

JUILLET 2020 / VOLUME 12 / 19€

WWW.DUNOD.COM

TRaNSSES

LA REVUE DE L'HYPNOSE ET DE LA SANTÉ

PRATIQUES CLINIQUES

HYPNOSE POUR
CÉSARIENNE

PROXÉMIE :
HABITER SON CORPS

DOSSIER

LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE

LE BIOFEEDBACK DE
VARIABILITÉ CARDIAQUE

HYPNOSE
ET ORTHOPHONIE

DUNOD

TRaNSES

LA REVUE DE L'HYPNOSE ET DE LA SANTÉ

Directrice de publication

Nathalie JOUVEN

Administration et rédaction

Dunod Éditeur S.A.

11, rue Paul Bert, CS 30024, 92247 Malakoff cedex

Rédacteur en chef

Thierry SERVILLAT

Conseiller éditorial et scientifique

Antoine BIOY

Couverture
Dunod Éditeur

Maquette intérieure
Le Petit Atelier

Composition
PCA

Périodicité
revue trimestrielle

Impression

Imprimerie Chirat

42540 Saint-Just-la-Pendue

N° commission paritaire (CPPAP)

0620 T 93699

ISSN
2557-521X

Parution
juillet 2020

Dépôt légal
juillet 2020, N°

Secrétaire de rédaction : **Jean-Claude LAVAUD**, assisté de **Arnaud GOUCHET** et de **Vanessa CASTEL**, **Amandine DERBRE**, **Nicolas GOUIN**, **Edith HAMEON BEZARD**, **Christine MIRAIL**, **Anne VIAU**
Responsable illustrations : **Arnaud GOUCHET**

Comité éditorial : **Patrick BELLET**, **Christine BERLEMONT**, **Rémi CÔTÉ**, **Yann FAVARONI**, **Daniel GOLDSCHMIDT**, **Arnaud GOUCHET**, **Fabienne KUENZLI**, **Christian MARTENS**, **Lolita MERCADIÉ**, **Karim NDIAYE**, **Idrissa NDIAYE**, **Gérard OSTERMANN**, **Jean-Édouard ROBIOU DU PONT**, **Dan SHORT**, **Chantal WOOD**, **Vladimir ZELINKA**

Correspondants : **Vladimir ZELINKA** (Belgique), **Fabienne KUENZLI** (Suisse), **Rémi CÔTÉ** (Québec), **Dan SHORT** (USA), **Teresa ROBLES** et **Mauricio NEUBERN** (Amérique centrale et du Sud)

Participent à ce numéro : **Christian BARBIER**, **Patrick BELLET**, **Antoine BIOY**, **Irène BOUAZIZ**, **Pierre BOUILLON**, **Julie DE BOUTEILLER**, **Karine DIDI**, **Rémi ÉTIENNE**, **Isabelle FEDERSPIEL**, **Pierre-Henri GARNIER**, **Arnaud GOUCHET**, **Nicolas GOUIN**, **Bernard HÉVIN**, **Marie-Anne JOLLY**, **Jean-Claude LAVAUD**, **Marie-Thérèse LUSSIER**, **Frédérique MENARD**, **Lolita MERCADIÉ**, **Sylvia MORAR**, **Marielle PARAVANO**, **Bogdan PAVLOVICI**, **Claude RICHARD**, **Blandine ROSSI BOUCHET**, **Dominique SERVANT**, **Thierry SERVILLAT**, **Jane TURNER**, **Chantal WOOD**

Un grand merci aux photographes, peintres et illustrateurs : **AFP**, **Frédéric BISSON**, **Ken BROWAR**, **CARINE06**, **CROMEMCO**, **Roxanna ERICKSON-KLEIN**, **Maurits Cornelis ESCHER**, **Arnaud GOUCHET**, **Lois GREENFIELD**, **LADYMAXX**, **Laurent LAGNEAU**, **René MAGRITTE**, **Shinichi MARUYAMA**, **Françoise MÉNÉBRODE**, **Philippe MONTIGNY Deborah ORY**, **Pascal ORY**, **Ernest PIGNON-ERNEST**, **Philippe RENAULT**, **Luan REZENDE**, **Peter VAN DE VEN**

© **Dunod**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or any other means, electronic, mechanical, photocopying recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Éditorial Transes 12

L'hypnose est-elle écologique ?

L'éclatement de la crise du Covid, et ses liens fortement présumés avec la mise en danger environnementale de notre planète réactivent d'une manière renouvelée une question déjà ancienne : l'hypnose est-elle écologique ?

Parmi les différents courants de sa pratique, un examen le plus simple de cette question peut concerner l'hypnose éricksonienne. On connaît la grande proximité qu'Erickson vivait avec la nature, l'importance qu'il y accordait dans sa vie et dans sa pratique thérapeutique, à la fois pendant ses séances et sous forme de tâches à accomplir avant le début de la thérapie (l'ascension du célèbre Squaw Peak), pendant, et à la fin (le cas célèbre également de la dame aux violettes¹).

Façon d'aller à la rencontre de notre inconscient, la fréquentation de la nature, en imagination hypnotique ou dans la réalité, était pour Erickson un moyen de se reconnecter avec le bon sens, une intelligence concrète, tout comme une créativité souterraine, comme Roustang a pu aussi l'envisager en termes de veille généralisée. Concernant la symbolique des animaux en thérapie, je m'étais entendu dire – par un formateur éricksonien ; je ne me rappelle plus malheureusement lequel – : « Si tu veux utiliser la symbolique des animaux, commence par savoir comment l'animal vit, mange,

évacue, etc. » Ce propos, dont j'atténue la crudité, m'avait frappé de façon salvatrice et fait décider, moi qui m'y étais peu intéressé jusque-là, de commencer une étude du règne animal. Une démarche qui bien évidemment n'est pas encore terminée aujourd'hui. Je ne faisais que mettre mes pas à côté de ceux de Patrick Bellet, passionné par le végétal, arbres et plantes, herbes folles.

D'un point de vue livresque, on devra se référer à la célèbre « écologie de l'esprit² » de Grégory Bateson, ami pas très proche d'Erickson – son épouse de l'époque, la célèbre anthropologue Margaret Mead l'étant davantage. De lecture difficile, on complétera la démarche par le visionnage du beau film de sa fille Nora « *An ecology of Mind*³ », dont on ne sera pas étonné de voir qu'il se déroule constamment dans la nature.

Sous un autre angle, celle de l'écologie des relations entre les humains, l'hypnose d'orientation écologique prend sa source à la suite de Puysegur, plus qu'à celle de Mesmer, trop mondain. L'attention qu'il accorde, le crédit qu'il prête aux paroles d'un petit paysan analphabète fait du marquis l'ancêtre d'Erickson et de nous tous qui, avec François Roustang⁴, mettons nos pas dans les siens. Tout comme dans ceux de Joseph Philippe François Deleuze, naturaliste-assistant au



Thierry Servillat est psychiatre, ancien chef de clinique assistant des Hôpitaux. Il exerce au Centre Interdisciplinaire de Thérapie Intégrative à Rezé, dans la banlieue nantaise. Il y dirige l'Institut Milton H. Erickson (RIME44).

1. Haley J. *Un thérapeute hors du commun* [1973], Paris : Desclée de Brouwer ; 2007.

2. Bateson G. *Vers une écologie de l'esprit*, [1972], 2 tomes, Paris : Points Essais ; 1995.

3. Bateson N. *An Ecology of Mind*, Bullfrog Films, 2011.

4. Roustang F. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* [1994], Paris : Minuit ; 2003.

Museum d'histoire naturelle de Paris et auteur majeur concernant le magnétisme animal.

On sait combien, alors qu'en ces temps d'épidémie de nombreux soignants ressentent le besoin de prendre soin d'eux tout comme de leurs patients en se servant notamment des apports de l'hypnose et de l'autohypnose, l'intégration de celle-ci dans le fonctionnement d'un service ou d'une institution est amenée à modifier le fonctionnement de ces derniers. Comment l'hypnose facilite les liens inter humains au sein des soignants, et bien sûr entre soignants et soignés. Comment le

partenariat avec les familles est favorisé ? Comment une coopération peut-elle s'établir ? Qui reconnaît à chacun les compétences et les domaines de décision ?

La question du caractère écologique de l'hypnose mériterait un long dossier. Mais il y a urgence et pour cela, disons-le clairement : conjointement à de nombreuses autres approches, l'hypnose thérapeutique est fondamentalement écologique et peut contribuer grandement au sauvetage de notre planète ainsi qu'à une indispensable rénovation du système de santé qui doit se mettre en place rapidement.

Sommaire

Éditorial

Thierry Servillat 1

Trances Lucide

Une étude et un bilan

Antoine Bioy, Rémi Etienne, Silvia Morar 5

Libre court

Embodiment et Hypnose

Marie-Anne Jolly 9

Trances Formation

Hypnose pour césarienne en urgence
Arnaud Gouchet 17

Proxémie : habiter son corps, habiter le « non », et poser ses limites
Julie De Bouteiller 19

Trances Action

Retour vers le présent : comment utiliser le futur en autohypnose pour répondre aux questions du présent
Isabelle Federspiel 22

Trances Mission

Être à la page

Nicolas Gouin, Christian Barbier, Rémi Étienne et Antoine Bioy 25

DOSSIER : LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE

De la difficulté à communiquer
Arnaud Gouchet 30

La communication professionnelle en santé
Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier 33

Sémantique générale et communication thérapeutique
Jane Turner et Bernard Hévin 45

La relation (thérapeutique) au service du paradoxe ou le paradoxe au service de la relation (thérapeutique) ?
Irène Bouaziz 56

La communication en soins palliatifs
Karine Didi 67

Trances Culturel

Il fait parler les murs
Marielle Paravano 76

Trances Figure

Madeleine Richeport-Haley
Jean-Claude Lavaud 80

Trances Codeur

Le biofeedback de variabilité cardiaque. Résonance ou cohérence du cœur
Dominique Servant 86

Libre court

Quand l'hypnose Transe-forme l'orthophonie
Blandine Rossi-Bouchet 93

Libre court

Quand de l'or jaillit de la psychothérapie...
Frédérique Menard 102

Trances Sport

La force de la conviction est aussi une question de synchronisme
Pierre Bouillon 112

Trances Paraître

Les leviers du changement
Bogdan Pavlovici 118

Trances Versales

HYPNO-CONTEX®
Patrick Bellet 121

Trances sur le net

Pierre-Henri Garnier 124

Trances Paraître

Marie-Anne Jolly 125

Trances Humances

126

La communication professionnelle en santé

La communication thérapeutique, dont l'hypnose en représente une variété, est une forme particulière de communication interpersonnelle (entre des personnes) et de communication professionnelle. Examiner ce qu'est la communication professionnelle dans le domaine de la santé constitue un premier temps essentiel pour préciser ce que peut être une communication thérapeutique. Au point qu'elle en est un synonyme chez nos amis québécois !

La communication interpersonnelle est le moyen par lequel il est possible d'échanger de l'information, de partager des émotions, de créer ou de donner du sens, d'agir sur l'autre, de partager ses besoins, ses valeurs, ses attitudes et de codévelopper et d'entretenir des relations (Richard, Lussier, 2019). La communication interpersonnelle est probablement une des activités humaines des plus complexes sinon la plus complexe. Elle est à la fois source et produit de la relation entretenue. Dès la naissance, nous apprenons à communiquer avec l'autre dans différents contextes (Beebe *et al.*, 2009 ; Marsh, 1991, Bronfenbrenner, 2009). Il s'agit, en fait, d'une activité incessante qui, peu à peu, structure l'ensemble de nos processus cognitivo-émotifs.

La communication interpersonnelle est régie par un ensemble de règles

communes, que ce soit dans la vie quotidienne ou professionnelle et donc dans un contexte de soins de santé¹. La communication professionnelle dans le cadre de la santé prend une forme particulière qui la distingue de la communication interpersonnelle « sociale » en ce sens qu'elle impose un ensemble de contraintes liées à la profession, au code de déontologie, aux contextes dans lesquels la profession s'exerce, aux caractéristiques des patients et à la nature des difficultés de santé qu'ils présentent. Ces contraintes viennent définir la nature des communications attendues d'un professionnel de santé.

Dans ce domaine, la communication se définit d'une part par un entretien entre un soignant et un patient, mais d'autre part également avec les proches de celui-ci, un collègue, le personnel soignant et parfois un public. Elle participe à la qualité des soins et en est



1. Bien que Zoppi (1997) parle par exemple d'une « conversation » clinique à propos de la communication dans le cadre de la santé, celle-ci n'est pas soustraite aux règles générales qui régissent les conversations sociales.

1. Claude Richard est chercheur associé au centre intégré de santé et des services sociaux de Laval (Québec). Il est psychologue, spécialiste de la communication médecin-patient et président fondateur d'Entre les lignes Inc. Le site web Discutons Santé (www.discutonssante.ca), aide les patients à collaborer avec leur équipe de soins.

2. Marie-Thérèse Lussier est professeure titulaire au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de la faculté de médecine de l'université de Montréal (Canada), directrice du Réseau de recherche en soins primaires de l'université de Montréal (RRSPUM).



indissociable. Elle comporte deux fonctions essentielles : l'échange d'information, et l'établissement d'une relation elle-même caractérisée par une asymétrie entre soignants et patients (Korsch et Harding, 1997 ; Lussier et Richard, 2016). Cette asymétrie a sa source dans la reconnaissance sociale de l'autorité médicale², de la différence des compétences (celle du médecin et celle du patient) et de la confiance que le soigné accorde au soignant (Callahan, 1996 ; Wirtz *et al.*, 2006).

La communication professionnelle en santé

La communication professionnelle en santé, parfois qualifiée de « communication thérapeutique » dans certaines disciplines (sciences infirmières en Amérique) ou certains milieux (Europe francophone), englobe l'ensemble des occasions de communication offertes au professionnel de la santé dans l'exercice de ses fonctions

(Richard *et al.*, 2016). Elle repose sur la maîtrise d'un répertoire de stratégies de communication ; la capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs ; la capacité d'adaptation aux contextes de communication ; la capacité d'atteindre ses buts professionnels et relationnels d'une manière compatible avec les buts et les besoins du patient. La communication est ainsi au cœur du professionnalisme de tout soignant. Communication et relation sont inséparables. Toute communication propose une relation et toute relation suggère une manière de communiquer.

Le modèle des usages de la communication professionnelle en santé

Nous proposons un modèle, qui s'appuie sur la théorie des systèmes, qui nous permet de distinguer les différentes modalités de communication en fonction des situations cliniques,

² Les codes de déontologie qui encadrent l'exercice de la médecine rappellent que cette autorité disciplinaire doit s'exercer en tout temps dans le respect de la personne et sans coercition (Pellegrini, 2017).

des interlocuteurs et des médias utilisés et de tenir compte des relations qu'entretiennent ces différentes modalités.

Notre modèle des usages de la communication professionnelle en santé propose une série de tâches communicationnelles à accomplir dans une pratique professionnelle en santé.

Ainsi, nous proposons une définition élargie de la communication dans le domaine de la santé. Ses fondements reposent sur plusieurs cadres théoriques qui prennent en compte les effets de l'environnement social, physique et subjectif sur les interlocuteurs. Ils s'attachent également aux différentes manières d'entrer en interaction (Beebe 2007, pp. 15-19) englobant ainsi l'ensemble des *occasions de communication* rencontrées par le professionnel de la santé.

Jusqu'à récemment, en particulier dans le monde médical, le champ d'études

de la communication en santé était surtout limité à l'entretien dyadique entre un soignant et un soigné. Avec ce modèle, nous élargissons la description à l'ensemble des situations où le professionnel fait usage de la communication et nous rendons compte des différents contenus et processus communicationnels, notamment l'information échangée, la relation, le contexte d'exercice et les circonstances particulières qui peuvent être rencontrés (voir encadré en fin d'article).

Dans ce modèle nous proposons un regroupement des communications, de manière à identifier quatre types

Toute communication propose une relation et toute relation suggère une manière de communiquer



de relations ou de rôles joués par le soignant dans la rencontre soignant-soigné.

Plusieurs types ou modèles de relations ont déjà été décrits. Les modèles biomédicaux ou paternalistes, bio psychosociaux, centrés sur le patient, du partenariat de soins, en sont quelques

exemples connus (Giroux, 2016). Ils sont fréquemment catégorisés en fonction de la répartition du pouvoir, décisionnel et procédural, et du degré de contrôle exercé par le patient dans la relation. Les valeurs qui les sous-tendent présentent un certain parallélisme avec l'évolution des valeurs

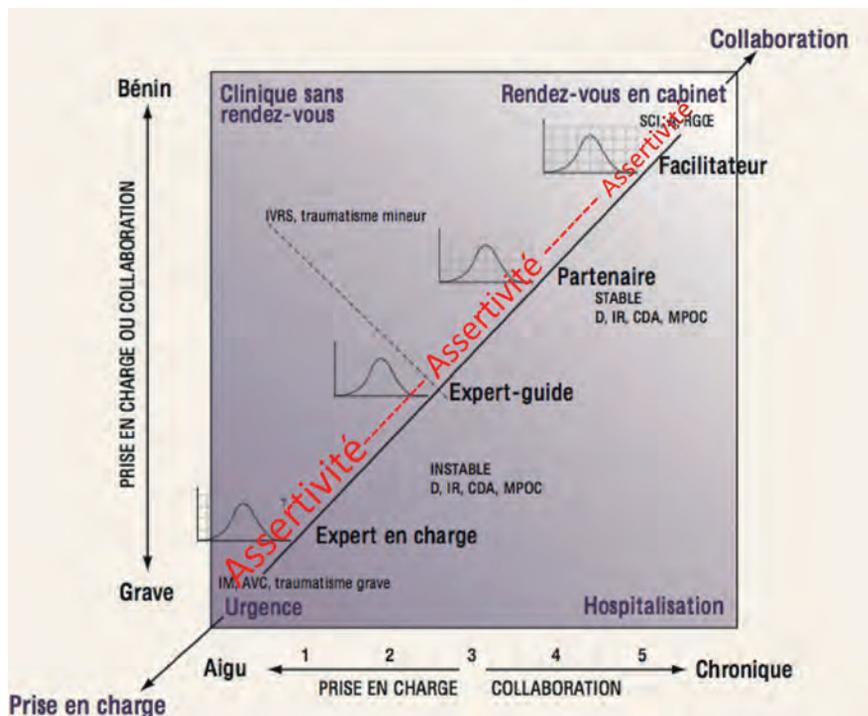


Figure 1. Degré d'assertivité manifestée par le médecin selon les rôles et le contexte de soin. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Exercer*

CDA: cardiopathie due à l'artériosclérose; MPOC: maladie pulmonaire obstructive chronique; D: diabète; RGOE: reflux gastro-oesophagien; SCI: syndrome du côlon irritable; IM: infarctus du myocarde; A: arthrose; IR: insuffisance rénale; IVRS: infection des voies respiratoires supérieures.

Pour vérifier quel genre de relation correspond à un problème du patient, défini à la fois selon les dimensions aigu-chronique et bénin-grave, on trace une perpendiculaire sur la diagonale du continuum de la collaboration. Par exemple, dans le cas d'une IVRS, la relation proposée correspond au type expert-guide, tandis que dans le cas d'un RGOE stable, la relation est davantage du type facilitateur.

Le symbole de la courbe de loi normale représente les variations possibles dues au contexte et aux caractéristiques personnelles.

sociétales en général. De plus, on les présente habituellement comme des modèles qui sont adoptés par les cliniciens, sans liens ni avec les contextes dans lesquels les soins sont prodigués ni avec les caractéristiques de la situation clinique spécifique à laquelle le soignant doit répondre.

Nos travaux et notre expérience clinique nous ont amenés à suggérer un modèle dynamique des relations et des rôles qui varie en fonction de la diversité des situations cliniques rencontrées.

Quatre rôles communicationnels possibles

Plutôt que de définir les relations et les rôles en fonction du partage du pouvoir, nous suggérons quatre rôles communicationnels possibles que le soignant peut adopter vis-à-vis du patient en fonction de deux caractéristiques cliniques des problèmes présentés par le patient : aigu/chronique et bénin/grave. Ces caractéristiques cliniques du problème, rapportées sur deux axes perpendiculaires l'un à l'autre (figure 1), définissent un continuum de rôles du soignant allant de la prise en charge à la collaboration : « Expert en charge », « Expert guide », « Partenaire » et « Facilitateur ». Ainsi, dans les situations cliniques d'extrême urgence, il est probable que le médecin s'engage dans des monologues et qu'il prenne l'initiative alors que dans les situations où il s'agit de traiter d'un problème de santé chronique bien maîtrisé, le médecin s'engage davantage dans un dialogue où le patient

prend davantage l'initiative (Richard, Lussier, 2007). Le degré d'assertivité exprimée par le soignant décroît au fur et à mesure de l'augmentation de la participation active du patient, à la gestion de son problème de santé, et à l'entretien et/ou le discours du médecin est moins assertif (Richard, Lussier, 2019). Dans une même entrevue ou d'une entrevue à l'autre, le médecin peut jouer successivement plusieurs de ces rôles selon la nature de l'entretien et les différents problèmes abordés. Dans l'action, pour qu'il y ait une communication efficace, le médecin doit tenir compte de façon dynamique à la fois du contexte psychologique, relationnel, situationnel et socioculturel, comme le suggèrent Brown et Fraser (1979). Également, doivent être pris en compte le but de la consultation, et s'il s'agit d'une première rencontre ou d'une rencontre de suivi. Lorsque la personne qui consulte est connue du médecin (contexte relationnel), certaines informations importantes sur son niveau de littératie en santé³ (contexte socioculturel), ses valeurs, croyances et attitudes, en particulier vis-à-vis de la science et de la médecine, son rapport à la maladie et aux traitements prescrits (contexte psychologique), viendront inévitablement moduler l'interaction dans cette situation.

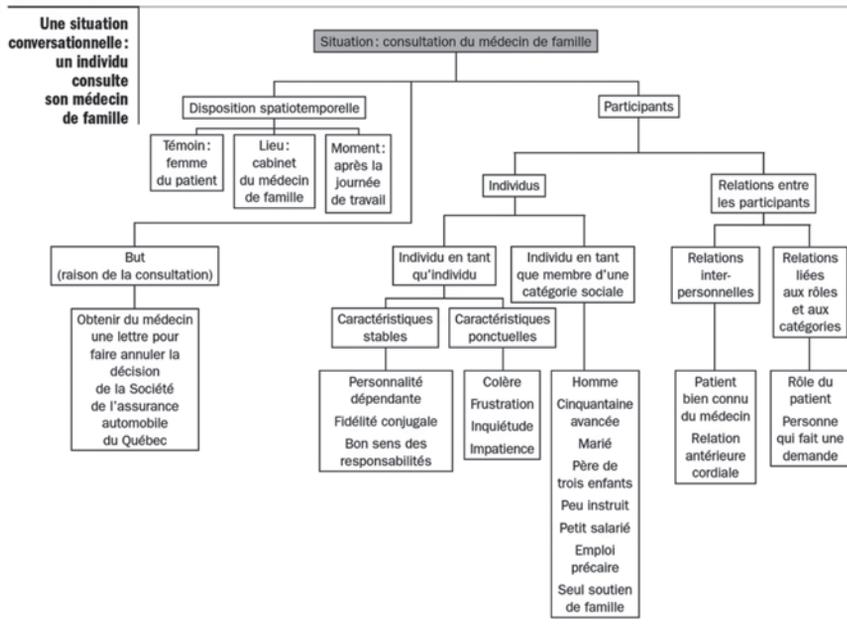
Exemple

Tentons d'illustrer ces concepts par un exemple⁴.

Le Dr Desjardins connaît M. Danis depuis quelques années. Âgé de 55 ans, marié, père de trois enfants, ce patient pourvoit seul aux besoins de

3. La littératie en santé est la capacité d'accéder à, comprendre, évaluer et utiliser les informations dans le domaine de la santé pour prendre des décisions en termes de soins, de prévention ou de promotion à la santé.

4. In Richard, Lussier, 2016, pp.19-43.



Source: C. Richard et M.-T. Lussier (1999), «Un peu de théorie, DOC?», *Le médecin du Québec*, vol. 34, n° 7, p. 34.

Figure 2. Les contextes à prendre en compte dans l'entretien clinique avec M. Danis.

sa famille. Il travaille comme livreur. Le médecin le suit pour de multiples problèmes de santé: un diabète insulino-dépendant, de l'hypertension et de l'hyperlipidémie. Malgré les nombreuses explications fournies et un séjour au centre de traitement et de contrôle du diabète, M. Danis ne maîtrise pas son traitement à l'insuline. Le patient se présente au cabinet du Dr Desjardins, en compagnie de son épouse, à la fin d'une journée de consultations bien remplie. Il s'agit d'une urgence selon le patient qui désire discuter de la suspension de son permis de conduire. Des policiers l'ont en effet trouvé dans un état stuporeux, au volant de son camion, immobilisé à une intersection. Ils l'ont alors conduit à l'hôpital, où on a diagnostiqué une hypoglycémie grave. M. Danis est en colère et désespéré.

5. voir figure 3.

Contexte situationnel, et « Si... Alors... »

En cabinet, une consultation s'ajoute en fin de journée en réponse à une demande urgente de la part du patient accompagné de son épouse. Le but de la consultation est d'obtenir une lettre de son médecin pour faire annuler une décision administrative de la société d'assurance automobile (la SAA). Et si... Alors... Si, en alternative, imaginons que M. Danis se présente au cabinet (huitième cercle⁵: contextes ou milieux de soins), seul (neuvième cercle: autres interlocuteurs), à son rendez-vous de suivi régulier pour ses multiples problèmes de santé chronique (sixième cercle: clientèles particulières). Alors...

Contexte socioculturel

Caucasien, francophone, le patient appartient à la classe sociale moyenne-inférieure. Marié et père de deux enfants d'âge scolaire, une épouse travaillant à la maison. Il occupe un poste de camionneur pour le même employeur depuis de nombreuses années. Son employeur apprécie sa fiabilité, son engagement et sa ponctualité. Le patient n'a pas terminé ses études primaires. Son niveau de littératie en santé est faible ce qui contribue à ses difficultés de compréhension des mécanismes d'action de ses insulines et de ses hypoglycémies à répétition, et ce, malgré de nombreuses explications. Et si... Alors... Si nous changeons, maintenant, les paramètres du cas et supposons que M. Danis, un Syrien de 35 ans, ingénieur de formation, soit arrivé au Canada avec son épouse et ses deux enfants adolescents, il y a trois ans dans le cadre d'un programme de parrainage. Il est toujours sans emploi, car sa maîtrise du français reste approximative (6^e cercle : clientèles particulières). Il se présente à la consultation, accompagné d'un interprète (neuvième cercle : autres interlocuteurs). Il apporte son carnet de glycémies à la consultation. Les valeurs indiquent un mauvais contrôle de son diabète (septième cercle : Situations spécifiques). Les difficultés communicationnelles seront moins liées ici à un problème de compréhension de la maladie et de son traitement, mais davantage aux enjeux associés par exemple à 1) des difficultés potentielles d'adhésion au traitement, par exemple, à cause des coûts des médicaments (septième cercle : Sujets délicats);

2) aux différences de culture des interlocuteurs (6^e cercle : clientèles particulières); 3) à une barrière linguistique majeure et 4) aux échanges avec un interprète non formé (9^e cercle : autres interlocuteurs). Alors...

Contexte psychologique

Fatigué, en fin de journée, le médecin n'est pas disposé favorablement d'autant qu'il sait qu'il ne pourra pas faire modifier la décision de la SAA, à court terme, étant donné la gravité de la situation. Le patient est frustré et en colère à cause de son diabète. Il est désemparé et très inquiet de son incapacité à remplir son rôle de pourvoyeur pour sa famille. Il croit que le médecin a le pouvoir de modifier la décision et lui demande d'intervenir. Et si... Alors... Supposons ici que M. Danis soit âgé de 80 ans (cinquième cercle : personnes âgées), qu'il vive seul dans un complexe de logements sociaux subventionnés (septième cercle : milieu défavorisé), et que la consultation ait lieu à son domicile (huitième cercle : Contextes ou milieux de soins) dans les créneaux horaires de consultations prévues par le Dr Desjardins, lequel se sent en forme et heureux de sortir du cabinet pour aller rencontrer ce patient qui l'accueille toujours avec le sourire (septième cercle : Situations spécifiques). Alors...

Comment, dans une situation aussi complexe de communication où les enjeux sont significatifs, les interlocuteurs ont-ils pu atteindre leurs buts respectifs tout en maintenant la relation qui les unit ? D'abord, la connaissance approfondie du contexte socioculturel

du couple et du contexte psychologique général du patient, en particulier les émotions négatives souvent exprimées vis-à-vis de son diabète, ont permis au Dr Desjardins de comprendre l'importance de recevoir sans délai le couple en consultation. Ce faisant, il maintient la relation et renforce le lien de confiance qui les unit. Malgré sa fatigue, le Dr Desjardins a pu gérer la réaction initiale de colère exprimée par le patient et comprendre la position revendicatrice de M. Danis : « Je veux que vous parliez à la SAA aujourd'hui, c'est urgent, je ne peux plus travailler. » Le Dr Desjardins reconnaît rapidement et de façon explicite les émotions en jeu et leur légitimité, mais il rétablit immédiatement le cadre dans lequel la suite de la consultation devra se dérouler. Il rappelle les règles de fonctionnement de leur relation. Il

exerce, ce faisant, un bon degré d'assertivité adoptant dans ce contexte particulier, un rôle d'Expert-Prise en charge. En effet, sa bonne connaissance des rouages administratifs de la SAA, alors que M. Danis et son épouse n'en ont aucune idée, permet au Dr Desjardins d'offrir avec assurance, dans le moment présent, son opinion professionnelle sur la démarche à suivre dans la situation. Il fait preuve de bienveillance vis-à-vis son patient en lui offrant de prendre en charge les démarches nécessaires pour clarifier les enjeux. Le Dr Desjardins tient compte, dans son intervention, de l'ensemble des informations contextuelles disponibles, ce qui permet à M. Danis et son épouse de collaborer plutôt que de maintenir une attitude revendicatrice. Cette approche globale de sa situation permet d'arriver

Le modèle, présenté au tableau 1, comprend quatre « métacatégories », elles-mêmes subdivisées en dix constituantes³.

Les dix constituantes de la communication regroupées en quatre métacatégories	
1 Les fonctions génériques et les dimensions de la communication	1. Échanger de l'information Établir une relation
	2. Dimensions cognitive, affective et socioculturelle
2 L'essentiel de l'entretien clinique dans le domaine de la santé	3. Les tâches transversales
	4. Les tâches séquentielles
3 L'entretien clinique adapté à la variété des pratiques	5. Âge et genre
	6. Clientèles particulières
	7. Situations spécifiques et sujets délicats
	8. Contextes ou milieux de soins
4 La communication clinique : ses multiples formes et expressions	9. Autres interlocuteurs
	10. Moyens

Tableau 1. Les dix constituantes de la communication professionnelle en santé, regroupées en quatre métacatégories. Reproduit avec l'aimable autorisation des éditions Pearson ERPI

Une représentation graphique du modèle, sous la forme d'un outil pédagogique pratique « la roulette combinatoire », est proposée aux cliniciens et aux enseignants (Figure 1). On y retrouve une série de cercles concentriques dynamiques s'emboîtant les uns dans les autres. Quatre séries de cercles d'une couleur distincte correspondent aux métacatégories de la communication du Tableau 1. L'organisation de cette représentation graphique du modèle est de placer, en son centre, les catégories plus abstraites telles « les fonctions génériques et les dimensions cognitives, affectives et socioculturelles de toute communication interpersonnelle » (couleur bleue) et de progresser vers la périphérie avec les catégories plus appliquées telles les spécificités de l'entretien clinique, la variété des pratiques cliniques et les multiples formes et expressions de la communication.

3. Pour une description détaillée de leurs constituantes, le lecteur peut se référer aux publications antérieures des auteurs (Richard *et al.*, 2016 ; Richard, 2010).

à une compréhension mutuelle de la situation et de ses conséquences, pour ensuite définir un plan d'action réaliste pour résoudre la difficulté.

La communication thérapeutique (CT)

En conclusion, si le descriptif de communication thérapeutique (CT) est fréquemment utilisé en France pour aborder la communication soignant-soigné, ce descriptif se voit plus rarement employé en Amérique et désigne un sous-ensemble de la communication professionnelle en santé. De fait, l'usage de cette expression se retrouve surtout dans les écrits en sciences infirmières desquels nous allons nous inspirer pour conclure notre présentation avec des stratégies communicationnelles de base et avancées (Laffan, 2011 ; Phaneuf, 2016).

Laffan définit la « communication thérapeutique » comme une interaction en présentiel, entre un soignant et un patient, qui vise à améliorer le bien-être émotionnel et physique du patient. C'est donc un cas particulier de la communication professionnelle en santé. La communication thérapeutique repose sur la maîtrise d'un ensemble de stratégies communicationnelles pour atteindre les buts visés, en particulier la mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Quelques-unes des stratégies présentées sont : 1) poser des questions ouvertes ; 2) pratiquer l'écoute active ; 3) clarifier les propos ; 4) encourager le fil narratif du patient ; 5) partager les observations. La maîtrise de chacune de ces cinq stratégies serait essentielle

à une communication thérapeutique. On retrouve parmi celles-ci, un mélange de stratégies dites non verbales, verbales de base et verbales avancées. Elles feront ici l'objet d'une courte explication.

– Poser des questions ouvertes est une habileté verbale de base. « De quoi aimeriez-vous parler ? » « Quels sont les sujets que vous aimeriez aborder maintenant ? » « Quelles sont vos préoccupations ? » sont autant d'exemples de questions ouvertes qui invitent le patient à discuter de ce qui le préoccupe. Elles indiquent au patient l'importance que le soignant accorde à l'expression de ses besoins et à leur compréhension.

– Pratiquer l'écoute active regroupe plusieurs habiletés communicationnelles. Du point de vue non verbal, une distance interpersonnelle optimale, une posture corporelle inclinée légèrement vers le patient, un maintien du contact visuel, un silence, une immobilité relative, une gestuelle retenue, des hochements de la tête sont autant de moyens pour inviter le patient à s'exprimer (celui de culture occidentale du moins). Du point de vue verbal, « Hum, hum », « Je vois », « Continuez », « Que s'est-il passé ensuite ? » sont des expressions qui encouragent les patients à continuer de parler. L'écoute active implique de montrer de l'intérêt pour ce que les patients ont à dire. Sans cette écoute, il est difficile pour le patient d'imaginer que le soignant peut comprendre sa situation, son vécu.

– Clarifier les propos, une autre stratégie verbale de base, donne un signal très clair au patient que le soignant a à cœur de le comprendre. Le soignant qui demande des éclaircissements au

patient lorsque les propos qu'il tient sont vagues, confus ou ambigus pour lui, par un énoncé du type « Je ne suis pas certain de comprendre. Pouvez-vous me l'expliquer à nouveau ? » contribue au sentiment de valorisation du patient et à son sentiment d'être reconnu. Cette stratégie peut être utilisée même quand vous avez compris les propos plus allusifs qu'explicites. Cette demande sert alors à aider le patient à verbaliser sa difficulté et à développer sa capacité d'en discuter par la suite (ce qui permet de rendre la situation moins opaque).

– Encourager le fil narratif du patient, plutôt que lui poser une série de questions fermées sur ses symptômes, en l'aidant à placer un événement sur la ligne du temps ou dans une séquence d'événements. De replacer un événement dans sa séquence peut l'amener à se souvenir d'une information dont il n'aurait pas pu se souvenir autrement. Des énoncés comme : « Décrivez-moi les événements comme ils se sont passés. » ; « Essayez de placer les événements les uns à la suite des autres, comme ils se sont produits. », soutiennent la

participation active du patient dans un dialogue. Le fait que le patient est encouragé à raconter son histoire le plus exactement possible aide le patient et le soignant à se faire une idée plus précise de la situation. La narration permet au patient d'utiliser une trame temporelle qui est la sienne, pour raconter son histoire et ce qu'il a ressenti, plutôt que de tenter d'en extraire les informations pour répondre aux questions « abstraites posées » par le soignant.

– Partager avec le patient, de façon explicite, mais avec tact, ses observations, par exemple sur son apparence ou son comportement durant la consultation, ce qui peut aider à attirer l'attention sur des aspects qu'il aurait tendance à passer sous silence. Des énoncés de reflet comme « Vous me semblez triste en ce moment, est-ce que je me trompe ? » « Vous semblez irrité par notre discussion... pouvez-vous m'aider à comprendre ce qui se passe ? » servent à permettre au patient soit de rectifier la perception du soignant ou, au contraire, de s'ouvrir et d'élaborer sur le sujet.

Bibliographie

- Beebe SA, Beebe SJ, Ivy DK. *Communication: Principles for a lifetime*. 3^e édition. Boston : Pearson Education ; 2007.
- Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press ; 2009.
- Brown P, Fraser C. Speech as a marker of situation. Dans Scherer KR, Giles H, éditeurs. *Social markers in speech*. Cambridge : Cambridge University Press ; 1979.
- Callahan D. *The goals of medicine. Setting new priorities*. *Hastings Cent Rep*. 1996 ; 26(6) : S1-27.
- Giroux L. Les métaphores et les modèles de la relation clinicien-patient. Dans Richard C, Lussier MT, éditeurs. *La communication professionnelle en santé*. 2^e édition. Montréal : Pearson-ERPI ; 2016. p. 61-91.

- Korsch BM, Harding C. *The intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship: learning how to talk so your doctor will listen*. New York: Oxford University Press; 1997.
- Laffan S. *A therapeutic communication and behavioral management*. 2011. Document consulté le 15 janvier 2020 <http://www.ncchc.org/cnp-therapeutic-communication>.
- Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. Répertoire des relations médecin-patient. *Canadian Family Physician*. 2008; 54(8): 1096-99.
- Lussier MT, Richard MT. Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies de communication. Dans: Richard C, Lussier MT, éditeurs. *La communication professionnelle en santé*. 2^e édition. Montréal: Pearson-ERPI; 2016. pp.148-73.
- Marsh PE. *Eye to eye: How people interact*. Topsfield: Salem House; 1991.
- Pellegrini CA. Trust: the keystone of the patient-physician relationship. *Journal of the American College of Surgeons*. 2017. 224(2): 95-102.
- Phaneuf M. *La relation soignant-soigné: l'accompagnement thérapeutique*. 2^e édition. Montréal: Chenelière; 2016.
- Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie médicale*. 2010; 11(4): 255-72.
- Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Un modèle descriptif de l'usage de la communication dans le domaine de la santé. Dans Richard C, Lussier MT, éditeurs. *La communication professionnelle en santé*. 2^e édition. Montréal: Pearson-ERPI; 2016. p. 3-18).
- Richard C, Lussier MT. Communication professionnelle. Dans: Cauli M, Boelen C, Ladner J, Millette B, Pestiaux D, éditeurs. *Dictionnaire francophone de la responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan Cedex: Presses universitaires de Rouen et du Havre; 2019. p. 96-101.
- Richard C, Lussier MT. Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: dialogue ratio, preponderance of initiative and dialogical roles. *Patient Education and Counseling*. 2007;65(3), p. 339-41.
- Richard C, Lussier MT. Assertivité, professionnalisme et communication en santé (première partie). *Exercer*. 2019 Sep; 155:322-27.
- Richard C, Lussier MT. Assertivité, professionnalisme et communication en santé (deuxième partie). *Exercer*. 2019 Oct; 156:369-74.
- Richard C, Lussier MT, Kurtz S. Une présentation et adaptation de l'approche Calgary-Cambridge. Dans Richard C, Lussier MT, éditeurs. *La communication professionnelle en santé*. 2^e édition. Montréal: Pearson-ERPI; 2016. p. 207-32.
- Richard C, Lussier MT. Une approche dialogique de la consultation. Dans Richard C, Lussier MT, éditeurs. *La communication professionnelle en santé*. 2^e édition. Montréal: Pearson-ERPI; 2016. p. 19-43.
- Richard C, Lussier MT. La littératie en santé. Dans Richard C, Lussier MT, éditeurs. *La communication professionnelle en santé*. 2^e édition. Montréal: Pearson-ERPI; 2016. p. 517-39.
- Wirtz V, Cribb A, Barber N. Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation-a critical analysis of models. *Social Science & Medicine*. 2006; 62(1): 116-24.
- Zoppi K. Interviewing as clinical conversation. Dans: Mengel MB, Fields SA. *Introduction to clinical skills: A patient centered textbook*. New York: Plenum Medical Book; 1997.

La force de la conviction est aussi une question de synchronisme

Se préparer soit à la performance sportive, soit à retrouver un confort du corps au quotidien, peuvent paraître de natures radicalement opposées. Pourtant, Pierre Bouillon nous montre que l'un peut servir à l'autre... en passant par l'hypnose.



Pierre Bouillon est canadien, thérapeute en relation d'aide, hypnothérapeute et consultant en préparation mentale pour athlètes. Il donne des conférences et des ateliers dans des contextes où la performance est un enjeu.

Ce jour-là, j'accueille un jeune joueur de tennis, le genre d'individu qui ne vit que pour son sport. Ce sport prend une grande place dans sa vie. Même, il se définit par lui. Par ailleurs, j'ai devant moi un être sensible, introverti et de peu de mots. Alors, lorsque j'essaie de trouver l'angle pour créer le lien thérapeutique, je vois que j'ai affaire à un jeune homme qui ne s'ouvre pas beaucoup. Non pas qu'il souffre d'un trouble d'opposition quelconque, au contraire, il semble très gentil et affable ; il ne résiste pas, mais il ne sait juste pas comment s'ouvrir pour bien exprimer ce qu'il ressent. Je le sens tout de suite. Il prend un temps infini pour répondre à une question simple et semble chercher en lui la réponse éloquente, bien réfléchie. Je m'attends à une réplique digne de Cyrano de Bergerac mais je n'obtiens

qu'un « oui » ou bien un « non ». Mais je ne m'en fais pas outre mesure : à chacun son rythme après tout, et je le laisse suivre le sien. Cependant, je sens tout de même que ce garçon porte en lui une lourdeur et une apathie que je ne peux définir encore. Il m'émeut. Il me donne l'impression qu'il n'est rien sans le tennis et en même temps, que plus personne ne croit en lui. Il semble s'accrocher à la seule chose qui lui permet d'exister. Il y a le tennis, et quoi ? Pas grand-chose ! Peu ou pas d'amis... Un environnement familial peu propice pour le développement d'un athlète. Aucune chance pour une copine !

Nous sommes seuls dans mon bureau. Je lui accorde toute mon attention, mais je sens que ce n'est pas habituel pour lui. J'ai envie de lui faire sentir qu'il est important pour moi et que, si je lui voue mon attention, c'est qu'il

en vaut la peine. Tranquillement, nous établissons une stratégie et des points à travailler. Je lui explique comment l'hypnothérapie peut l'aider dans sa préparation et ses tournois. Et voilà comment se conclut notre première rencontre ! Il a prononcé à peine cinq phrases, mais il est ravi de l'expérience de l'hypnose et repart avec un grand sourire. Il demeure cependant dans mes réflexions longtemps après. Il est pour moi, comment dirais-je, un être énigmatique.

Je décide alors d'aller le voir jouer en tournoi, histoire d'observer comment il met en pratique les éléments discutés et évidemment, de le voir en action (moi qui adore le tennis, je n'ai pas eu à me convaincre très longtemps !). Je me rends sur les lieux où se déroule le tournoi. Nous discutons ensemble et il est d'humeur égale, content de me voir, me semble-t-il. Ensemble, nous passons en revue toutes les éventualités du match. Puis je le laisse un instant, pour qu'il puisse se recentrer, en s'aidant d'une mini-méditation que je lui ai enseignée. Lorsque le match débute, je ressens rapidement que tout cela lui échappe. Il perd le contrôle de ses émotions ; son langage corporel est celui d'un être abattu et résigné. Il maugrée, se conspue pour ne pas dire qu'il se lapide, et ce match lui glisse entre les doigts, le rendant totalement impuissant face à la situation.

Comme un enfant qui voit ses parents se séparer, qu'il ne peut rien y faire et que tout son monde s'écroule, encore une fois ! Combien de fois cela s'est-il produit ? Combien de revers a-t-il subis de cette façon, au moment où la chose la plus importante pour lui



© Carine06

(la seule même !) lui tourne le dos sans aucune considération ? Comme un lycéen prenant son courage à deux mains pour inviter son amour secret au bal, mais qui reçoit en retour un éclat de rire et qu'en plus, *elle le crie* de façon péremptoire pour ajouter à l'humiliation. Ce jour-là, je l'ai senti. J'ai senti la montagne d'émotions accumulées au fil des matches, des tournois, des années...

Mais il a du talent, je l'ai aussi constaté. Il battrait la plupart d'entre nous. Mais lui, il se *colletaille* avec les meilleurs. Il serait facile de lui faire un puissant discours de motivation : « *GO, GO, GO ! Bats-toi, sois fier, agis comme un pro et tu joueras comme un pro !* » Vous savez, toute cette ratatouille, qui ne dure qu'un temps éphémère, mais





qui finit par avoir l'effet contraire à force de baisser les bras ! Ça nous fait croire finalement que nous n'avons pas de volonté, ce qui sape notre estime de nous.

S'amorce alors un travail d'épuration émotionnelle (faire baisser la montagne), effacer les schèmes de comportements qui génèrent des émotions négatives. Éliminer les vieux réflexes où il entrait toujours par la même porte pour retrouver les mêmes choses qui donnaient le même résultat. Le cerveau, sauf s'il reçoit un avis contraire, fera toujours ce qui est le plus facile pour lui et ce qu'on lui a appris. Le subconscient n'invente pas les choses, il les exécute. Il n'évalue pas si cette chose est bonne ou néfaste pour la personne. Mais aussi, il sait changer cette instruction par le biais de l'imaginaire, des sensations et des émotions. Et puis, je l'ai écouté...

Le plan de match va comme suit : premièrement, établir les trois étapes cruciales que tout athlète devrait établir d'emblée, c'est-à-dire : Pourquoi ? Quoi ? Comment ?

La première interrogation « Pourquoi ? » lui donne un sens intrinsèque, l'essence

même de la raison pour laquelle je me lève chaque matin pour aller m'entraîner, savoir ce qui me motive à aller au centre d'entraînement quotidiennement. Est-ce que c'est pour retrouver les amis, les entraîneurs ? Je suis d'avis que la réponse devrait être relationnelle (mais pas obligatoirement !). À quoi bon obtenir une médaille, si on n'a personne avec qui la partager, un podium sans quelqu'un pour le reconnaître ?

Qu'est-ce que l'on retient après une carrière dans le sport ? Nos relations, les aventures, les voyages, les fous rires, les bévues. Sans ces gens qui nous entourent, tout le reste s'écroule. Lors des ateliers, aux athlètes qui m'écoutent, je mentionne souvent ceci : « À chaque médaille que vous remporterez, regardez autour de vous les gens qui sont présents, car ils y auront contribué d'une certaine façon. Que ce soit, en vous aidant à vous relever, en vous écoutant ou par un simple regard. Il y a un pourcentage qui leur revient. » On ne gagne jamais seul !

Quand les choses ne se déroulent pas comme on veut, nous devons nous référer à l'essence et au pourquoi.

Deuxièmement, le « Quoi ? ». Quel objectif est-ce que je place au bout de ma route ? Qu'est-ce que je veux de cette saison, de ce mois, de cette semaine ? Le « Quoi » peut être intrinsèque ou extrinsèque, c'est-à-dire lié à un accomplissement personnel ou à un résultat quelconque.

En troisième lieu, le « Comment ? ». Le processus qui mène à l'objectif, mais en prenant conscience de nos comportements, de nos habitudes, de notre attitude... Le comment s'installe dans notre



© AFP

quotidien, comme quelqu'un qui s'invite à la maison et on ne sait pas pour combien de temps. Alors, arrangeons-nous pour que ce soit plaisant ! Eh bien, c'est sur ce chemin que je veux donner de la conviction à mon jeune champion. Toutefois, on ne peut laisser cet élixir entre les mains de n'importe qui et de n'importe quelle façon. Il peut être très bénéfique, comme il peut devenir très dommageable. La conviction doit être utilisée avec minutie et au moment opportun, dans un cheminement thérapeutique. Il faut s'assurer de faire place nette avant. Sinon, c'est comme mettre cette conviction dans une eau sale : cela va polluer la conviction et nos comportements ne seront plus alignés sur l'objectif. Cela peut s'avérer contre-productif, un peu comme un joueur de hockey qui, malgré sa fougue et son énergie, reçoit constamment des pénalités qui mettent son équipe dans l'embarras.

Cela me tenait tellement à cœur que j'ai décidé que j'irai moi-même jouer avec lui (une sorte de consultation en

préparation mentale sur le terrain), pour évaluer de quelle façon il gérait ses émotions et comment il restait concentré. Je faisais exprès de tricher juste pour voir si ça le déstabilisait. Et on discutait... Il se livrait de plus en plus. Après ses matchs, il m'écrivait un compte rendu, sur les bons coups et les moins bons. Mentalement, il s'améliorait constamment. Ses coachs le lui faisaient remarquer. Jusqu'au jour où, après une défaite, il m'a relaté qu'il était tout de même très fier de lui et de sa façon de se comporter. Je lui ai alors dit :

– *Maintenant, nous allons mettre de la conviction.*

– *Ah oui ? Qu'est-ce que tu veux dire ?*

– *Je crois que tu es prêt à ajouter à ton match l'ingrédient qui transformera tes défaites en victoires.*

– *Je suis prêt.*

La conviction se décline sous toutes sortes de formes. Premièrement, elle est liée à la croyance d'arriver à ses fins. Même en connaissant toutes les embûches possibles et les imprévus,



© Carine06

KT

avec la conviction, notre croyance demeure intacte, sans faille. La conviction se reflète aussi beaucoup dans la gestuelle, le *body language*, pour éventuellement se transformer en énergie. Cette énergie doit être parfaitement canalisée pour ne pas jouer contre nous. Elle doit être mise au service de l'objectif, de la victoire. La conviction nous garde calme, concentré, déterminé. Plus rien ne peut nous ébranler !

Avec la conviction, notre croyance demeure intacte, sans faille

J'ignore comment cela pourra jouer un rôle réel dans le nombre de victoires de mon poulain, mais je suis convaincu que cela le changera comme personne pour le reste de sa vie. C'est aussi à ça que sert le sport.

Mais, nous ? Vous comme moi, qui ne sommes pas des athlètes de haut niveau, en quoi cela serait-il si différent dans nos propres activités physiques ou sportives ? Pourquoi n'aurions-nous pas besoin de cette structure pour atteindre nos propres buts ? En quoi cela diffère-t-il ? Parce que nous ne sommes pas des athlètes de compétitions ? Entre la naissance et la mort, l'être humain a besoin de projets. La conviction n'est pas seulement une belle idée positive pour vous convaincre de faire les choses avec optimisme. Elle a un effet sur les neurones, joue sur notre identité et notre estime de soi. Elle nous installe dans un rapport plus égalitaire face à nos congénères, nous positionne face à notre rôle sur cette planète. Elle donne un sens. Que ce soit dans une activité physique ou autre, elle façonne notre cerveau. Bien entendu, l'activité physique peut en être le symbole car, qu'on aime ou qu'on n'aime pas ça, le corps est fait pour bouger. Faisons donc en sorte que ce mouvement soit agréable et non un fardeau ! Que ce mouvement soit en accord avec notre être dans son entièreté et en harmonie avec notre environnement ! Peut-être que c'est la conviction qui en est la clé. Il faut simplement faire les choses de la bonne façon. Pour ne pas être celui qui s'inscrit à la salle de sport pour la énième fois et qui abandonne au bout d'une faible motivation qui s'essouffle rapidement, après quelques pompes ou je ne sais

quoi encore. La motivation fluctue et elle est malléable, pas la conviction.

Alors, pourquoi ne pas prendre une feuille de papier, puis faire l'exercice ?

- Pourquoi je veux faire ce que je veux faire ? Quel sens cela donne-t-il à ma vie ?

- Qu'est-ce que je veux atteindre comme objectif ?

- Qu'est-ce que je suis prêt à faire pour y arriver ?

À mon bureau, je reçois de nombreux clients qui sont en processus de perte de poids. J'entends, à de nombreuses reprises, qu'ils (ou elles) ont l'impression de manquer de volonté. Et la plupart du temps, ce n'est pas une question de volonté. Ils ont la tête remplie de leur vécu émotif, d'une programmation avec une distorsion, une valeur d'eux-mêmes dictée par le regard de l'autre. Leur seule motivation est qu'ils ne s'aiment pas. On peut maintenant comprendre que leur conviction est polluée par tout ce qui n'a pas été nettoyé. L'hypnothérapie est un outil thérapeutique efficace dans ces cas de figure, car il ne fait pas seulement appel à l'intellect, mais aussi aux sens, à un état où se déposent, au fil des rencontres, toutes les suggestions et les images. En fin de compte, tout converge vers deux choses : ne plus manger en soirée pour préparer le corps au sommeil et bouger 20 minutes par jour afin de sentir son cœur battre. Deux choses tellement simples, mais qui sont si essentielles à l'équilibre qu'on serait fou de les négliger et de s'en passer ! Alors, si le nettoyage émotif a été fait, notre engagement est basé sur 20 petites minutes que l'on incorpore dans notre structure de vie. C'est un minimum

Entre la naissance et la mort, l'être humain a besoin de projets

d'investissement pour un maximum de résultats. Il est plus facile alors de souder le tout par notre conviction d'y arriver. Ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres, qui résume de quelle façon nous pouvons atteindre nos objectifs. Si nous voulons intégrer l'activité physique dans notre vie, c'est, selon moi, la meilleure façon pour que notre décision de départ se perpétue dans le temps et devienne un style de vie.

