essaye de...

ben de trouver une solution de **pas rester les bras croisés** » – « je fais en sorte de **ne pas baisser les bras** face aux problèmes que je rencontre, **j'affronte les problèmes** si ça marche ça marche, si ça marche pas tant pis je fais avec ».

P4 : « avant quand j'avais un souci c'était... ben je prenais tout sur moi et je faisais en sorte... **je faisais celle qui va bien** pour... pour ne pas affronter justement le problème, maintenant non, maintenant je me dis bon il faut bien que... **il faut bien régler ce problème** [...] donc j'affronte maintenant (rire) ».

P11 : « même les hôpitaux j'aime pas du tout, du tout du tout hein, c'est le stress quand je vais rendre visite à quelqu'un à l'hôpital, **c'est le stress la panique**, mais là j'ai dit non si quelqu'un est malade j'irai [...] **je m'y force d'aller voir même si ça me fait... ça me fait peur** et j'ai pas envie du tout ».

P17 : « je pense que depuis la mort de mon petit garçon je voulais pas je voulais pas de pitié [...] **je voulais pas en parler** c'était ... c'était mon truc à moi je voulais garder pour moi pour moi toute seule [...] ça me touche autant mais **j'arrive à en parler** par rapport à avant ».

Ou qu'ils cherchaient un support social :

P3 : « **je m'affolais beaucoup** [...] j'avais un réflexe quand j'étais pas bien même si c'était pas grave, il fallait **aller soit chez le médecin soit aux urgences pour être rassuré** » – « si il y a une crise maintenant j'évite les médicaments au maximum, **gérer voilà par moi-même** de me calmer ».

Certains trouvent en eux-mêmes des ressources pour mieux vivre la situation :

P14 : « j'arrive à relativiser les choses, dans des moments de stress ou d'angoisse, ben je me retrouve, **j'essaye de me reconcentrer sur moi**, voilà je fais ce travail-là continuellement ».

D'autres restent dans le retrait :

P12 : « **quand ça va pas** ben ça va pas, je suis là j'ai pas envie de parler j'ai pas envie de manger j'ai pas envie... c'est vraiment un... quelqu'un de froid qui est à côté de vous quoi, **je me renferme sur moi-même** je rumine voilà ».

Vis-à-vis du monde :

❖ Se responsabiliser :

« **J'ai pris sur moi d'aller voir au fait un coaching sportif [...] un coaching nutritionnel, donc j'ai depuis là perdu du poids, 4-5 Kg à peu près [...] donc il y a une reprise en main de mon corps** »
P2 (obésité).

Des patients prennent maintenant leurs responsabilités et se prennent en main :

P5 : « là **je prends certaines choses en main** [...] ma petite fille elle se lève la nuit, elle m'a rappelé au moins 2 fois après mais **elle m'écoute** et elle comprend et elle réagit plutôt bien, alors qu'avant je **me serais peut-être énervée** ».

P9 : « maintenant **je suis un peu plus responsable** et plus autonome, même envers les enfants (en famille d'accueil), tout ça... il y a eu un très très grand changement, très grand » – « je m'investis pour eux ils voient vraiment qu'à tous les rendez-vous je suis là,

je manque jamais un rendez-vous [...] avant c'était très difficile, **je prenais les rendez-vous à la légère** j'y allais pas ».

P4 : « (la situation) vraiment changé non, mais c'est moi je suis plus... plus calme, et j'essaye de... comment dire ça ? De **trouver quelle bonne solution à faire**, comment il faut que je fasse pour que ça éclate pas et que je suis bien aussi ».

P10 : « c'est vrai que j'ai eu **la sensation de mieux gérer** la famille la maison mon travail [...] **avant je gérais pas du tout**, maintenant ça va ».

P17 : « **j'ai réussi à lui dire non** [...] je me dis ben non ils ont leur vie **il faut qu'ils apprennent à se débrouiller** qu'ils apprennent à être indépendants ».

P14 : « **avant je fonçais dedans** heu... je prêtai pas attention aux conséquences ou à mon état, voilà pas d'analyse, j'étais vraiment... j'étais directe, **je prenais pas le temps de me poser** de prendre du recul ».

P16 : « c'est vrai que quand je suis arrivée ici (à la Réunion) je me suis un peu éloignée je restais dans mon petit monde, donc maintenant [...] j'essaye d'**être plus présente plus à l'écoute** » – « je suis **plus attentive** à ce qui se passe ».

Et sortent de la victimisation :

P10 : « Elle (sa belle-mère) m'a accusée à tort d'adultère, **elle m'a fait beaucoup de mal** [...] aujourd'hui **je me sens plus vraiment comme une victime comme avant**, avant on m'accusait même toujours maintenant hein, mais aujourd'hui maintenant **je mets de côté** ».

P5 : « ça m'a libérée de mes tensions, et j'ai l'impression que **j'arrive à mieux gérer les conflits** (sourire)... alors qu'avant **à chaque fois je me sentais agressée** ».

P9 : « j'arrive à mieux gérer mon chez moi, **j'arrive à me gérer moi toute seule**, et avant j'avais besoin qu'on me... **qu'on m'accompagne** qu'on m'aide, c'était plus difficile à... à faire certaines choses ».

D'autres se retirent de leur responsabilité d'être acteur de leur vie :

P13 : « à chaque fois je dis comme ça **je peux pas faire autrement**, donc les choses sont ce qu'elles sont donc ça reste comme ça [...] **ça peut pas changer** [...] on est obligé de l'accepter puisqu'on peut pas le changer ».

❖ Prendre les décisions :

« **Maintenant je prends une décision c'est oui ou non tout de suite ou jamais, parce qu'avant j'avais tendance à cogiter à réfléchir c'est bien ou c'est pas bien** [...] je (ne) me prends plus la tête » P3.

Des patients prennent leurs décisions autrement :

P4 : « maintenant **je prends mes décisions mais dans le bon côté** (rire), comme pour ma formation [...] le régime que j'ai commencé que je continue ».

P15 : « j'ai l'impression que je réfléchis un peu plus, peut-être que **je prends des initiatives** peut être un peu plus aussi ».

P12 (révélation d'une relation extra-conjugale) : « **je lui ai tout expliqué** (à sa femme), même ma mère toute la famille est au courant maintenant ».

2. Entre le vouloir et le pouvoir :

2.1. L'expression de l'involontaire :

Se surprendre de constater le changement :

« **Je suis étonnée, étonnée, étonnée parce que moi je vous dis hein, un mois avant (le vol) j'étais pas bien, et là pour le moment tranquille, on pense pas à tout ça** » P11 (phobie de l'avion).

Des patients expriment leur surprise et leur étonnement après avoir constaté un changement en eux :

P3 : « **c'est étrange**, avant je n'arrivais jamais à rester plus 5 minutes sans bouger sans s'agiter, **maintenant j'y arrive** même tout seul ».

P11 (phobie d'aller chez le médecin) : « mon mari a été hospitalisé pendant 5 jours, je suis allée le voir sans problème, sans stress ni rien, **j'aurais jamais cru** que ça pouvait être comme ça »* —« plein de changements dans ma vie ces derniers temps-là, que **ça me surprend** un petit peu quand même hein ».

P5 : « de voir **comment je me suis libérée** au fil de ces séances, **c'est ça qui m'a marquée** vraiment ».

P14 : « je suis moins encombrée dans ma tête (rire), **ça c'est bizarre...** ».

P9 : « **je m'impressionne des fois** [...] je disais pas ça (pouvoir affronter les problèmes) avant hein ».

P2 (obésité) : « le soir ben **étonnamment** j'ai pas beaucoup faim, je mange très peu le soir ».

P18 : « **il** (son mari) **m'a dit c'est bizarre** parce que tu extériorises ta colère maintenant, tu dis ça va pas quand ça va pas ».

Malgré l'aspect « non spectaculaire » de la séance :

« **Au départ bon je me disais que ça allait jamais marcher sur moi [...] mais maintenant je vois comment j'ai évolué, ben je suis satisfaite des séances avec vous (sourire)** » P14.

Des patients expriment leur incompréhension devant le décalage entre le vécu des séances et la survenue des changements :

P8 : « pour tout vous avouer au début **je comprenais pas trop** parce que je me posais la question comment... **comment avec ce genre de séance** on arrive à... mais plus le temps passe je me dis que c'est... **c'est positif** ».

P5 : (ce qui vous a marqué ?) « ben de voir comment **en étant à moitié endormie** [...] au final de **me sentir libérée**, ça ça m'a marquée ».

P11 : « au départ **j'étais un peu sceptique** hein au niveau de machin, j'ai dit ben **qu'est-ce qu'on fait là on fait rien**, mais après c'est peut-être vrai que ça marche sur certaines personnes en l'occurrence moi » — « peut-être c'est vrai **le subconscient il travaille vraiment** hein (rire)... j'ai dit ben oui je suis là allongée je dis rien, je pense à rien ».

P14 : « au départ bon à la première séance je me disais **ah bon c'est ça d'accord ouf...** et après la deuxième je ne voulais pas trop venir **je me disais bon à quoi ça sert**, puis en fin de compte au final je venais à chaque fois hein (rire) et voilà, **avec du résultat aujourd'hui** (en riant) ».

P10 : « à un moment donné je me suis dit **que ce que je fais là** (éclat de rire) **je croyais pas vraiment** pendant un petit moment, mais c'est après la séance c'est au fil du temps **j'ai remarqué qu'il y avait un petit changement** au fur et à mesure ».

Evoluer sans l'intervention de la volonté :

« **Moi-même je me suis rendue compte des choses moi-même comme ça [...]** c'est pas quelque chose que j'ai réfléchi oui pourquoi je suis machin, je vais réfléchir à telle chose, j'ai pas vu ce problème là... non, c'est venu **spontanément** » P11.

Des patients rapportent une survenue spontanée de changements :

P6 : « **c'est comme de la magie**, c'est comme si on enlevait un poids ».

P8 : « on me trouve bien on me trouve comme si... **pourtant j'ai rien... il s'est rien passé de plus je veux dire dans ma vie** ».

P2 : « j'ai l'impression qu'il y a **des déclics**, je sais pas en termes de synchronicité ».

P5 : « ça s'est fait tout doucement, comme une évolution qui s'est faite petit à petit, **je me suis même pas rendue compte**, à un moment donné **je me suis réveillée j'ai vu** que je me sentais mieux »—« **j'ai rien changé dans ma vie** hein, j'ai... j'ai eu tous les bénéfices ».

P3 : « **il y a eu ce déclic** effectivement ».

P10 : « en tout cas je lui ai dit (à sa belle-sœur) que **moi j'ai eu un déclic** par rapport à mes soucis à moi ».

P14 : « je venais bon on faisait les séances, mais pour moi **j'avais l'impression de pas avancer**, alors qu'au fait mon entourage voyait bien que j'avais changé, je pensais plus de la même manière, voilà ».

Sans pouvoir l'expliquer :

« **La relation (avec son fils) est beaucoup plus fluide maintenant qu'avant, je peux pas expliquer pourquoi ça vient comme ça avec lui** »
P9.

Des patients semblent ne pas être capables de pouvoir donner une explication à cette évolution :

P11 : « **je sais pas pourquoi d'ailleurs je pensais à tout ça avant**, et là j'aurais pu penser la même chose hein, **là ça m'étonne vraiment** ».

P9 : « j'ai plus confiance en moi, **je sais pas pourquoi** ça s'est... **ça s'est débloqué comme ça** hein ».

P2 : (en attente d'une proposition professionnelle depuis 1 an) : « là **bizarrement**... sans que je fasse quoi que ce soit on me contacte [...] peut être qu'il y a un ralliement par rapport à l'univers, une plus grande cohérence [...] **je peux pas expliquer ça** ».

P4 : « je trouve que j'ai sauté quand-même un grand pas (éclat de rire), donc c'est ça, j'ai sauté je sais pas combien de pas... après **je sais pas trop comment expliquer**¹⁰⁸ (surlévation des sourcils) ».

P18 : « j'ai vu ça dans la séance (souvenir d'un repas familial) et après le samedi juste après tout le monde étaient réunis [...] je me suis dit **zut j'ai vu ça pendant la séance** et voilà, **c'était arrivé à nouveau** ».

Le changement est d'abord constaté par l'entourage :

« **J'ai pas ressenti le changement au début, mais dès le départ enfin après deux ou trois séances ça se ressentait dans mon entourage, mais moi-même non quoi je ressentais pas... c'est après les les séances que j'ai ressenti le changement, mais ça s'est pas senti tout de suite au fait** »
P14.

L'entourage des patients constatent un changement en eux :

P5 : « même ma famille proche... **ils ont vu** que j'allais mieux ».

P3 : « **mes collègues ont remarqué** un changement en moi, je suis moins réservé plus extraverti et maintenant je dis les choses quoi ».

P9 : « **on me voit** plus épanouie ».

P12 : « c'est vrai que **mes collègues me disent** que je suis plus épanoui plus souriant ».

Parfois avant qu'ils ne réalisent eux-mêmes :

P13 : « moi j'ai toujours eu un très grand manque de confiance en moi ça ouf [...] j'ai discuté avec 2 amies hier soir et c'est là qu'elles m'ont dit qu'**elles trouvent** que maintenant j'ai beaucoup plus d'assurance qu'avant, je dis **ah bon et comment ça ? Et c'est là que j'ai réfléchi** ».

P14 : « ma sœur **elle me l'a dit c'est bizarre tu as changé** qu'est-ce que... elle me dit tu parais plus heureuse [...] ça m'a surpris parce que **je le vois pas de moi-même** » – « **sur le coût j'ai pas compris le changement** au fait [...] j'avais une autre vision, j'étais pas pareil, alors que **je me suis rendue compte après là, récemment** ».

¹⁰⁸ Nous ne sommes pas certains de ce que P4 a voulu exprimer à travers cet extrait : si elle ne trouve pas les mots pour s'exprimer ou si elle s'étonne de cette évolution.

2.2. C'EST plus fort que MOI :

ÇA survient malgré la volonté :

« **Je m'étais dit quand je viendrai là faire le bilan il faut absolument pas que je pleure (en pleurant), je me suis mis ça dans la tête, finalement ça ne marche pas quoi** » P15.

Il arrive que les patients veulent, sans pour autant pouvoir :

P13 : « je grignote je prends mes sucreries etc. (en souriant), alors je dis non **je vais pas le faire** parce que trop c'est trop et puis **2 jours après je vais recommencer** [...] je vais tenir 2 jours 3 jours mais après je vais reprendre... donc ça **je suis pas arrivée encore à surmonter ça** ».

P7 : « **j'essaye** de faire ma vie sans... sans penser à eux (sa belle-famille) mais **j'y arrive pas** ».

P8 : « il suffit que je sois un petit peu contrariée et je fais des heures à ne pas dormir [...] **j'essaye de me relaxer** de faire un travail sur moi **de dire** ben lâche tout etc. fermes tes yeux détends toi ».

P11 : « **je n'arrive pas à m'empêcher** de penser tout le temps à eux (ses enfants) **c'est plus fort que moi** » – « **j'essaye de mettre ça dans ma tête** de ne pas trop penser à la maladie [...] je me force de dire ça sert à rien [...] après c'est un petit peu plus fort que moi hein, cette histoire de penser à la maladie là ».

P3 : « **je pouvais pas contrôler ça** (les crises d'angoisse) [...] ma femme et mes parents personne n'arrivait plus à me... à m'aider, ils voulaient m'aider mais ils voyaient que **je pouvais pas** m'en sortir ».

P12 : « j'ai rencontré une dame au travail [...] mais comme je suis marié **j'ai décidé de ne plus la voir, mais c'est plus fort que moi** [...] **j'ai essayé même** de mettre un frein **et j'ai pas pu**, maintenant que **c'est de plus en plus fort** ».

P4 : « j'essayais de **me forcer à dormir**, mais si je dormais 1 heure ou maxi 2 heures par jour... par jour par nuit quoi c'est que j'avais bien dormi ».

P17 (parle pendant la 3^{ème} séance) : « **c'est plus fort que moi...** ce n'est pas possible que ce soit comme ça, **il faut** couper le cordon qui m'attache à lui [...] **il faut que** je prenne du recul, que je me détache»*.

P1 : « si je m'en prends aux autres je finis par m'en prendre à moi après **de pas me contrôler** ».

P19 : « je trouve que **c'est exagéré** de me mettre en colère comme ça, mais **c'est plus fort que moi** »* –« **j'essaye** de me canaliser mais c'est toujours... c'est toujours présent [...] **je m'en veux après** m'être mise en colère ».

P15 : « je ne veux pas revenir sur le passé (durant les séances), mais **c'est venu quand-même malgré moi** »*.

Des patients se retrouvent dans les mêmes scénarii :

P15 : « il arrive toujours un clash surtout dans mon boulot, tous **dans tous les boulots** (voix tremblotante) [...] **pourtant ça se passe bien** hein ».

P14 : « les relations amicales **ça finit toujours par éclater** »*

ÇA dépasse la compréhension :

« **Le fait que c'est arrivé là je sais pas comment expliquer, c'est pas une dame que j'ai dragué ou elle qui m'a dragué c'est arrivé doucement doucement comme ça** » P12.

Les patients ne peuvent pas toujours expliquer l'origine de ce qui leur arrive :

P11 : « après bon **je pouvais pas dire** qu'est ce qui m'angoissait qui me stressait [...] bon **on sait pas toujours pourquoi** ».

P8 : « peut-être qu'au niveau de ma vie sentimentale ça va changer aussi parce que... c'est comme un blocage j'ai l'impression... **j'essaye de comprendre mais je comprends pas** [...] j'arrive pas à trouver c'est quoi ».

P1 : « ça fait 30 ans que j'ai ces douleurs et ça m'handicape, **je n'arrive pas à comprendre d'où ça vient** et ça m'agace, j'ai tout essayé depuis 30 ans mais c'est toujours là »* —« mais pourquoi (la douleur) dans les fesses, **ça ça me dépasse** ».

P14 : « j'ai fait une petite crise de spasmophilie je n'arrivais plus à respirer, **je ne sais pas pourquoi** »*.

P18 (séance proposée quelques mois auparavant mais refusée, qu'est ce qui a fait que vous avez accepté maintenant ?) : « je sais pas **ce qui a déclenché** ».

P15 : « je me retrouve toujours dans les mêmes situations, **je n'arrive pas à expliquer pourquoi**, je ne sais pas ce qu'il faudrait que je fasse pour que ça change »*.

P28 : « **j'ai pleuré** tout à l'heure avec ma femme **je ne sais pas pourquoi**, ça m'arrive jamais pourtant »*.

Comprendre ne permet pas toujours de changer :

« **Parce que même si j'avais pensé autrefois que... ah peut-être que mon problème venait de telle ou telle chose, je pense pas que j'aurais pu... m'en sortir toute seule comme ça** » P11.

Des patients rapportent qu'ils ne peuvent pas changer un sentiment par une logique :

P3 : « **j'avais beaucoup peur** de la mort mais beaucoup, **je sais** que je vais partir un jour mais... beaucoup beaucoup ».

P9 : « j'arrive au moins à réfléchir pourquoi je m'énerve et j'essaye de comment dire... **de voir d'où est le problème, mais sur le coup** je m'énerve autant comme avant ».

P4 : « c'est une chose (la mort) que **j'ai très peur** [...] après **c'est vrai qu'on passe tous par là** mais bon ».

P11 : « il y a beaucoup de choses que j'ai dit bon telle chose, **je vois ce qui va pas** à peu près [...] mais **voir les choses et s'en sortir c'est pas évident** ».

Avec parfois un aspect paradoxal :

P13 : « la solitude c'est très dur à supporter [...] est-ce que j'arriverai à vivre avec quelqu'un ? Je pense pas, parce que justement j'ai déjà pris toutes les mauvaises habitudes mais en même temps je ne voudrais pas déranger ça vous voyez **il y a un côté contradictoire** en fin de compte ».

P12 : « si je suis comme ça c'est parce que **je le fais pas par plaisir** parce que **moi-même je me sens mal** en étant comme ça quoi ».

2.3. Viser le monde à sa façon :

« Ce sont des choses qu'on provoque, quand on a un différend avec une personne, il est vraisemblable que c'est nous qui avons provoqué ce différend, quand on se met en colère au fait c'est notre propre colère, c'est une colère qui tourné vers nous, il faut savoir la lire au fait, pourquoi chez tel individu nous révèle telle part de nous-même » P2.

La façon personnelle d'avoir expérimenté le passé influence les comportements :

P5 : « on était très nombreux, maman [...] a l'impression de **pas avoir été assez présente** pour chacune d'entre nous [...] **ça doit faire partie** aussi de ce qui m'a manqué, donc **j'essaye de donner à mes enfants l'attention** [...] et moi je crois qu'**il m'a manqué de l'attention** ».

P18 : « je me suis dit pour ton bien-être il est préférable d'aller postuler de demander une mutation d'**aller voir ailleurs** [...] dans le travail qui **me fait rappeler à ma propre vie**, il y a un peu de ma vie aussi là-dedans, il y a un peu de mon passé ».

P15 : « je fais mon travail mais **j'ai pas envie trop de m'investir** non plus parce que voilà **après je suis déçue** après ».

P11 (peur d'aller chez le médecin) : « autrefois moi quand je viens **olala, 15 jours avant** je regarde c'est quelle date c'est quel jour ça tombe... **je passe devant pour voir** si Dr. [nom du médecin] est là la voiture est là ou pas là » – « **je regarde tout le temps des documentaires sur la santé** [...] je pense très souvent à la maladie et à la mort, même si j'occupe mon esprit ailleurs je réfléchis tout le temps à tout ça »*.

P13 : « quand j'ai rencontré quelqu'un qui était bisexuel, ça je ne me le pardonnerai jamais, et je n'arrive pas à surmonter ça, **depuis ce temps-là je fais plus confiance à personne** ».

Et les sentiments :

P17 : « il y a des choses qui **m'ont marquées** dans ma vie et qui font que ben **on est pas bien par rapport à ça**, si j'avais pas ça peut-être que j'aurais pas eu cette façon d'agir cette maladie » – « mon fils a eu une maladie incurable et il en est décédé, c'était trop dur de vivre tout ça »* – « celui (l'enfant) qui est décédé en moto, ben moi **j'étais beaucoup touchée** ».

P12 : « c'est peut-être un peu **un manque de... d'affection** [...] j'ai pas vraiment connu la vie de famille » – « **avec elle** (une autre femme que son épouse) **je ressens des choses** que je n'avais pas avant [...] c'est une femme plus ouverte **plus attentive** [...] il y a vraiment un truc qui est fort ».

P8 : « **à chaque fois** que je vois une voiture qui ressemble à la sienne (son ex-mari) **je suis paniquée** » – « je pense que **je dois sortir de là** (sa maison) pour peut-être me libérer entièrement parce que c'est un point noir aussi là dans mon histoire de conduite, parce que tous venait de cette maison ».

P11 : « avant je pensais beaucoup à la maladie à la mort, parce que j'entends tout autour de moi tel est décédé de maladie crise cardiaque ceci cela [...] **c'est pour ça peut-être à chaque fois j'ai peur** de venir (chez le médecin) parce qu'on peut trouver quelque chose hein, on vieillit » – « peut-être c'était **ma façon de voir les choses** ma façon de penser **qui faisait que** j'étais tout le temps stressée ».

P13 : « un chant, au moment de l'enterrement il y a eu un chant **qui m'a rappelé** que la première fois j'avais entendu ce chant c'était pour l'enterrement de mon père, ben comme je dis c'était idiot que le défunt n'avait rien à voir avec moi et **ben j'ai pleuré** à son enterrement » – « je me suis **jamais senti aimée** à part de mes parents »* – « en fin de compte la solitude c'est une forme de souffrance [...] non la solitude **c'est très dur à supporter** ».

P3 : « **quand j'ai appris** déjà la maladie de mon père [...] **d'où après les crises d'angoisse** la dépression ».

Les patients peuvent être plus attentifs à certaines choses plus qu'à d'autres :

P2 : « ça m'a interpellé l'exercice (fermer les yeux et dire ce qu'il y a sur le bureau), **on ne voit que ce qu'on a besoin de voir** au fait, on n'est pas totalement objectifs »*.

P1 : « on entend pas tout (pendant les séances), **c'est très sélectif** je pense, bon alors comme je sais pas ce que j'ai squeezé hein [...] j'ai pas compris tous les mots que vous disiez **c'est sans doute pas par hasard** ».

3. La Dynamique de la transe :

3.1. Se rencontrer :

S'accorder un moment :

« **Prendre le temps de penser à moi tout ça, c'était... c'était agréable, parfois difficile mais peut-être nécessaire, pour au final comprendre les choses, je ressentais j'étais bien** » P14.

Les séances peuvent-être une occasion pour les patients pour prendre un moment pour eux-mêmes :

P4 : « j'avais l'impression que c'était **mon petit moment à moi** ».

P15 : « je savais que pendant la petite séance j'étais plus voilà... plus de boulot il (n') y avait plus de je dirais pas de famille mais quelque part un petit peu, **un moment où ouf j'étais tranquille 30 minutes**, où je pouvais réfléchir sur certaines choses, penser, voilà pendant un certain temps ».

P2 : « c'est **un moment privilégié à soi**, ça permet un retour à soi, de goûter à l'ici et maintenant » – « il est souhaitable que ma femme ne vienne pas, elle n'a pas sa place dans cette intimité même si on partage beaucoup de choses »*.

P13 : « ben là **on peut imaginer n'importe quoi** [...] on peut pas dire que c'est un moment de bonheur parce que c'est un truc que... qu'on a imaginé comme ça, comme on dit dans le meilleur des mondes ».

P21 : « c'est bien de pouvoir prendre **des moments comme ça**, de se déconnecter »*.

Retourner à son intimité :

« Au fait la démarche principalement intéressante dans... c'est l'attention qu'on va apporter à soi, à travers une démarche d'aller vers vous ou faire de l'Hypnopraxie » P2.

Ce sont des moments où ils reviennent à leur intériorité :

P9 : « on peut comment dire (raclement de gorge) euh... **d'aller en soi** de... de penser à certaines choses, **à certains épisodes de la vie** qui a été agréable d'autres pas, oui, mais moi ça m'a fait du bien ».

P17 : « c'est vrai qu'**il faut passer là-dedans** pour faire ressortir... voilà ».

P13 : « j'ai vécu autre chose, et il y a des moments où bon ça fait quand-même du bien d'essayer de **revenir sur sa vie** ».

P2 : « **ce recentrage sur moi-même** effectivement me permet de me réaliser j'ai l'impression que... il y a vraiment **quelque chose de profond** qui se passe là en ce moment [...] ça émane du plus profond de moi-même ».

P22 : « les séances sont **un prétexte pour revenir un peu à moi** »*.

P3 : « il y a des gens qui arrivent pas à **se retrouver au plus profond de soi** ils arrivent pas c'est trop difficile ».

P14 : « j'ai voyagé, **ça fait du bien de s'écouter** »*.

S'absorber en soi-même :

« C'est une fois que je suis revenu que je me suis rendu compte que j'étais parti, je me faisais reprendre par mes ronflements » P2.

Dans cette intériorité, les patients s'absorbent en eux-mêmes :

P12 (a mis plus de 20 minutes pour émerger malgré une dizaine d'invitations) : « **je me suis pas rendu compte** que j'ai mis autant de temps »*.

P25 : ouverture de la porte pendant la séance sans que cela ait été gênant.

P1 (après la 1^{ère} séance) : « **ça s'est passé très vite**¹⁰⁹ contrairement aux autres fois »*.

P8 : « **j'ai bien ronflé** hein ? (gênée) »*.

P13 : « j'ai ronflé **non ?** »*.

Ils ont parfois sommeil après la séance :

¹⁰⁹ La séance en question a duré autant de temps que les précédentes.

P8 : « c'était un moment reposant **comme si j'avais dormi** ».

P7 : « quand j'étais allongée là **on dirait que j'ai dormi** (rire prolongé) ».

P10 : « c'est vrai que pendant la séance je me suis... on dirait que j'ai dormi pendant un an **je me suis reposée pendant un an**, j'étais soulagée après ».

P1 (après la 4^{ème} séance) : « **je me sens toute molle**, j'ai envie de faire une sieste »*.

P28 : « c'est très étrange, **je me sens plombée**, j'ai bien senti mon corps, je me suis vu faire »*.

P8 : « **j'avais envie de dormir** le soir même »*.

P19 (après la 2^{ème} séance) : « c'est comme si **j'avais fait la sieste** »*.

P25 : « **j'ai l'impression d'avoir dormi**, c'était calme, je me suis bien détendue »*.

S'intégrer :

« **Je me suis rappelée (pendant la séance) d'un souvenir quand j'étais très petite avec mon cousin, ça n'a pas de sens particulier mais ça m'a surpris** »* P14.

Durant les séances, les patients peuvent avoir une impression de confusion ou de paradoxe, ne répondant pas à la logique rationnelle :

P5 : « **on arrive pas vraiment à comprendre** ce qui nous arrive, **on sent qu'on est là mais qu'on n'est pas là**, on est conscient de tout ce qui arrive autour de nous mais **sans vraiment pouvoir**... enfin je dis pas qu'on peut pas réagir parce que j'avais pas envie non plus ».

P16 (après la 1^{ère} séance) : « c'est bizarre comme sensation, **j'étais là sans être là**, je ne sais pas comment l'expliquer »*.

P20 (après la 1^{ère} séance) : « **c'est bizarre** on dirait qu'il n'y avait plus rien autour »*.

P15 (après la 3^{ème} séance) : « j'ai pensé à plein de trucs qui passaient dans ma tête, **qui n'ont rien à voir** »*.

P2 (après la 3^{ème} séance) : « je suis parasité par des moments du quotidien avec des réminiscences de la petite enfance **tout ça mélangé**, c'est intéressant »*.

P12 : « **y a pas un truc précis** heu » –(après la 2^{ème} séance) « il y a eu plein de choses du passé, le travail, mon père **tout ça en désordre** »*.

P19 : « c'est vrai que j'ai pensé à plein de choses mais je m'en souv... ben au réveil **je m'en souvenais pas vraiment** qu'est-ce que je pensais non ».

P2 (après la 4^{ème} séance) : « **je me suis vu centré** »*.

P28 (après la 1^{ère} séance) : « j'ai bien **senti mon corps** »*.

Tout en restant en lien avec le thérapeute :

P17 : « **j'étais toujours en connexion avec vous** (pendant les séances) toujours en lien et j'ai pas du tout coupé j'ai pas... enfin je pense pas ».

3.2. Se sentir :

Se sentir bien :

« Vous me parliez j'étais allongé, j'ai eu une sensation de bien-être avec des vagues, c'est très difficile de décrire au fait, des vagues de bien être [...] une sorte d'enveloppé dans quelque chose de protecteur [...] je visualisais au fait une onde réparatrice peut être » P2.

Les séances sont des moments où l'affect est mobilisé :

P14 : « il y a moments **j'ai ressenti de la colère**... j'étais en colère contre moi, puis après bon **je me suis résiliée**, donc après j'ai eu **des moments de joie**, voilà des moments où **j'ai eu peur** aussi pendant les séances, voilà... et puis après **de la tristesse** en pensant à certaines choses ou **en ressortant** certaines choses ».

P11 : « les séances étaient un moment où je pensais... j'étais complètement relâchée, **j'ai pensé pas à rien** donc **ça m'a fait que du bien** ».

P17 : « ce qui m'a marqué est que... ben **le fait de pleurer ça m'a... ça m'a aidé**, pleurer mais sans... sans avoir mal [...] et puis quand je sortais je m'étais mes lunettes quand j'arrivais dans la rue c'était fini ».

P4 (après la 5^{ème} séance) : « **(essuie les larmes)** ça fait du bien, je me sens reposée »*.

Des patients rapportent une sensation de bien-être et d'apaisement, pendant ou après les séances :

P4 : « **le bien-être que j'avais durant les séances**, c'est ça que j'ai adoré le plus, parce que ça c'est des choses que... j'en avais jamais quoi, tandis que là durant les séances c'était ce bien-être là » – « **j'étais hyper détendue**, chose que je ne connaissais pas ça du tout »

P2 : « ce que je peux dire c'est que quand je ressors je suis bien [...] **une sorte de bien être** ça c'est indéniable ».

P16 : « **ça m'a fait du bien** le fait que voilà de vraiment **travailler à l'intérieur** » – « si on arrive vraiment à voir intérieurement vraiment **en paix avec soi-même**... ».

P11 : « je suis vraiment... **me sens bien pendant un petit moment** parce que j'évacue tout, je pense à rien, et je suis bien ».

P9 : « c'est agréable après une fois que je l'ai vécu **je me sentais bien** ».

P10 : « pour moi c'était un moment de repos, on dirait que ça m'a reposé, **ça m'a apaisé** ».

P14 : « quand je sortais je redevais normale, **j'étais peut-être libérée** je ne sais pas [...] ça m'a fait du bien oui ».

P5 (après la 1^{ère} séance) : « je me sens **soulagée** après »*.

P28 (après la séance) : « ouf (sourire) maintenant je souris, je suis parti loin, ça m'a vraiment fait du bien (répété 4 fois), **je me sens apaisé**, détendu »*.

P1 (après la 4^{ème} séance) : « **je ne suis plus en colère** »*.

Et parfois un vécu difficile :

P17 : « c'était pas... **pas évident de venir** c'était difficile de... moi des fois j'avais pas envie de venir une ou deux fois j'avais pas envie, parce que **je savais que ça allait me secouer** ».

P2 : « pendant l'effort d'une heure-là **j'en chie** on va utiliser... par contre une fois que c'est fini, il y a une satisfaction personnelle je suis content de moi » – « un état d'ébriété sans avoir bu (sourire), et savoir... cette notion **m'était un vrai inconfort...** ».

Laisser surgir :

« Certaines choses enfouilles me sont venues, on dirait j'avais classé ça quelque part, et ça a refait surface et ça m'a permis de faire beaucoup de choses, et aujourd'hui, je me sens plus apaisée » P18.

Des patients arrivent à lâcher et à laisser venir en eux ce qui veut venir, de manière non volontaire :

P4 : « ça faisait **remonter en moi certains des sentiments...** que ça faisait des années et **des années que je ressentais plus**, ça m'a surpris et ça m'a fait du bien [...] voir que ben j'avais des... comment dire ça... des sentiments que je pouvais ressentir qui étaient là mais qu'**avant je me les cachais** ».

P11 : « depuis peu de temps, je me suis rendue compte qu'il y eu du changement, et **des choses que... qui m'est revenu**, enfin... que **je faisais pas attention avant**, et que ça a une grande importance ».

P18 : « **certaines choses qui m'ont fait tellement mal dans le passé qui me sont venu**, je me suis rappelé en détail, et... c'est pas un règlement de compte avec certaines personnes hein, ça m'a permis de voir ces personnes **de m'expliquer avec ces personnes**, et les choses commencent à rentrer dans l'ordre ».

P14 : « la manière dont ça se déroulait ben c'était... c'était agréable de pouvoir parler se confi... (se reprend), **ressortir des choses que j'avais oubliées** ».

P17 : « ça fait sortir plein de chose, **ça fait remonter des choses très dures**, sur le coup ça m'a fait beaucoup de mal beaucoup de douleur » – « il n'est pas une question de dormir **c'est une question de se lâcher** un petit peu ».

P2 : « ce que je peux dire c'est qu'**une réalité m'est apparue** ».

P8 : « je pensais que dans la thérapie il fallait suivre ce que vous me dites et moi j'avais dans ma tête faire mon petit travail... pour moi c'est la voiture, donc je me projetais dans la route etc. et là vous avez dit de laisser, **c'était un peu le tournant** oui ».

Parfois malgré eux :

P13 : « **ça fait remonter** des choses que je ne voulais pas voir [...] **j'ai mis beaucoup de temps à enfouir tout ça**, et depuis la dernière séance ça remonte et je ne veux pas être dans cet état » – « même si je ne veux pas **remémorer tout ce qui s'est passé avant** [...] en même temps **ça vous fait réfléchir sur votre vie** etc. ».

Ils revoient des images ou des souvenirs du passé :

P3 : « parce que je suis conscient quand je suis allongé je suis conscient, je sais ce qui se passe autour de moi, c'est surtout des fois **ça peut déclencher des petits trucs dans le cerveau** ».

P4 : « **je me suis rappelée d'un voyage** que j'avais fait »*.

P1 : « j'ai vécu des situations difficiles avec **des images de danse** au milieu »*.

P12 : « j'ai vu **plein d'image** dans ma tête qui se sont passé »*.

P27 : « je me sens dans le flou, j'ai vu **des visages et des images mélangés** »*.

Se surprendre :

« La dernière séance j'ai senti des larmes couler, mais je sais pas pourquoi à quel moment hein... couler mais je sais pas pourquoi, portant j'ai entendu rien que vous m'avez dit qui m'a fait couler les larmes, j'ai rien pensé [...] ça j'ai pas d'explication » P11.

Pendant les séances, les patients peuvent vivre un affect sans pouvoir donner une explication :

P13 (à la fin de la 2^{ème} séance, écoulement de larmes, se frotte les yeux puis se ressaisi) : « tiens, **pourquoi je me frotte les yeux ? C'est surprenant ça** »* —(revient sur cet épisode) : « je me souviens de ça, c'est là je vous dis c'était des souvenirs qui sont remontés **que je ne voulais pas**, ça c'était des mauvais souvenirs **gardés bien au fond d'un tiroir** ».

P6 : « pour moi c'était la première fois (faire de l'Hypnose), et **ça m'a surpris** ».

P11 : (après la 1^{ère} séance) : « je suis émue, **je ne sais même pas pourquoi** »*.

P20 (après la 1^{ère} séance) : « je n'ai jamais ressenti ça, **je ne sais pas comment l'expliquer** »*.

P22 (après la 3^{ème} séance) : « **c'est très bizarre** à chaque fois »*.

P23 (après la 2^{ème} séance) : « **j'ai été surprise** de pouvoir pleurer »*.

P27 (après la 3^{ème} séance) : « il y a eu des images auxquelles **je ne m'attendais absolument pas** »*.

P33 : « on dirait que je me suis libérée de quelque chose, **c'est surprenant**, c'est venu d'un coup, **je ne m'attendais pas** du tout à ça »*.

Exprimer l'affect permet le soulagement :

« Ça m'a aidé à... vous m'avez aidé à... ben quand je pleurais je vidais un peu là [...] on a besoin de sortir les choses qu'on a sur le cœur on a besoin de... et ça permet d'avancer » P17.

Des patients expriment un soulagement après avoir exprimé ce qu'ils ressentaient :

P14 : « ça m'a fait du bien par contre, de **dire tout haut** ce que je ressentais ce que je voyais ».

P12 (révélation d'une relation extra-conjugale) : « **le fait de dire ÇA [...] ÇA m'a soulagé** ».

P17 : « c'est le côté où **je peux dire des choses très dures** là très difficiles à gérer et puis en dehors il y a la coupure où tout est... c'est vraiment 2 trucs différents c'est vraiment une thérapie quoi ».

Amélioration des symptômes physiques :

« **J'avais beaucoup mal aux articulations, j'avais eu mal juste après l'accouchement et ça a duré facilement oui 7-8 mois [...] jusqu'à ce que je commence les rendez-vous avec vous au fait [...] là je (ne) ressens plus effectivement** » P15.

Des patients rapportent une amélioration de leurs symptômes après la thérapie :

P4 : « ça va mieux, **la douleur elle est partie**, les picotements que je ressentais et tout il y a plus de lourdeur c'est bon, donc **au niveau de ÇA c'est bon**, il y a plus de problèmes ».

P5 : « un moment donné **ÇA s'est calmé hein pendant les séances** qu'on faisait j'avais plus du tout ce problème-là (d'estomac) ».

P17 : « j'en ai moins¹¹⁰ moins quand-même (les palpitations), j'en ai un petit peu de temps en temps, moins que la dernière fois ».

P24 (avant la 2^{ème} séance) : « **ÇA me serre** au niveau du ventre »* –(après la 2^{ème} séance) : « **je n'ai plus le ventre noué**, je me sens comme légère »*.

P20 (après la 1^{ère} séance) : « ça m'a apaisé, **je n'ai plus la boule au ventre** ni les palpitations »*.

P32 (après la 1^{ère} séance) : « ça m'a soulagé, **je n'ai plus de fourmillement** nulle part »*.

3.3. Chercher une confirmation en soi-même :

« **C'est vrai que j'ai tendance à douter beaucoup de tout le monde, donc c'est vrai que je me suis dit bon si je le vois (pendant la séance) c'est que c'est vrai** » P16.

Pendant les séances, les patients cherchent une confirmation en eux-mêmes :

P5 : « avec le recul avec une certaine introspection **je sens que j'ai les capacités et la force**, peut-être la sagesse aussi [...] je me sens capable, **c'est pas que je pense je suis sûre** d'en être capable ».

P2 : « arrêter de penser que s'occuper des autres tout le temps c'est une bonne chose... c'est une bonne chose bien sûr, mais elle passe forcément par soi... avant **je l'endormais** mais je l'avais bon **je l'avais pas expérimenté** on va dire ».

P3 (attente ?) : « découvrir des choses sur moi que je savais mais j'étais pas sûr, que je soupçonnais quoi donc c'est **pour avoir une confirmation** en gros [...] **j'ai découvert** des... qu'il y avait une part d'enfant encore en moi qui sera toujours là hein je veux pas l'éliminer, et une part d'adulte aussi ».

¹¹⁰ La patient P17 a pris un traitement homéopathie visant à réduire ses palpitations.

P16 : « quand aussi vous m'avez dit une personne enfin quelqu'un qui s'éloigne de vous enfin, là j'ai vraiment vu quelqu'un de ma famille loin loin, que ce soit dans le cœur (rire) ou à distance... **ça m'a réconforté** parce que enfin je savais déjà donc **ça a confirmé la chose** [...] de voir que je me trompais pas sur ce que je pensais ».

P18 : « **j'ai vu** quand-même l'amour que me porte mon mari, et j'avais tendance à croire que tout ça a été oublié, **et j'ai revu** les bons moments passés ensemble, et je sais... parce que **j'avais des doutes** certainement, et **je sais que vraiment il y a vraiment...** il a des sentiments pour moi [...] **j'ai vu aussi** certains membres de ma famille sœurs frères comptent beaucoup pour moi, c'est ça... (larmes) voilà, **c'est vrai** on est entouré de sa famille ».

P11 : « **je me rends compte** que c'est des choses qui me... qui m'a fait du mal sans me rendre compte [...] déjà l'histoire de ma mère là, déjà au bout de la deuxième séance **c'était venu à mon esprit**, et ben là je confirme elle est pour quelque chose... il y a eu cette interrogation-là, et ben **là j'ai eu confirmation** ».

3.4. S'exprimer corporellement :

Les manifestations corporelles :

Les patients vivent les choses sous forme de manifestations corporelles involontaires. Nous présentons ces manifestations sous forme d'un tableau :

Patient	Séance	Corporéité	Suite à
P1	2	secousse corporelle généralisée	« sentir ce qui coince »
P2	2	ronflements importants	« explorer »
P3	4	mouvement horizontaux des yeux	« reconsidérer »
P4	2	frémissement des paupières	« retrouver l'essentiel »
P5	1	éclat en sanglots	« se sentir considérée »
P6	1	surélévation des sourcils	« partager »
P7	1	spasmes du visage	« se rapprocher »
P8	6	rétraction du bras puis du pied droit	« retrouver ce qui a été perdu »
P9	1	Observations non relevées (NR)	(NR)
P10	1	mouvements isolés du pouce droit	(NR)
P11	3	humidification des cils	« voir ce que ça fait »
P12	1	déglutitions	« perdre... accepter »
P13	3	sourire	« voir comment il est possible de se sentir en harmonie avec soi-même »
P14	4	écoulement de larmes	« préserver »
P15	5	mouvement latéral de la tête du côté opposé	« se rappeler de ce qui a été oublié »
P16	1	chair de poule	« c'est ça » (accompagnement)
P17	6	tremblements du menton puis éclat en pleurs	« voir plus clair »
P18	1	borborygme	« envisager »
P19	4	spasme du pied gauche	« se réconcilier »

Tableau 1 : Exemples de manifestations corporelles involontaires et d'expressions affectives pendant les séances.

Utiliser un langage corporel :

Des patients rapportent des sensations corporelles vécues pendant les séances :

P11 : « je me suis sentie **comme si je flottais** je ne sentais plus mes bras »*.

P14 : « je me sentais **incrustée dans la table**, comme une lourdeur, c'était bizarre »*.

P8 : « j'ai eu une sensation de **contraction de la paroi abdominale** comme si quelqu'un m'a touché »*.

P19 : « j'ai **le bras gauche engourdi** »*.

P29 : « je me suis **sentie toute légère**, je me sens bien »*.

P30 : (allongée sur le ventre, parle en gardant les yeux fermés) : « je sens **mon souffle retenu dans mon estomac**, comme si j'étais allongée sur un mur »*.

« ÇA » se voit :

« **Ma mère elle me voit plus... elle voit que je vais mieux au fait physiquement** » P5.

L'affect peut s'exprimer à travers la dimension physique :

P9 : « **ça se voit qu'il est épanoui aussi**, que ça lui manquait aussi que sa maman lui prouve que... qu'elle l'aime quoi ».

P3 : « **je suis pas bien on perd du poids** on maigri, on n'a plus envie de vivre enfin on n'a plus la joie de vivre, voilà, **les symptômes de la dépression** quoi ».

P18 : « **vous m'avez vu** j'étais pas bien, j'étais pas bien parce que... **ça se voyait** ».

P5 : « **une photo de moi** au début et à la fin c'est carrément l'opposé ».

P12 : « moi **quand ça va pas** dans ma tête ben tous s'écroule [...] **j'ai même pas l'appétit** des trucs comme ça ».

Les expressions corporelles utilisées :

P4 : « je me sentais mal **dans ma peau** ».

P14 : « j'étais **à fleur de peau** tout le temps » – « avant ÇA me collait **à la peau** ».

P5 : « je me sens beaucoup mieux **dans ma peau** ».

P16 : « quand j'en parle... toujours un pincement **au cœur** ».

P17 : « on a besoin de sortir les choses qu'on a **sur le cœur** [...] j'ai des **boules** d'angoisse ».

P6 : « j'avais du poids **sur le cœur** » – « ÇA me revenait **sur le cœur** ».

P12 : « quand elle (une autre femme que son épouse) n'est pas là, ça me manque (**en montrant son ventre**) ».

P3 : « Le stress qui revient l'angoisse (en touchant son torse) ».

P24 : « ÇA me serre au niveau **du ventre** »*.

3.5. Résister pendant les séances :

« **Je me retenais beaucoup dans les séances, il y a des moments où on a l'impression qu'on peut lâcher mais après on se retient on revient [...] je me suis peut-être pas laissée aller vraiment vraiment quoi, je me suis retenue je pense oui** »
P15.

Nous avons relevé des manifestations de résistances chez certains patients :

P13 : « on peut penser n'importe quoi à ce moment-là, parce que il y a une séance [...] **on donne libre cours à sa pensée** dans ce cas-là, alors donc ça peut aller loin et même très loin ».

Il s'agit ici d'une résistance comme P13 le dit :

P13 : « **ça fait remonter** des choses que je ne voulais pas voir »* —« c'est pour ça que la fois suivante donc je voulais laisser libre court à mon imagination **pour ne pas revenir là-dessus** ».

P15 : « ce qui m'a marqué c'est que souvent vous me parlez de réfléchir sur le passé on dirait je sais pas... on dirait que **ça me gêne**, j'avais peut-être **pas envie de penser au passé...** ».

P15 (lors de la 5^{ème} séance) qui a tourné la tête du côté opposé après 'se rappeler'.

P22 (lors de la 2^{ème} séance) qui a eu une quinte de toux suite à 'expérimenter'.

P27 (lors de la 2^{ème} séance) : plusieurs déglutitions suite à 'se sentir aimée'.

4. La mobilisation thérapeutique :

4.1. Respecter le patient :

Respecter son intimité :

« **Il y a des choses que j'ai retrouvées j'ai revécu des choses que je voulais garder pour moi que je vous ai pas dit (éclat de rire)** » P14.

Les patients peuvent travailler dans le secret :

P17 : « il y a des fois j'avais envie de parler **j'avais pas envie de dire les choses** ».

P2 : « le travail que je fais avec vous est **beaucoup plus libre** (que la sophrologie) au fait, donc c'est intéressant c'est assez proche pour moi du travail de méditation ».

P14 : « des fois j'avais envie de parler je parlais, mais des fois je parlais pas mais j'avais envie de parler (sourire) après **ça me gêne parce que c'est ma vie** » —« je me suis conf... j'ai dit beaucoup de choses avec vous [...] **vous rentrez pas dans le détail** enfin dans ma vie ».

Respecter ses possibilités du moment :

« **À travers ce que vous faites, vous proposez au fait (sourire, inclinaison de la tête), vous invitez,**

alors que l'Hypnose pour moi c'est quelque chose de beaucoup plus intrusif » P2.

Les patients rapportent une évolution douce et non contraignante :

P5 : « j'en ai entendu parler aussi... comme quoi le psychothérapeute il vous met devant les problèmes il vous donne des choix des décisions c'est ça ou ça il y a pas de demi-mesure, alors qu'avec vous **ça s'est passé en douceur**, vous m'avez rien forcé à faire et tout s'est passé... **ça m'a aidé sans me forcer la main**, je me suis **pas senti agressée** ».

P8 : « je pensais pas que ça se passait comme ça... là c'est une Hypnose **très doux très tranquille** (rire) non ça me convient ».

P2 : « votre approche au fait si je peux parler de... est très rassurante, dans la mesure où **vous ne faites pas de prosélytisme, vous... vous proposez... moi c'est l'attitude qui me rassure** au fait hein, et on y va ou on n'y va pas mais vous mettez en confiance et voilà, ça c'est ce que j'ai apprécié ».

Attendre que le patient soit prêt :

P18 : « vous me l'avez proposé au mois de février, j'ai eu largement le temps de réfléchir parce que je ne vous ai pas contacté, et **après ben je suis revenue**, ben **c'était le moment je pense**, voilà... certainement que **je n'étais pas prête avant** ».

4.2. Le langage du patient :

Les extraits ne sont pas exhaustifs afin de ne pas surcharger la présentation. Ils ont été volontairement décontextualisés pour mieux rendre compte de leur dimension affective et de mieux mettre en évidence leur aspect structurel chez les patients.

Quel rapport avec « ÇA » ?

Les « ÇA » semble renseigner sur l'affect sous-jacent du patient qu'il peut accueillir à certains moments ou rejeter dans d'autres :

N°	Eprouver comme ÇA	Le ÇA que l'on accueille	Le ÇA que l'on rejette
P1	ÇA ÇA me dépasse.	ÇA me convient parfaitement.	J'accepte pas trop ÇA.
P2	ÇA émane du plus profond de moi-même.	ÇA c'est vraiment le plus important.	ÇA c'est quelque chose qui me gênait.
P3	Je pouvais pas contrôler ÇA.	ÇA m'a fait du bien.	Plus jamais ÇA.
P4	ÇA faisait remonter en moi des sentiments.	C'est ÇA que j'ai adoré.	Faire comme si ÇA n'existais pas.
P5	Je voulais consulter le médecin pour ÇA.	Je me sens sereine par rapport à tout ÇA.	ÇA me convenais pas.
P6	J'ai pu confier tout ÇA.	ÇA m'a fait plaisir.	ÇA c'était mon souci.
P7	C'est pour ÇA ÇA m'a touché.	ÇA m'a soulagé beaucoup.	ÇA m'a blessé.
P8	Je sais pas expliquer ÇA.	ÇA ÇA fait partie de la normalité.	J'aimerais bien me débarrasser de ÇA.

P9	C'est pour ÇA que j'ai moins d'angoisse.	ÇA peut être très bénéfique pour moi.	ÇA c'est ma crainte.
P10	ÇA partait en pleurs.	ÇA m'a apaisé.	J'attendais que tout ÇA se dégage.
P11	ÇA me rend malade.	ÇA a une grande importance pour moi.	ÇA m'embête.
P12	Le fait de dire ÇA ÇA m'a soulagé.	J'ai rencontré ÇA.	Si on peut faire oublier ÇA.
P13	Je n'arrive pas à surmonter ÇA.	ÇA apporte un certain équilibre.	D'ailleurs j'ai horreur de ÇA.
P14	ÇA m'affectait beaucoup.	ÇA a porté ses fruits.	Tout ÇA me stresse.
P15	ÇA va se terminer en clash.	ÇA doit être une bonne chose.	J'ai essayé de masquer ÇA.
P16	ÇA était le choc.	ÇA m'a réconforté.	Je fais pas forcément attention à ÇA.
P17	Je suis encore sensible à tout ÇA.	Tout le monde a besoin de ÇA.	C'était trop dur de vivre tout ÇA.
P18	J'ai vu ÇA pendant la séance.	ÇA m'a permis de faire beaucoup de choses.	J'avais classé ÇA quelque part.
P19	Venir vous voir pour ÇA.	ÇA va mieux là.	ÇA a fini par exploser.

Tableau 2 : Utilisation des « ÇA » comme affect et rapports des patients avec « ÇA ».

« ÇA » oriente la conscience et l'action (l'aspect cognitivo-comportemental) :

N°	L'aspect cognitif	L'aspect comportemental
P1	ÇA me donnait envie.	C'est pour ÇA que je dis toujours.
P2	ÇA m'a fait réaliser.	ÇA m'a réveillé.
P3	J'ai remarqué ÇA.	ÇA m'a aidé beaucoup.
P4	Maintenant je vois tout ÇA.	ÇA me permet de me reposer.
P5	C'est ÇA qui m'a surtout marqué.	ÇA m'a joué des tours.
P6	ÇA m'a surpris.	ÇA me fait pas réagir comme avant.
P7	ÇA me distrait	C'est pour ÇA que j'arrive pas dormir.
P8	ÇA me turlupine dans la tête.	ÇA fait un blocage.
P9	J'étais en train de penser à ÇA.	ÇA va me permettre d'avancer.
P10	Je vois que ÇA.	ÇA peut aider.
P11	Je réfléchis tout le temps à tout ÇA.	ÇA doit faire travailler vraiment.
P12	ÇA me surprend.	ÇA ÇA m'empêche d'avancer.

P13	ÇA vous fait réfléchir.	C'est ÇA qui m'a rendue renfermée.
P14	ÇA m'a fait prendre conscience.	ÇA m'apportait quelque chose.
P15	ÇA peut me trotter plusieurs jours.	ÇA me donne envie de faire plus.
P16	ÇA a confirmé la chose.	ÇA m'a réconforté.
P17	ÇA fait remonter des choses très dures.	ÇA me fait discuter de choses.
P18	ÇA a refait surface.	ÇA m'a fait fuir.
P19	ÇA n'a pas changé grand-chose.	Je ne sais pas ce que ÇA va donner.

Tableau 3 : Utilisation des « ÇA » comme à l'origine de l'orientation de la conscience et de l'action.

Les phrases non spécifiques :

(En parlant de sa maison) : « **on souhaiterait vraiment construire quelque chose de durable** »
P5.

P8 (en parlant de la conduite) : « je serai plus en confiance **avec quelqu'un** [...] le fait d'**être seule** ça fait un blocage [...] j'ai pas encore l'envie d'aller plus loin **seule** »

P15 (en parlant de ses responsables au travail) : « **elle mesure pas** ses paroles parfois [...] **ils se rendent pas compte** parfois [...] ils ont parfois **la critique facile** ».

Mobiliser les structures :

« **Ces petites phrases qui fait des déclics dans le cerveau, ça remonte à l'enfance à très loin dans mon enfance [...] des phrases comme 'accepter les choses'** » P3.

Adopter un langage structurel mobilise la patient en lui permettant d'introduire son propre contenu :

P2 : « ça m'a interpellé quand vous avez dit '**voir** comment les choses peuvent **se résoudre** spontanément', **ça évoque** le lâcher prise ».

P13 : « **sur une parole** que vous avez dit j'ai fait tout un scénario c'est incroyable (en riant) » – « quand on avait parlé des enfants je crois, dans ma vie privée et **ça m'a fait penser** justement que j'ai dû élever mon fils seule et cette coupure qui s'est passée là ».

P16 : « les questions¹¹¹ que vous me posiez qui me faisaient vraiment **travailler intérieurement** » – « le fait quand vous me demandiez quels sont **les personnes qui tiennent à vous** enfin, là **j'ai vraiment vu** enfin les proches proches au fait [...] les personnes qui m'entourent oui qui sont présentes ».

Les séances sont perçues comme différentes à chaque fois pour un même patient :

¹¹¹ Précisons qu'aucune question n'a été posée durant les séances, à aucun moment.

P16 (après la 3^{ème} séance) : « je suis partie loin loin cette fois, **ce n'était pas comme les autres fois**, c'était vraiment autre chose »*.

P1 (après la 4^{ème} séance) : « les séances sont **différentes à chaque fois** »*.

C'est le patient qui fait le travail :

P3 : « au fait c'est un travail sur soi, c'est pas le médecin au fait **c'est le patient lui-même qui travaille** [...] avec l'aide du médecin bien-sûr ».

5. Les mécanismes de défense :

5.1. Somatiser :

Comme un affect refoulé :

« ÇA a été violent (la douleur), alors est-ce que c'est une réaction du corps par rapport au stress par rapport à des choses qui sortent je sais pas, parce que j'ai rien fait de spécial qui a pu me donner ce mal au dos » P17.

La somatisation peut être en rapport avec une sensibilité :

P4 : « **j'avais eu une douleur** dans le bras et au niveau de la poitrine, **c'était par rapport à ÇA [...] dû au stress** ».

P10 : « je suis tombée malade aussi, **dû au stress...** au fait **j'ai eu comme des contractions** comme si j'allais accoucher, et comment dire... mais je savais que c'était le stress (voix sèche), **c'était à cause de ÇA** ».

P17 : « j'ai remarqué que les palpitations sont **en rapport avec l'anxiété** »*

P9 : « ÇA ÇA joue sur mon... **ÇA joue sur ma santé** ».

P11 : « ÇA me rend malade »*—« **c'est ÇA qui m'a rendu** comme ÇA ».

P3 : « avoir une crise d'angoisse **ou mal au ventre** ou envie de vomir ».

P7 : « c'est pour ÇA je suis comme ÇA ».

P30 : « **ÇA me déclenche** tous mes symptômes »*.

Certains patients lui attribuent une utilité :

P2 : « les vertiges **m'ont ramené à se questionner** sur la question de la mort » — « je crois que l'évènement personnel qui m'a orienté vers vous (les vertiges) [...] qui m'a vraiment **orienté vers d'autres priorités...** le chemin sur lequel j'allais je pense j'allais dans le mur, parce que c'était pas... **je m'oubliais** ».

P1 : « je sais qu'**il y a une utilité** à ces douleurs ».

5.2. Rationnaliser :

Avoir moins besoin de contrôler :

« Je voulais contrôler tout en fin de compte, ça je me suis rendue compte aussi, que j'ai pas à

contrôler sa vie moi, il (son mari) a sa vie j'ai la mienne » P11.

Des patients n'éprouvent plus le besoin de tout contrôler comme avant :

P14 : « **je veux plus tout contrôler** après c'est plus gérable [...] **ça me fait du bien de (ne) plus vouloir tout contrôler** ça me repose, je suis apaisée » – « ça c'était un souci aussi que j'avais, **maintenant je lâche prise** sur beaucoup de choses ».

P2 : « alors ça effectivement c'est quelque chose qui a changé, **d'avoir la main mise sur les choses** (rire) ».

P11 : « avant je voulais que mon mari faisait comme moi... il faut faire attention aux repas, je criais tout le temps [...] maintenant j'ai dit écoute : **tu fais ce que tu veux**, si tu veux manges **c'est ton problème**, moi je fais attention je fais pour moi [...] **avant j'étais malheureuse parce que je voulais qu'il mange comme moi**, et maintenant j'ai pris cette décision-là ».

D'autres ont toujours besoin de contrôler et de comprendre les choses :

P1 : « **j'ai besoin de contrôler les choses** [...] j'ai toujours un peu tendance à essayer de savoir pourquoi... pourquoi pourquoi »* – « **j'accepte pas trop ça** (les douleurs) ça me met en rogne quoi, et je comprends toujours pas pourquoi (en riant) ».

P13 : « **je veux comprendre** pourquoi je prends du poids » – (des prises de conscience ?) : « non, est-ce que je ne l'ai pas fait ou est-ce que **je n'ai pas voulu le faire** je ne peux pas dire ».

5.3. Se dissocier :

Mettre à distance sa sensibilité :

« Je suis comme un cheval qui a des ornières je regarde toujours droit devant ce qui est passé est passé comme on dit... ça ça a toujours été ma devise vers l'avant pas vers l'arrière [...] regarder en arrière ça fait remonter des souffrances ben à quoi ça sert de souffrir ? » P13.

Une rupture avec son intimité est rapportée :

P22 : (est arrivée au cabinet **en pleurs**, avec des lunettes de soleil pendant la consultation) : « je n'en peux plus de ces gens-là »*, (qu'est-ce que ça vous fait d'être comme ça ?) : « **moi je vais très bien** hein, **c'est eux** qui ne comprennent rien à l'économie »*.

P13 (que faire de ce qui remonte ?) : « **les oublier au plus vite** les ranger dans le tiroir où ils étaient et refermer le tiroir, donc ça c'était pour moi vraiment la meilleure chose à faire » – « je m'occupe, donc **je n'ai pas besoin de réfléchir sur ma vie** ».

P15 « en général quand on a mal on remarque après **quand on est bien** on va pas dire qu'on s'en fout (en souriant) mais **on remarque pas** ».

Ne pas vouloir revenir sur le passé :

P13 : « comme moi un divorce ça ne va pas changer donc je vois pas pourquoi regarder en arrière » – « les erreurs ça fait déjà 15-16 ans hein donc que **il y a plus rien à corriger**

là » – « (revoir son passé) ça n'apporte rien de bon [...] moi **je vais pas revenir sur ma vie** hein ».

P15 (après la 4^{ème} séance) : « est-ce qu'il est vraiment important de **revenir à son enfance** ? »* – « je pense qu'il y a certaines choses **c'est bon d'oublier** oui ».

Dissocier le soma du psycho-affectif :

« **De toute façon moi c'était pas l'esprit que je voulais changer hein c'était le corps** » P13.

Des patients parlent de leur corps comme une entité dissociée d'eux :

P3 : « **j'ai** cru que j'acceptais (la maladie de son père) mais non, **mon corps acceptait pas**, d'où après les crises d'angoisse la dépression » – « je pense **j'en avais pas** besoin (des médicaments) mais **mon corps avait besoin** ».

P13 : « je me sens seule mon fils me manque, je ne manque à personne mais **ça ne me dérange pas**, tout ce que je veux **c'est de perdre du poids** »*.

P25 : « **je n'aime pas mon corps** »*.

P1 : « je me sens pas mal handicapée **dans mon corps** »*.

Montrer ce que l'on n'est pas réellement :

« **Je suis sensible à fond, le truc c'est que j'aime bien montrer que je suis dure quoi, alors que c'est pas ça du tout** » P15.

Des patients se cachent de ce qu'ils peuvent ressentir et montre une autre image de ce qu'ils sont réellement :

P4 : « ça me faisait mal de plus lui parler (une amie d'enfance) et tout, mais **je me cachais de mes sentiments**, je faisais celle qui... qui s'en foutait quoi [...] j'avais envie je me suis dit aller hop je lui lance un message... ».

P15 : « **je cache ma fragilité** devant les autres mais **au fond de moi je ne suis pas comme ça** [...] j'ai essayé de masquer ça mais je n'y arrive pas toujours »*.

P17 : « **maintenant j'arrive à dire non**... à chaque fois [son prénom] était disponible et maintenant [son prénom] commence à être moins disponible [...] c'est peut-être aussi **une carapace** hein c'est peut-être **une façade ce que je montrais** ».

P30 : « c'est dur de **montrer** qu'on est heureuse **alors qu'au fond** on est malheureuse »*.

Une fonction de protection :

« **Il faut aller remuer tout ça ah non [...] je ne veux pas justement que ça fragilise cette carapace [...] parce que sinon ça amenait à la dépression et ça non** » P13.

Cette dissociation de soi-même paraît comme une manière de se protéger :

P17 : « je suis encore sensible à tout ça mais **c'était ma carapace à moi** de pas montrer de pas dire les choses ».

P1 (douleurs chroniques) : « peut-être que j'ai une résistance à tous, **quelque chose que je ne veux pas voir** ».

P18 : « pour l'histoire de mon père franchement ouf... **j'ai envie de l'oublier**, c'est trop profond et **ça m'a fait trop trop de mal** ».

P13 : « qu'est-ce que **je protège moi ? de la souffrance**, je ne veux pas souffrir oh ça non ».

P15 : « il faut profiter des instants où on se sent bien quoi, d'**oublier** voilà au moins un instant **ce qui est pas bien** voilà je laisse de côté un moment [...] on continue la vie **comme si pour ne plus y penser** finalement (toujours en pleurant) ».

P25 : « j'ai vécu des violences conjugales [...] **j'aimerais oublier le passé** »*.

5.4. Se victimiser :

Nous avons choisi pour cette section l'exemple de P15, car il reflète bien la victimisation comme mécanisme de défense.

« Je me dis dommage que j'ai pas la motivation ou les moyens quoi, parce que toujours subir (en continuant à pleurer) [...] j'arrive pas à trouver les bonnes personnes pour me lancer quoi » P15.

Attribuer aux autres la responsabilité de ce qui arrive :

P15 : « pour moi **c'est à cause de lui** (son patron) que j'ai pas réussi [...] **il m'a foutu** dans le fond ».

Démissionner de sa responsabilité, en tant qu'acteur de sa vie :

P15 : « au niveau financier ouf ça me plaît pas spécialement mais bon **je suis obligée d'accepter** (le travail actuel) ».

Tirer sa valeur à partir des autres :

P15 : « **j'ai besoin oui qu'il y ait une reconnaissance** [...] j'ai besoin oui **j'ai besoin qu'on me complimente** un peu des fois, ça me rebooste ça me donne envie de faire plus ».

P15 : « j'ai quand-même été complimentée dans mon travail (sourire) ça j'aime bien **quand on me dit c'est bon** quoi (timbre de voix plus détendu) [...] j'aime bien aussi qu'on voit ce que je fais que c'est bien et **qu'on me le dit bien clairement** ».

Considérer que c'est une question de chance :

P15 : « on dirait des fois je suis jalouse quand-même (sourire) quand je vois 2 qui sont proches je dis ça j'ai aurais bien aimé mais finalement moi **j'ai jamais eu cette chance** ».

Se placer en position de victime :

P15 : « **j'étais pas guidée** au fait, à une époque j'avais pas les personnes compétentes » – « je mérite mieux que ça »*.

Et le faire savoir :

P15 : « si je pense à un truc que je trouve un peu triste ou un truc comme ça **je vais un peu exagérer** le truc après je vais pleurer quoi ».

Le rapport thérapeutique peut être possessif :

P15 : « pour moi si **c'est ma séance c'est à 100 %**, pour moi si vous me prenez une séance le téléphone doit être coupé pour être sûr que voilà... que **vous êtes que pour moi** ».

5.5. Compenser :

« **Ça arrive une période où je suis pas bien je vais me précipiter sur la cigarette et je vais fumer fumer fumer** » P9.

La perturbation de l'affect semble amener vers des compensations :

P8 : « (dans les **situations stressantes**) j'avais tendance à demander de l'aide et puis **recours à la cigarette** à l'époque ».

P14 (compensations ?) : « prendre des médicaments **pour me tranquilliser**, c'était surtout les médicaments je voulais un truc **pour me détendre** [...] j'ai déjà pris de l'Atarax° pour **essayer d'être plus sereine** ».

P13 (solitude) : « **ça s'est dégradée** au contraire parce que j'ai pris toutes les mauvaises habitudes (alimentaires), je grignote je prends mes sucreries etc. (en souriant) [...] je suis toujours aussi gourmande je me demande si c'est pas plus ».

P10 (conflit familial) : « en ce moment oui, (des compensations) avec n'importe quoi ce qui se passe (se rectifie) **ce qu'il y a dans le frigo** [...] j'ai pris du poids ».

Des patients ont moins de dépendances qu'auparavant :

P2 : « j'ai un comportement alimentaire qui a beaucoup changé, à savoir que **j'ai arrêté quasiment l'alcool**, j'aime toujours ça hein (sourire) » — « ... le détachement de l'alcool a été d'autant plus facile quoi, **il y a pas eu d'effort** ».

P26 : « j'ai pris conscience de certaines choses, **je ne reste plus bloqué sur l'alcool**, sur les pensées, **c'est plus facile maintenant** »*.

P9 : « avant **je fumais tout le temps**, si j'en avais pas j'étais énervée j'étais agacée il fallait ma cigarette, mais **maintenant non** ».

Evolution des symptômes fonctionnels :

Le sommeil :

« **J'arrive à mieux dormir [...] avant si je dormais 1 heure ou maxi 2 heures par jour... par jour par nuit quoi c'est que j'avais bien dormi, et là maintenant c'est bon [...] je dors jusqu'au matin** » P4.

Des patients retrouvent le sommeil :

P5 : « une fois dans mon lit **je repensais à tous les problèmes** que j'avais, je gagnais pas... j'arrivais pas à avoir un sommeil avant 2 bonnes heures des fois, mais maintenant ça va, non ça va vraiment mieux, **les tensions sont apaisées chez moi [...] je dors très bien la nuit** ».

P6 : « là j'ai pu me reposer, parce que comme je vous l'avais dit que **je retrouvais pas du tout le sommeil du tout**, mais après ça a commencé à venir, mais... tard mais au moins je dormais [...] j'arrive à dormir à me reposer [...] c'était la première fois que **j'ai pu fermer mes yeux paisiblement**, ça m'a fait du bien ».

P19 : « ça va mieux là heu j'arrive à dormir à mieux dormir, avant j'avais du mal à m'endormir et sinon je me réveillais et **j'avais plein de choses en tête** je réfléchissais beaucoup, là ça va mieux **j'arrive à m'endormir sans me réveiller** ».

P3 : « **j'avais beaucoup peur de la mort** [...] d'où le soir j'avais peur de dormir, c'est-à-dire quand j'arrivais au sommeil profond je me rappelle plus de rien et ça **ça me faisait peur donc je dormais très peu** » – « dans la nuit ça va **je m'endors facilement** [...] ça passe plus vite je me rendors, avant j'étais angoissé à cause de ça ».

P4 : « avant **je me réveillais j'arrivais plus à dormir** [...] c'était comme ça jusqu'au petit matin » – « maintenant je dors [...] ça peut m'arriver **parfois à 11 heures je dors toujours** » – « l'après-midi de temps en temps je fais une sieste [...] c'était quelque chose que je faisais jamais, **j'avais trop de soucis dans ma tête** ».

P14 : « **le sommeil parfait** hein, là je dors très bien (sourire) je fais une petite sieste aussi l'après-midi ».

P2 : « ce qui est vrai c'est que je suis content de retrouver mon lit, **je m'endors très rapidement sans me prendre la tête** ».

Et d'autres rapportent toujours des insomnies :

P16 : « il y a des nuits où je suis plus agitée que d'autres, enfin je remarque que **je peux pas faire des nuits complètes sans me réveiller** une seule fois, c'est un peu embêtant » – « il y a toujours **un moment dans la nuit ou je vais me réveiller**, ça ça a toujours été, je peux pas faire une nuit complète ».

P1 : « des fois **je me réveille** [...] je reste dans mon lit ça va pas je fais la crêpe **je me tourne je me retourne** [...] il y a des périodes où je dors pas bien et puis ça rentre dans l'ordre ».

P8 : « je reste dans mon lit pour ne pas... **pour attendre le sommeil** [...] de pas beaucoup dormir c'est pas le problème **c'est de mal dormir** ».

P9 : « **j'ai du mal à trouver mon sommeil**, même avant... j'ai toujours du mal, j'ai toujours eu des insomnies ».

L'alimentation :

« **J'étais anorexique, je mangeais plus, j'étais toute maigre, et là j'ai grossi** [...] il y a quelques mois de ça, je faisais quoi 53 kg, là j'ai pris quelques kilos en même pas 2-3 mois, 3 kg peut-être » P9.

Des patients retrouvent l'appétit :

P3 : « **l'appétit est revenu** [...] j'ai repris un peu de poids, parce que **j'ai un peu maigri**, maintenant je mange mieux ».

P6 : « là **j'avais pas d'appétit** je me disais que peut-être que j'étais malade, mais **maintenant je mange normalement** ce que je veux manger, ce que je veux pas je laisse, au moins j'ai l'appétit ».

Et s'alimentent mieux :

P4 : « avant je mangeais n'importe quoi, **maintenant je mange plus équilibré** et mieux, **j'ai même perdu du poids**, je suis passée de 59 à 55 Kg ».

P2 (obésité) : « **je révisé complètement mon comportement alimentaire**, je me refuse à toute sorte de régime ».

Avec d'autres effets par ailleurs :

P4 : « avant **j'étais un peu complexée**, je me trouvais... c'est vrai que j'étais pas grosse grosse mais je me trouvais un peu enrobée, et de depuis que j'ai maigri si ça va mieux ».

La fatigue et la concentration :

« **Je me sens moins fatiguée qu'avant aussi, avant j'étais beaucoup fatiguée** » P14.

Des patients disent être en meilleure forme :

P3 : « maintenant il y a moins de fatigue **je suis plus en forme qu'avant**, je me retrouve en arrière dans ma jeunesse ».

P9 : « moins de fatigue, je suis plus... **plus boostée maintenant**, non c'est très rare où je suis très fatigué en ce moment, très très rare ».

Et avoir une meilleure concentration :

P5 : « j'ai l'impression de... **d'arriver à me concentrer plus** [...] je suis moins dans la lune ».

P14 : « **je m'éparpille plus trop** je reste assez concentrée ».

P8 : « la mémoire ça va mieux **je me concentre** ».

La consommation médicamenteuse :

« **Je suis assez fier de moi, oui (clignements des yeux), on peut prendre 6 mois d'anxiolytiques on peut arrêter pas d'un coup mais diminuer sans retomber dans le truc [...] maintenant je m'en rends compte que je n'ai plus besoin** » P3.

A travers cette thérapie, certains patients ont pu se sevrer d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques :

P3 : « j'étais limite **j'avais plus d'espoir...** à me demander si j'allais pas en psychiatrie, parce que je prenais des médicaments ça faisait rien [...] il y avait **Sertraline 3 le soir 150 et Seresta° 10**, je prenais 6 par jour 2 le matin 2 le midi 2 le soir, et 1 au cas où je fais des crises d'angoisse, ça c'était au moment où on s'est vu au début, c'était à forte dose 60 mg quand-même » – « avant j'avais peur de ça et je pouvais pas m'en sortir, donc **j'ai réussi à m'en sortir sans être dépendant des médicaments**, donc on peut le faire ».

P6 : « j'ai pris (des anxiolytiques) pendant 3 jours, et le quatrième jour j'avais pas pris mais j'avais pas eu sommeil, et après je suis venue ici, et **depuis ben... j'ai pas repris** ».

P11 : « **pour le moment ça va j'ai pas besoin**, bon... non, d'ailleurs je crois que j'ai encore l'antidépresseur... peut être que c'est périmé parce que ça fait un bout de temps ».

P25 : l'augmentation prévue de la Venflaxacine 37.5 mg n'a pas eu lieu, l'antidépresseur a été poursuivi à la même posologie.

Avec d'autres effets par ailleurs :

P3 : « ah ben mieux (la sexualité) donc c'était bien le... **c'était bien la Sertraline** j'ai remarqué, c'est plus comme avant ça va, **il y a plus ce retard** et tout maintenant c'est... le plaisir est différent, **ça revient comme avant quand j'étais jeune** ».

6. Le lien thérapeutique :

6.1. Avoir besoin du thérapeute :

Evoluer dans un lien thérapeutique :

« Vous vous êtes une personne qui est très... ça ça... ça agit dans ma vie ça m'a apporté quelque chose dans ma vie je vais pas vous oublier comme ça quoi... » P17.

Des patients expriment le besoin d'avoir un lien thérapeutique pour pouvoir avancer :

P5 : « **sans vous ça aurait pas été possible** hein, je crois que j'aurais été encore dans mes idées noires et dans... je dirais pas ma paranoïa mais c'était pas loin ».

P2 : « on a toujours besoin d'aide, c'est ça qui est au fait... **sans les autres on est chosifié**, on n'a pas de raison d'être au fait, c'est complètement **égoïques de penser que tout seul on fait quelque chose** »—« **j'ai besoin de ce lien** (thérapeutique), j'ai vraiment besoin de l'autre au fait ça c'est... l'autre est important pour moi oui tout à fait ».

P17 : « ça m'a permis d'avancer... parce que peut-être **si j'avais pas fait ça j'aurais été encore dans mon débat** dans mon... hein j'aurais été encore coincée » — « la fascia thérapie elle me manipule un peu mais moi je pense que c'est même pas ça **c'est la relation que j'ai avec la personne** qui me manipule c'est ça qui m'aide [...] **elle m'aide dans sa façon de m'écouter** ».

P14 : « vraiment **on** a fait un travail hein, **on** a fait du travail, **on** a bien travaillé ».

P16 : « seule c'est différent, non je le ferai pas (l'Hypnose) toute seule non ».

Rester en lien avec son patient, et saisir l'instantané :

P13 (lors de la 2^{ème} séance) : s'est absorbé en elle-même au moment où nous l'avons invité à revenir, nous avons alors repris la séance sans ouverture des yeux, la séance a duré plus d'une heure.

Des ruptures de lien :

P15 (le praticien nous a appelé lors de l'entretien) : « pour moi dans ce genre d'entretien **le téléphone ne doit pas sonner**, parce que ça perturbe, **c'est comme si vous êtes pas vraiment avec moi** au fait ».

La voix du thérapeute :

« Quand j'entends votre voix ça m'aide à m'apaiser à me recentrer, pas comme chez moi où je m'endors » P14.

Des patients expriment l'importance d'avoir une voix, la présence du thérapeute semble nécessaire pour leur cheminement :

P5 : « à un moment donné j'allais vous demander si j'étais capab... si je pouvais **vous enregistrer** pour me remettre dans le même état chez moi ».

P7 : « **quand vous parlez ça soulage**, quand on vous écoute là [...] vous m'avez soulagé quand vous m'avez parlé je vous entendais là, ah c'était super ».

P17 : « j'ai essayé de faire à la maison quand je pense à des choses dures je je... **j'essaye de me voir avec vous ici** ».

P8 (après la 1^{ère} séance) : « je me sens détendue, **avec vos paroles** j'étais là dans la situation »*.

P1 : « **j'ai besoin d'une voix extérieure**, j'arrive pas à faire enfin j'y arrive moins à faire... il me faut une voix j'allais dire ».

Et peut-être d'une « voie » :

P1 : « je voulais oui savoir ce qui... comment faire pour avoir la bonne conduite quoi ».

6.2. Etablir un lien de confiance :

Se sentir en confiance :

« Vous j'ai confiance en vous donc voilà, mais peut-être que si c'était avec quelqu'un d'autre, peut être que ça aurait pu passer différemment aussi hein, différemment, j'aurais eu une certaine appréhension » P11.

Des patients se sentent en confiance dans la relation thérapeutique :

P17 : « vous êtes quelqu'un... on communique facilement avec vous, **il y a cette relation** qui est... qui joue aussi je pense hein, parce que je pense qu'**avec quelqu'un d'autre peut être que j'aurais pas discuté comme ça**, je pense qu'il y a quelque chose qui se passe c'est la personne aussi ».

P2 : « **s'en remettre à l'autre dans la totalité**, ça c'est quelque chose qui me gênait énormément (dans l'Hypnose), alors ça, ça a beaucoup changé hein, parce que **je le fais maintenant sans problème vis-à-vis de vous** ».

P11 : « si vous m'avez dit depuis l'autre fois l'Hypnose j'aurais dit ah peut être attends je vais réfléchir, mais là comme vous m'avez pris sur le fait là, j'ai dit bon... **j'ai fait confiance on fait** la séance d'Hypnose ».

Ce rapport de confiance semble favoriser l'adhésion thérapeutique :

P18 : « dans le passé il y avait un médecin qui m'avais proposé une séance d'Hypnose pour la dépression [...] ah **ça m'a fait fuir** » —(qu'est ce qui a fait que vous l'avez fait

maintenant ?) : « **peut-être que la personne qu'on a en face vous met en confiance**, ça aussi ça aussi ça compte, et pourtant ben ça fait pas longtemps que vous êtes au cabinet je vous connais pas hein ».

P8 : « j'ai fait des séances d'Hypnose avant de venir chez vous, bon ouf j'ai trouvé il y avait rien de... je dirais de transcendant [...] **c'est pas pareil**, y a pas eu de positif [...] donc comme j'ai eu l'opportunité de venir ici je trouve que **je suis plus en confiance** je veux dire [...] **avec vous je pense que ça passe** très bien ».

P2 : (besoin de poursuivre ?) : « **continuer oui mais pas avec n'importe qui**, et... avec le temps il y a **un rapport de confiance** aussi qui s'est instauré je veux dire entre nous, et ça c'est important pour moi, **ce lien est important** c'est une évidence ».

P9 : « on m'a déjà proposé de le faire avant (l'Hypnose) mais j'ai pas voulu **j'avais peur** ».

Pouvoir se confier :

« **Ce que je vous ai raconté des choses très dures très difficiles à dire c'est qu'à vous que je l'ai dit, je... je me voyais pas raconter ça à mon compagnon ou à mes enfants ou à ma maman** »
P17.

Le médecin peut être considéré comme un confident :

P6 : « je savais pas avec qui... vers qui me confier tout ça... parce que c'était pas possible avec ma mère aussi [...] en tout cas **vous êtes la première personne à qui j'ai pu confier tout ça** (sourire) ».

P15 : « c'est toujours important de parler je pense de dégager des fois ce qu'on a au fond de soi, et **des fois on ose pas le dire** ».

P17 : « il y a des gens qui me connaissent **depuis 30 ans et qui savent pas** que j'ai eu ce souci-là, et quand je le dis je le dis quand je trouve vraiment une personne à qui... enfin **une personne que j'aime bien** ».

7. L'Hypnopraxie en Médecine Générale :

7.1. L'intégration de l'Hypnopraxie dans la pratique courante :

« **Moi je pense que ben plus de médecins devraient se spécialiser dans ce domaine, parce qu'il y en a pas beaucoup il y a presque pas, il y a presque pas** » P18.

Des patients sont favorables à une généralisation des approche Hypnothérapeutiques en Médecine Générale :

P4 : « maintenant je m'aperçois que dans un cabinet médical on le fait (l'Hypnose) et ça fonctionne très très bien [...] je trouve que **c'est bien qu'il y ait plus de médecins généralistes qui font ça**, je me dis qu'il y a beaucoup de gens comme moi qui ont en besoin ».

P16 : « j'étais surprise parce que je pensais pas du tout que le médecin généraliste est amené à faire ce genre de séance, mais tant mieux du coup **ça évite de passer par plusieurs spécialistes** ».

P17 : « je pense que **vous faites bien de repartir là-dedans** parce que **on a besoin** ».

Il est plus rassurant pour eux que l'Hypnose soit faite dans un cabinet de Médecine Générale :

P4 : « je pensais pas que ça existait [...] avant pour moi l'Hypnose c'était... je sais pas c'était **quelqu'un dans un cabinet à part**, un peu comme les magnétiseurs, ce genre de trucs, et **moi j'ai peur de tout ça** (éclat de rire) ».

P8 : « moi je trouve que c'est bien, c'est bien parce que **on a plus confiance à un médecin** que quelqu'un qui fait ça en indépendant on va dire ».

P13 : « **c'est plus rassurant** [...] c'est pas comme vous voyez un marabout ou un sorcier [...] quand vous êtes dans un cabinet médical ben vous savez très bien que... moi je sais pas vous n'avez rien à faire en compensation ».

Cela facilite l'accès à des patients qui ne feraient pas une thérapie spontanément :

P5 : « j'avais vu votre collègue avant qui m'avait proposé des soins par psy... psychothérapie, et comme **j'ai eu l'occasion de vous rencontrer** entre temps, j'ai essayé ça avant et je pense que ça me suffit ».

P4 : « avant dans le passé, je me disais tout le temps peut-être faudrait que j'aille voir un psychiatre, mais **je ne le faisais jamais**, ou faire je sais pas... faire quelque chose pour pouvoir m'aider [...] vous m'avez proposé mais **sinon j'aurais pas fait, je serais restée comme j'étais** ».

7.2. Les attentes des patients :

❖ Une réponse non pharmacologique :

« Moi j'ai pas envie de prendre des médicaments, j'ai pas envie d'être dépendante des médicaments vous voyez, j'ai envie que ça devienne naturel, j'ai envie... que c'est de moi-même au fait, parce que les médicaments c'est bon pour un moment pas pour tout le temps » P9.

La réponse non pharmacologique fait partie des attentes de certains patients :

P3 : « les médicaments... pour moi **ça suffisait pas**, on peut prendre 6 par jour à mon avis ça change rien j'étais toujours malade, donc **j'avais pas besoin de médicaments mais de trouver des réponses en moi**, et effectivement j'ai trouvé certaines réponses et ça m'a aidé ».

P17 : « **il y a un échange** on n'est pas là pour vous donner des sous et puis regardez **prenez tels médicaments** vous prenez la tension **c'est pas que ça** » – « on a besoin d'échanges comme ça, **c'est l'essentiel dans la vie même** ».

P7 : « avant je suis partie voir un psychiatre moi mais après j'ai arrêté, il a commencé à me donner des médicaments, c'est pas bon ça du tout, les médicaments c'est pas bon [...] **c'est mieux avec vous, je veux pas prendre des médicaments docteur** (rire) ».

P1 (douleur chronique) : « **pour une fois qu'on me dit pas il faut prendre des médicaments** et puis des médicaments, le dernier Laroxyl[®] machin là je supporte pas oui, oui j'ai l'impression quand-même oui **c'est mieux on écoute** ».

P14 : « c'est une manière (l'Hypnopraxie) de trait... de **soigner les gens hein sans passer par des médicaments** ».

❖ Une approche relationnelle :

« **C'est ça qui compte hein c'est pas de savoir oui lui il m'a fait du bien parce qu'il m'a donné tel médicament... mais quelque part oui il était bien parce que ben il était soucieux de de... de savoir ce que je pensais ce que je vivais ce que... et ça c'est important, je pense que les gens on besoin de ça** » P17.

Les patients expriment le besoin d'être écoutés et de se sentir considérés dans le lien thérapeutique :

P2 : « quand je viens ici, je sais qu'il y a quelqu'un en l'occurrence vous qui peut m'écouter, qui est **attentif à ce que je pourrais exprimer**, et ça c'est fondamental ».

P17 : « par rapport à vous à ce que je dis là c'est un truc qui va... ça part ça part ça part [...] **on n'a pas besoin forcément de réponse, on a besoin d'être écouté** d'être entendu ».

P17 : « c'est important bien sûr, bien sûr de discuter avec quelqu'un et **de voir que ben on est écouté on est entendu** on est... on comprend même si on n'arrive pas à aider physiquement » – « **on a besoin de relations d'échange**, oui [...] le fait de discuter d'échanger sur les choses machin c'est très très **valorisant pour moi** ».

❖ Une approche globale :

« **La médecine est atteinte d'un savoir, mais ce « savoir » c'est en langue des oiseaux c'est 'voir ça' et quand on voit ça on voit pas autre chose, c'est-à-dire que c'est une focalisation au fait sur un problème particulier, et qui empêche en fait de voir le contexte tout l'environnement, et ça c'est très dommageable** » P2.

Les patients apprécient une approche qui les considère dans leur globalité :

P17 : « quand on est malade je pense qu'il **y a pas seulement que le corps qui est malade**, je pense que... moi si je suis malade si j'ai tout ça je pense que **parce que j'ai eu de gros soucis** ».

P2 : « j'ai de l'admiration pour l'approche globale... **qui ne se contente pas de voir que le matériel** ».

P14 : « moi au départ quand je suis venue vous voir j'étais... je faisais des crises de spasmophilie crises d'angoisse et tout, je m'attendais à avoir des médicaments, et **finalement j'ai pris aucun médicament avec vous et je ressors je suis bien** quoi ».

❖ Venir pour « ÇA » :

« **On va toujours chez le médecin pour ÇA** » P14.

Les patients consultent le médecin quand ils sont mal alaises avec eux-mêmes :

P5 : « Je voulais consulter le médecin pour **ÇA** ».

P8 : « c'est pour **ÇA** que je viens ».

P13 : « l'Hypnose peut guérir **ÇA** ? ».

P19 : « ...venir vous voir pour **ÇA** ».

7.3. Les motivations et les demandes initiales :

Les demandes motivant la thérapie sont variables, parfois pour un même patient :

❖ Pour mieux se connaître :

P14 : « j'ai fait ces séances là avec vous pour apprendre à ... à être moins stressée, et **apprendre à mieux me connaître** ».

P2 : « j'aimerais ouvrir ma conscience et **me dévoiler** »*.

P3 : « j'avais **besoin de réponses** ça m'a aidé aussi ».

❖ Pour la découverte :

P16 : « j'avais pas forcément d'attente, **c'était plus une découverte** vu que je connaissais pas du tout, moi-même **je savais pas ce que ça allait m'apporter**, donc j'ai voulu tenter et au final voilà ça s'est bien passé donc tant mieux (sourire) ».

P2 : « je vous ne cache pas que **c'était une curiosité** »

P13 : « moi je vais vous dire **la curiosité était plus forte** (éclat de rire) [...] donc il y a ça d'abord qui a joué, et après je voulais **savoir si ça allait agir sur mon psychisme** c'est-à-dire pour me donner l'envie de faire un régime pour maigrir ».

P3 : « j'avais rien à perdre **c'était plus par curiosité** mais effectivement ça m'a fait du bien ».

❖ Pour se sentir mieux :

P9 : « déjà dans un premier temps d'**être bien** » – « **j'avais besoin** pour moi-même, pour accepter ce que j'ai vécu, et accepter ce que je vis, c'est pour ça ».

P12 : « de toutes façons moi ce qui compte c'est une **amélioration pour moi** [...] ce qui comptent c'est que ça vous fait du bien ».

P13 : « c'était pas ça non plus le but des séances, c'était pas un changement radical heu... mais du moins une **amélioration de la qualité de vie** ».

❖ Des demandes spécifiques :

P12 : « une fois je vous ai dit si **on peut faire oublier ça** vous me dites non on ne peut pas oublier ».

P2 : « je n'ai pas d'attente particulière de cette démarche, j'aimerais bien **perdre un peu de poids** »*.

P14 : « j'ai fait ces séances-là **dans le cadre de mon programme de fécondation in vitro** que j'avais raté l'année dernière... j'étais à fleur de peau tout le temps, toujours angoissée stressée, et j'ai refait une tentative juste après nos séances, et au fait **il s'avère que je suis enceinte** (large sourire) ».

❖ En dernier recours :

« C'était comme si j'étais poussée dans mes derniers retranchements et que j'arrivais

vraiment plus à gérer la moindre situation conflictuelle » P5.

Parfois, les patients arrivent à bout et cherchent une solution de dernier recours à leurs problématiques :

P8 : « **j'ai fait plusieurs thérapie** pour ne plus avoir ce problème (phobie de conduire), je fais celle-là sérieusement pour me donner une dernière chance puis j'arrête ».

P3 : « **j'avais pas le choix** c'était soit je m'en sors soit je plonge ».

P1 : « ça fait 30 ans que j'ai ces douleurs et ça m'handicape [...] **j'ai tout essayé depuis 30ans** mais c'est toujours là, je ne sais pas ce qu'il faut faire »*.

P12 : « là là c'est vraiment... **c'est un cul-de-sac** je sais pas comment faire, alors j'imagine quelque chose dans ma tête si il y avait quelqu'un qui puisse faire oublier ça si ça existe ».

P11 : « j'ai dit **c'est pas possible**, parce que 15 jours avant je commence déjà à... à stresser parce que je dois aller en consultation ».

P17 : « je suis fatiguée fatiguée fatiguée je suis **beaucoup fatiguée** ».

7.4. Les suggestions des patients :

« C'était un peu court au fait, oui j'aurais peut-être ressenti si j'avais eu plus de rendez-vous depuis longtemps là oui alors que pour moi c'était trop court » P15.

Les patients rapportent des préférences concernant le déroulement des séances :

P15 (suggestions ?) : « **qu'il y ait d'autres séances encore après**, j'ai l'impression que c'est pas terminé ».

P5 : « je trouve que **c'est dommage d'arrêter** quelque chose qui me faisait autant de bien ».

P19 : « **si la séance était un peu plus longue** peut-être (sourire) ça aurait été mieux ».

P1 : « j'aurais peut-être préféré **être allongée par terre** ».

P3 : « peut-être **moins de lumière** des petites bougies (rire) comme l'ambiance de massage, **avec un peu de musique anti-stress** la musique de relaxation ».

Avec parfois des aspects gênants :

P9 : « un peu stressant aussi **d'avoir les yeux fermés**, parce que moi je suis un peu claustrophobe ».

P15 : « des fois il y a des fois **je comprenais pas trop ce que vous disiez**, alors je me dis soit je suis pas concentrée sur votre voix ou **soit vous parlez peut-être pas assez fort**, après peut-être que c'est fait exprès de parler doucement (en souriant), mais du coup des fois je comprenais pas bien spécialement »

P14 : « des fois les yeux fermés j'avais peur que vous me regardiez trop (rire) [...] **me sentir observée**, ça durait pas longtemps hein, après j'y pensais plus ».

P19 « moins de bruit parce que des fois **il y avait du bruit** [...] mais après c'était moins gênant [...] dans le bureau même il y avait des patients qui étaient là, on entend quand-même ce qu'ils disent en fin de compte ».

7.5. Cheminer dans le temps :

Le cheminement des patients dans le temps :

« Au fur et à mesure enfin je sentais voilà j'étais plus peut-être... plus calme plus... c'était différent dans ma réaction » P16.

Le cheminement des patients se fait dans la progression et nécessite du temps, plusieurs séances peuvent être nécessaires :

P16 : « au début forcément **on arrive pas à se concentrer c'est le début** [...] au bout de la troisième séance je dirais là du coup **j'ai pu plus me concentrer vers moi** intérieurement » – « **maintenant** (l'apaisement) **c'est de façon durable**, avant c'était vraiment après les séances mais **au fur et à mesure** ben je pense que j'ai gardé la même impression en moi ».

P5 : « **les 2 premières** (séances) je sais que **j'étais pas bien du tout**, j'étais... il suffisait que je commence à parler pour que je pleure, donc là vous voyez je vais beaucoup mieux, **je dirais la troisième quatrième ça allait...** ça a commencé vraiment à être positif ».

P10 : « c'est venu (le déclic) **petit à petit** ».

P14 : « c'était disons **à partir de la deuxième séance** je commençais à être vraiment plus... plus tranquille, et surtout dormir après, et après ben ça a évolué petit à petit, **ça évolue toujours** ».

P9 : « (survenue du changement) au bout de **quelques semaines...** oui 2 ou 3 semaines ».

P3 : « il y a des gens qui arrivent pas à se retrouver au plus profond de soi ils arrivent pas c'est trop difficile, **c'était difficile pour moi au début** parce que je tremblais beaucoup et après... mais au bout de la deuxième séance ».

Pour certains, le changement peut être ressenti à distance du travail thérapeutique :

P11 (délai de 122 jours entre la 1^{ère} séance et le recueil) : « je me suis rendue compte des changements **il y a à peu près peut-être quoi 2 semaines pas plus** hein, avant je me rendais pas compte trop trop non plus ».

P14 (délai de 94 jours entre la 1^{ère} séance et le recueil) : « j'avais une autre vision, j'étais pas pareil, alors que **je me suis rendue compte après là, récemment** ».

Mais pas pour d'autres :

P15 (délai de 100 jours entre la 1^{ère} séance et le recueil) : « ça va me permettre de changer donc je pense que **ça aurait été sur le long terme avec moi** ».

P1 (délai de 94 jours entre la 1^{ère} séance et le recueil) : « **pas grand-chose j'ai l'impression**, je ressens pas de modification ».

D'autres patients craignent que l'effet bénéfique ne s'inscrive pas dans la durée :

P10 : « **je pense que ça va revenir**, les points négatifs vont revenir, c'est là où je pense j'aurais besoin d'une (séance) ».

Le besoin de poursuivre les séances :

« **Si j'avais d'autres séances avec vous ah je serai très contente** » P7.

Des patients expriment le besoin de poursuivre les séances :

P8 : « je suis satisfaite et **je veux bien continuer** » – « je pense que ça va aller là avec votre aide (rire) ».

P4 : « **j'en ai encore besoin**, pour le moment ».

P5 : « **c'est dommage d'arrêter** quelque chose qui me faisait autant de bien ».

P2 : « je pense que **j'ai besoin de continuer ce cheminement** » – « je pense que j'ai acquis une certaine autonomie, mais j'aimerais bien continuer à échanger avec vous »*.

P13 : « **j'aimerais bien** (poursuivre) parce qu'en fin de compte **ça apporte un certain équilibre** ».

P9 : « **ça pourrait avoir un impact quand-même positif sur moi**, oui je pense, c'est pour ça j'aimerais bien continuer d'autres séances [...] j'ai envie justement d'être ... **d'avoir des coups de pouces** comme ça dans la vie pour avancer ».

P18 : « l'autre (une collègue) m'a dit est-ce que tu penses repartir ? j'ai dit **oui** parce que **ça me fait du bien** ».

P17 : « moi je crois que j'en aurais toujours besoin ».

Pour d'autres patients, le besoin de poursuivre est moins affirmé :

P11 : « là **pour le moment je suis bien** hein je vous dis bien, maintenant je sais pas si il faudrait faire une ou deux séances, pour que ce soit vraiment bien machin ».

P14 : « là **pour l'instant je suis bien** dans ma tête [...] je pense que ça me ferait du bien oui, pour voir où j'en suis mon état après tous ces événements, je pense que ça me ferait du bien peut-être après, l'année prochaine ».

P10 : « oui, pas maintenant mais oui (rire), pour l'instant je pense que je gère un peu mieux la situation ».

P19 : « je pense qu'**une dernière** peut-être je verrai si vraiment ça fait un effet ou pas ».

P12 (après la 4^{ème} séance) : souhaite arrêter les séances car trouve que ça ne lui apporte rien – « moi j'avais pensé **peut-être refaire 2-3 séances** pour voir au fur et à mesure ».

P1 : « ça me plaît bien, **je sais pas si ça me convient ça...** ça m'a pas diminué mon handicap mais oui » – « je continu à venir parce que je maintien l'espoir ».

7.6. D'autres facteurs qui interviennent :

« **Au jour d'aujourd'hui si vous me demandez d'évaluer au fait l'apport de l'Hypnopraxie pour moi, ça va être très difficile à quantifier, elle est packagée dans tout un ensemble d'actions que**

j'ai faites au même moment, elle a certainement contribué au fait à quelque chose » P2.

Des facteurs connus (en dehors de la thérapie) sont probablement intervenus durant le suivi des patients :

P3 : « grâce un peu à ça **et à d'autres séances avec des psychologues** que j'ai eu, ça m'a aidé, j'ai découvert des choses sur moi sur mon passé ».

P11 : « je sais pas si en faisant les séances, **avec le yoga...** ».

P13 : « mais est-ce que c'est ces séances-là est-ce que c'est vraiment ce que j'avais commencé avant, alors quand je dis ce que j'avais commencé avant c'est-à-dire **je parle de la danse** moi ».

P2 : « à la fois j'ai entamé cette démarche avec vous, **j'ai entamé une démarche de sophrologie** ».

P17 : « les palpitations j'en ai moins quand-même parce que **j'ai pris de l'homéopathie** ».

7.7. Attribuer le bénéfice à la thérapie :

« Vous m'avais aidé à faire ce chemin et vous m'aidez aussi je penserai à des choses quand je vais être sur des moments difficiles » P17.

Des patients attribuent leur évolution au cheminement réalisé à travers l'Hypnopraxie :

P11 : « après là je me rends compte quand-même, **je pense que c'est dû aux séances... d'Hypnose** hein ».

P3 : « j'ai appris à maîtriser mes émotions, d'avoir moins peur et à être positif voilà, à prendre la vie autrement **grâce ben à la première séance et à la deuxième** ».

P5 : « je me sens vraiment beaucoup mieux, **ça c'est grâce à vous** ».

P8 : « une sensation de bien-être que je sais pas... je sais pas si c'est dû à ma thérapie **je présume que c'est dû à cette thérapie** puisque je me sens mieux... plus libérée entre guillemets » – « **la thérapie m'a aidé à rendre du positif** ».

P14 : « **les séances** m'ont fait du bien, je me suis retrouvée ».

P10 : « il y a certains points négatifs que j'ai réussi à mettre derrière moi, mais après je sais pas si c'est à cause de la séance, si c'est un déclic par rapport à la séance ou... ou autre chose [...] je pense que ça s'est arrangé **un peu à cause de la séance** ».

P13 : « je vais pas dire que c'était tout à fait négatif puisqu'en même temps ça m'a fait un... **ça m'a fait revenir** à un petit peu... ».

8. L'adhésion thérapeutique :

8.1. La recommandation à l'entourage :

« Si je vois quelqu'un qui va pas bien je pense... sans retenue je vous recommanderai » P5.

Certains patients l'ont recommandé à des proches ou à des amis :

P17 : « **vous aurez du monde avec moi** (rire) parce que moi j'en parle j'en parle tout le temps ».

P4 : « je lui ai donné votre numéro (à une amie), je lui ai dit t'inquiètes pas même si tu oublies moi j'oublie pas (éclat de rire) [...] **je prendrai le rendez-vous pour toi** ».

P10 : « **chaque fois je lui conseille** (à son mari) de faire une séance peut-être qu'il aura **un déclic** ».

P11 : « moi j'ai dit (à une connaissance) ça m'a fait du bien je suis contente, maintenant...**j'en parle hein parce que je suis contente** [...] moi là **c'était vraiment le top des top** hein ».

P1 : « je lui ai dit (à une amie) **je pense que ça peut te faire du bien** ».

P14 : « **mon compagnon il aimerait bien en faire lui**, mais je lui ai dit pourquoi t'as pas de problème... tout vas bien dans ta vie ».

D'autres ne l'ont pas recommandé pour des raisons diverses :

P2 : « je n'arrive pas à **juger du côté efficient** de l'Hypnopraxie, puisqu'elle est quand-même **très abstraite** ».

P15 : « non, mais pas parce que c'était pas intéressant [...] comme **je voulais pas dire ou j'y étais** j'en parle pas voilà ».

P16 : « j'en ai parlé à personne d'autre, **je suis pas de nature à raconter ma vie** on va dire (rire) ».

8.2. La considération et la satisfaction des patients :

« **Moi je suis entièrement satisfaite c'est pour ça que je viens je fais la route je prends 2 bus parfois 3 bus** » P8.

Des patients expriment leur satisfaction vis-à-vis de l'approche :

P2 : « au fait je trouve que votre démarche est... est sincère, **vous croyez à ce que vous dites** au fait, et ça c'est rassurant [...] c'est efficient ce que vous faites » – « c'est une démarche intéressante, **ça correspond à ma démarche spirituelle** et à ma quête de sens »*.

P13 : « par exemple de ce côté-là (oser faire des chorégraphies qu'elle ne maîtrise pas) ça veut dire que **c'est positif**, puisque disons **sa personnalité s'améliore un peu** quand-même » – « je dis ben en fin de compte (l'Hypnopraxie) ça a eu quand-même **un impact positif** ».

P5 : « **j'ai eu tous les bénéfices**... je me sens vraiment mieux, alors que si j'ai été voir quelqu'un et que j'aurais parlé pendant des heures à raconter ma vie, je sais pas si ça serait passé aussi en douceur que ça ou si ça aurait été plus violent » – « déjà pour le peu que j'ai pu expérimenter ça m'a déjà bien aidé ».

P8 : « j'ai fait des thérapies ou j'ai abandonné entre guillemets là, j'ai dit bon ça va pas marcher **tandis que là j'ai envie de continuer** [...] je pense que ça va aller avec l'Hypnopraxie ».

P10 : « c'est vrai que **ça peut aider** oui ».

P14 : « je ne connaissais pas vraiment l'Hypnose... heu personnellement pour moi ben **c'est une bonne chose** ».

Cette approche est perçue comme différente des autres :

P5 : « c'est 100 % bénéfique pour le patient parce que moi on m'aurait... **j'aurais pris des séances de psychothérapie... je sais pas si je me serais senti pareil à la fin** ».

P17 : « pour moi c'est l'Hypnose peut-être **à votre façon** mais c'est pas l'Hypnose que moi je vois, **c'est une autre approche** de la patiente avec son médecin, **c'est une autre façon** de de... de travailler avec [...] très différente très différente ».

P12 : « vous c'est pas vraiment l'Hypnose **c'est une autre façon de faire** quoi ».

8.3. L'estimation du tarif d'une séance :

Patient	Estimation du tarif (€)	Commentaires
P1	40-50	Parce qu'il y a du temps quand-même.
P2	50-80	Après il y a aussi la fourchette du tolérable pour la personne.
P3	60	Vous allez me faire payer ? [...] pas toutes les semaines par contre (si c'était payant).
P4	> 27,6	En plus avec le temps qu'on prend pour le faire, pendant au moins une heure et tout.
P5	90-100	Ça dépend si la personne a les moyens ou pas [...] j'aurais pas eu autant de séances si c'était payant.
P6	65-70	Pour moi je me dis que c'est peut-être cher.
P7	59-60	Pas de commentaire.
P8	50	Après quand ça devient trop cher les gens... comme tout le monde a des difficultés ben on remet.
P9	150-200	Ça doit être super cher.
P10	> 27,6	Je sais pas du tout, déjà il faut que je sache une séance en Médecine Générale c'est combien.
P11	50	Paraît-il ça coûte cher et c'est pas remboursé par la sécu [...] moi j'aurais payé 50€ j'ai fait 4 séances, 200€ y a pas de problème, je suis mieux beaucoup mieux [...] le tarif j'ai rien tiré de ma poche c'est parfait.
P12	80	Pour 1 heure de temps.
P13	30-50	Parce que c'est un spécialiste quand-même ** Ça fait longtemps que je ne paie pas de prestations médicales
P14	45-60	Ça dépend du temps entre une demi-heure et 1 heure [...] je mettrai pas plus.

P15	0	Je suis pas prêt enfin... à rien donner finalement.
P16	> 27,6	Parce que c'est pas la même chose.
P17	60-70	Moi je pense qu'on peut mettre dans les 60-70 €.
P18	50-70	Ça dépend le temps.
P19	> 50	Après c'est un tarif pour tout le monde, parce qu'après c'est vrai que c'est pas tout le monde qui peut (payer), oui.

Tableau 4 : Estimation du tarif des séances par les patients, avec leurs commentaires.

Les RDV manqués :

Parmi les 33 patients inclus, aucun perdu de vue n'a été observé durant toute la durée du suivi.

Sur les 104 RDV fixés (pour les 19 patients ayant eu le recueil de données), 3 d'entre eux (2,9%) ont été manqués sans que les patients concernés ne nous préviennent.

Si nous considérons les 33 patients inclus, ce nombre est ramené 9 (6,5%), sur les 139 RDV fixés.

8.4. Synthèse de l'adhésion thérapeutique :

Patients	Satisfaction	Recommandation	RDV manqués (sur 104 proposés)	Estimation du tarif (en €)
P1	+	Oui	0	40-50
P2	++	Non	0	50-80
P3	++	Oui	0	60
P4	++	Oui	0	> 27,6
P5	++	Oui	0	90-100
P6	++	Oui	0	65-70
P7	++	Oui	0	59-60
P8	++	Oui	0	50
P9	++	Oui	1	150-200
P10	+	Oui	0	> 27,6
P11	++	Oui	0	50
P12	-	Non	0	80
P13	+	Oui	0	30-50 40
P14	++	Non	0	45-60

P15	+	Non	0	0
P16	+	Non	2	> 27,6
P17	++	Oui	0	60-70
P18	++	Oui	0	50-70
P19	+	Oui	0	> 50

Tableau 5 : Représentation semi-quantitative des indicateurs indirects de l'adhésion thérapeutique.

18 patients sur 19 expriment leur satisfaction vis-à-vis de l'approche ; 2/3 d'entre eux le font de façon claire ; pour 1/3 restant, la satisfaction est exprimée mais de façon moins prononcée :

Parmi les 19 patients interrogés, 14 d'entre eux la recommandent à leur entourage, ce qui représente plus de 73%.

47% des patients expriment le besoin de poursuivre les séances Et 36% éprouvent moins ce besoin, car ils estiment être suffisamment bien : Ou pour voir si les séances auront un effet sur eux.

9. Les représentations de l'Hypnose :

9.1. La nature des représentations :

❖ Le thérapeute tout puissant :

« Comme tout le monde j'avais peur avant de l'Hypnose... que c'est le médecin ou l'autre qui vous contrôlais mais c'est pas ça... vous c'est différent » P3.

Des patients nous rapportent des représentations (issues de l'Hypnose de spectacle) où c'est le thérapeute qui contrôle et qui a le pouvoir, avec une évolution de cette vision après avoir fait l'expérience hypnotique :

P5 : « je m'attendais pas à ce que ce soit spectaculaire, mais j'avais vraiment l'impression que la personne qui hypnotisait l'autre **il pouvait lui dire comptez jusqu'à 3** et à 3 vous allez... je sais pas moi vous prendre pour une danseuse étoile et **la personne se mettait à danser** » – « moi **ça m'a soigné [...]** pour moi **c'est thérapeutique**, avant **c'était plutôt spectacle** quand je voyais à la télé ».

P3 : « pour moi l'Hypnose c'était ce qu'on voyait à la télé, quelqu'un debout après il ferme les yeux et (fait le **mouvement de tomber** avec la main) voilà [...] il y a des gens qui ont peur de l'Hypnose, **peur de se faire contrôler** par l'autre mais **c'est pas ça** ».

P17 : « l'Hypnose pour moi c'était... on était complètement **sous l'emprise de la personne**, alors que **là j'ai joué un rôle vraiment...** c'est moi qui... vous étiez là ok à côté de moi quand vous me disiez des choses, mais... **j'étais pas totalement livrée...** c'est ce qui me faisais peur dans l'Hypnose ».

P16 : « c'est pas comme enfin... à la télé il y a plus cet effet de magie, on a l'impression que voilà **la personne dit 2-3 mots et la personne s'endort**, non non **c'est pas du tout ça** ».

P19 : « moi je voyais **la pendule** et **on était endormi** au fait, je voyais pas comme ça non » – « peu de Réunionnais connaissent l'Hypnose, ils pensent tous comme moi c'est avec la pendule, donc c'est bien de **découvrir autre chose** aussi ».

P8 : « moi je croyais que l'Hypnose était **qu'on dormait** comme on voit à la télé mais **c'est pas du tout ça** ».

P11 : « ils (les gens) ont peur déjà par rapport à ce qu'il voit à la télé, mais **j'ai dit c'est pas ça** ».

P10 : « je savais pas vraiment... moi je voyais plutôt à la télé donc j'avais pas trop confiance [...] **jamais je ne l'aurais fait**, par rapport à la télé ce qu'on dit heu... on a un autre point de vue ».

❖ La perte de contrôle :

« Je pensais qu'on perdait totalement le contrôle enfin ou la conscience quoi, alors que c'était pas le cas pour moi... qu'on ait plus le... c'est pas la maîtrise si un peu, laisser la conduite à quelqu'un d'autre quoi » P1.

Une des représentations récurrentes est de perdre le contrôle sur soi-même, avec (là aussi) une évolution de cette vision :

P13 : « ...ou alors **lui faire faire n'importe quoi** comme je voyais à la télé, c'était ça... pour moi l'Hypnose c'était ça, c'était **on aurait agi inconsciemment**, ben oui quand-même et j'ai vu que ça n'avait rien à faire (lapsus) **rien à voir** quand-même ».

P15 : « je pensais que l'Hypnose comme on voyait à la télé, où **on perd le contrôle de soi**, donc c'est pas ça du tout, et maintenant pour moi c'est de... comment dire ça, à chaque séance **ça m'a permis de me lâcher un moment** ».

P14 : « je pensais pas que ça allait se passer comme ça, je pensais que j'allais être **plus transformée**, que j'allais être dans un **état second**... donc c'était une appréhension [...] je pensais pas du tout que c'était ça au fait l'Hypnose ».

P2 : « j'étais dérangé par l'Hypnose, dans le sens où c'est au fait pour moi **l'abandon à l'autre** ».

P11 : « moi je savais pas grand-chose sur l'Hypnose, on en parle à la télévision on voit l'Hypnose [...] **endormez-vous les gens qui pleurent qui crient** et qui machin ».

P16 : « ce qu'on voit souvent à la télé et puis **les colliers** enfin (rire) les choses un petit peu qui font un petit peu peur, et au final non c'était pas du tout ça donc... ça n'a rien à voir vraiment avec la télé **c'est complètement différent**, là c'est vraiment... enfin il faut vraiment se concentrer au fait c'est intérieur ».

P12 : « je pensai dans ma tête **j'allais être endormi** tout ça, après je me dis peut-être c'est une autre façon de faire ».

P9 : « avant je croyais que **je tombais dans un profond sommeil** ou... vous voyez ? Que j'allais être paniquée à l'idée de... comme vous voyez dans les films je voyais ça comme

ça, pas autrement que ça, alors que maintenant **je vois que c'est agréable**, parce qu'on est détendu il y a un silence ».

❖ La révélation des secrets :

« Auparavant je me disais ben une séance d'Hypnose là c'est pourquoi exactement ça va servir à quoi ? La personne en face de moi va découvrir mes secrets » P18.

Des patients craignent le dévoilement de leurs secrets :

P13 : « moi je voyais quelqu'un qui était endormi et puis on allait poser des questions **des questions qu'il va répondre comme ça sur sa vie antérieure** ».

P12 : « je pensais que c'était quelque chose **que vous allez chercher au fond de moi-même** dans le subconscient enfin tous ces trucs-là quoi ».

9.2. Les appréhensions :

❖ Avoir peur de soi-même :

« Je dis ben peut-être il y a certainement des choses enfouies pour chacun de nous, et comment je vais vivre ça après, c'est ça, j'avais peur de tout ce qui pouvait remonter mais ça s'est bien passé, j'ai pu canaliser mes sentiments » P18.

Les patients appréhendaient moins l'Hypnose que ce qu'ils pouvaient vivre :

P5 : « au début j'avais un peu d'appréhension, parce que **je savais pas ce qui m'attendait** ».

P16 : (appréhension ?) : « au début oui, parce que je me fiais vraiment à ce qui se passe à la télé (rire) ces choses qu'on pouvait voir, donc je savais pas du tout **quel effet sur moi ça allait avoir** ».

❖ Déroulement différent de ce qui était attendu :

« Je suis étonnée que ça se passe comme ça je m'attendais à autre chose » P10.

Les patients ne s'attendaient pas à ce que les séances se déroulent de cette manière :

P12 : « de cette façon oui ça me surprend, parce que **je m'attendais pas comme ça** ».

P5 (après la 1^{ère} séance) : « je m'attendais à ce que ce soit spectaculaire, mais **quand j'ai vu le résultat j'étais surprise** »*.

P11 : « je vois qu'**il se passe pas grand-chose** à part que je suis bien comme ça, mais je me posais quand-même des questions : mais est-ce que dans la tête là ça va changer quelque chose ? ».

P1 : « j'avais prévu des mouchoirs pour pleurer parce que je me suis dit je risque de pleurer ».

P8 : « **surpris** un petit peu oui parce que **je m'attendais pas** à... comment ça se passait ».

❖ Dépasser les a priori :

« Au début avant de commencer j'avais peur, parce que c'est un truc inconnu je ne connais rien donc... et moi j'avais tout le temps peur de l'inconnu, donc au début j'appréhendais beaucoup, mais après la première séance c'était bon j'étais en confiance » P4.

Les patients réussissent à dépasser leurs appréhensions :

P10 : « **j'avais un peu peur** au fait, je sais pas... comme je sais pas vraiment c'est quoi l'Hypnose donc... c'était une première fois donc... **ça me faisait un petit peu peur** ».

P19 : « **j'appréhendais les séances** mais non ça y était, au début j'arrivais pas à me concentrer mais après ça... j'avais du mal même des fois à me réveiller, oui ».

P1 : « **je venais plus décontractée** quand-même voilà, au début quelque chose de nouveau donc voilà, **je savais pas du tout qu'est ce qui allait se passer** ».

P18 : « **j'appréhendais cette séance**, mais après ça m'a fait du bien, ah oui ».

Et les représentations :

P17 : « quand je vous ai connu je savais pas du tout où j'allais, je me dis oui mais pourquoi et puis je vous dis que **j'y croyais pas trop** » — « il y a des petites couches qui sont... c'est pas la grosse couche mais **des petites couches qui sont partie** des petites partie et ça ça m'a fait du bien ».

P6 : « comme on m'a jamais proposé j'ai jamais vu, c'est seulement à la télé que je voyais mais pas... des fois je me disais **comme si je ne croyais pas** (rire) [...] ça m'a fait du bien ».

P14 : « **au début je croyais pas**, mais après finalement ça... **ça fait son petit chemin** ».

Title:

Hypnopraxia in General Practice: an emotional approach.

A qualitative study exploring treatment progression in 33 patients, through 99 sessions conducted during the SASPAS, in Reunion Island.

Abstract:

Introduction:

Hypnopraxia is a hypnotherapeutic approach based on phenomenology, it is said to be affective, structural and integrative.

Purpose of the study:

We sought to explore patients' therapeutic lines of progress, by identifying the underlying processes, through Hypnopraxia.

Method:

We conducted 99 sessions in 33 adult consenting patients who had come to see the general practitioner. Following a qualitative approach, data was collected with semi-structured interviews which were continued until saturation was obtained (n = 19), the results were submitted to inductive thematic analysis of content. A synthetic model was progressively developed.

Results:

Once the patient has returned to his sensitive intimacy through structural mobilization, involuntary emotional reorganization occurred and manifested itself through unconscious body language; the patient being in an altered state of affect. This reorganization led to integration between what the patient feels and conceives, and between his way of being and his environment, resulting in changes in his praxis, that is to say in the way he has of seizing hold of himself, of his relationships with others, of his experiences of life situations and of his attitude towards the world. The therapeutic line of progress is a maturation of what is felt within Oneself, in connection with the therapist.

Discussion:

The novelty of this work is mainly to be found in the complexity of the studied phenomenon. Carrying out the work directly with patients and data saturation give it a better validity. However, its main limitation is the subjective nature of the analysis with a lack of triangulation, thus reducing the generalization of results.

Conclusion:

This work proposes to give again attention to the affective dimension of patients and affirms the position of General Practice in its global and humanist approach. Further work could be conducted to explore more specifically one of the identified processes, or to compare them with other.

Key words:

[Hypnopraxia] - [General Practice] - [Psychotherapy] - [Hypnosis] - [Psychotherapeutic Process] - [Qualitative Research] - [Affect] - [Phenomenology].

Date de soutenance : le 06/06/2016

275 pages – 71 tableaux – 43 figures.

Titre :

Hypnopraxie en Médecine Générale : une approche affective.

Etude qualitative explorant le cheminement thérapeutique de 33 patients, à travers 99 séances réalisées durant le SASPAS, à la Réunion.

Résumé :

Introduction :

L'Hypnopraxie est une approche hypnothérapeutique à base phénoménologique, elle est dite affective, structurelle et intégrative.

Objectif :

Notre objectif est d'explorer le cheminement thérapeutique des patients en identifiant ses processus sous-jacents, à travers l'Hypnopraxie.

Méthodologie :

Nous avons réalisé 99 séances auprès de 33 patients adultes et volontaires consultant au cabinet de Médecine Générale. Suivant une démarche qualitative, le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-directifs jusqu'à saturation (n=19), les résultats obtenus ont été soumis à une analyse thématique du contenu de type inductif. Un modèle synthétique a été progressivement élaboré.

Résultats :

Après un retour du patient à son intimité sensible à travers une mobilisation structurelle, un réaménagement affectif non volontaire s'opère et se manifeste à travers des expressions corporelles inconscientes ; le patient se trouve dans un état modifié d'affect.

Ce réaménagement amène à une intégration entre ce que le patient éprouve et conçoit, et entre sa manière d'être et son environnement, aboutissant à une évolution de ses praxies, c'est-à-dire de sa manière de se saisir de lui-même, de son rapport aux autres, de son vécu des situations et de son orientation au monde.

Le cheminement consiste à une maturation de ce qui est éprouvé en Soi, en lien avec le thérapeute.

Discussion :

L'originalité du travail réside essentiellement dans la complexité du phénomène étudié. Sa réalisation directement auprès des patients et la saturation des données lui confère une meilleure validité. Cependant, sa principale limite est la nature subjective de l'analyse avec l'absence de triangulation, ce qui amoindrit la généralisation de ses résultats.

Conclusion :

Ce travail propose de redonner de la considération à la dimension affective des patients et renforce la position de la Médecine Générale dans son approche globale et humaniste.

D'autres travaux pourraient être conduits pour explorer plus spécifiquement un des processus identifiés, ou bien pour les comparer avec ceux des autres approches thérapeutiques.

Mots clés : [Hypnopraxie] – [Médecine Générale] – [Psychothérapie] – [Hypnose] – [Processus psychothérapeutique] – [Recherche Qualitative] – [Affect] – [Phénoménologie].

Discipline : Médecine Générale.

Coordonnées :

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

146 rue Léo Saignat CS 61292

33 076 Bordeaux CEDEX

Tél. +33 (0)5 57 57 10 10