

Rôle des représentations sociales sur la dynamique de pouvoir en contexte
d'intervention.

Perspectives d'intervenants québécois praticiens de l'hypnose.

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
de Philosophie Doctor (Ph.D) en service social

Claude Lavoie

École de service social
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Claude Lavoie, Ottawa, Canada, 2021

REMERCIEMENTS

La métaphore sportive de l'échappée solitaire décrit bien le parcours doctoral qui s'achève avec la publication de cette thèse: une performance individuelle qui nécessite l'appui de plusieurs personnes afin de se concrétiser et de s'achever. Aussi comme dans le domaine sportif cette démarche académique et la recherche qui l'accompagne, ne peuvent s'actualiser sans le concours d'un directeur, d'un coach. Le professeur Lilian Negura a été cette personne avec qui je partage toujours cet intérêt pour la théorie des représentations sociales et une respectueuse déférence pour Serge Moscovici. J'ai apprécié son approche pragmatique et son professionnalisme. Ses conseils, commentaires et recommandations ont été des plus judicieux. Je le remercie sincèrement pour son soutien tout au long de mon cheminement à l'Université d'Ottawa et spécialement dans les changements de cap qui ont agité ce parcours. Je souligne avec gratitude les opportunités de formation, de publications, de financement, d'intégration à des groupes de recherche, ainsi qu'au programme européen de doctorat sur les représentations sociales et la communication de l'Université de Rome, La Sapienza, qu'il m'a offertes et dont j'ai grandement bénéficié.

Je tiens aussi à souligner la contribution de l'Université d'Ottawa, de l'École de service social et de l'ensemble des professeurs et du personnel pour leurs appuis et leurs soutiens dans les occasions de financement, de tâches d'enseignement et de recherche offertes au cours des cinq dernières années. Ces considérations financières sont fondamentales à la poursuite et à l'aboutissement du parcours doctoral.

Les nombreuses heures de travail consacrées au cursus académique et à la réalisation du projet de recherche ont nécessairement un impact sur notre entourage. Je remercie mon amoureuse Rocio pour ses encouragements et son soutien particulièrement lors des instants d'incertitudes et de stress qui ont ponctué la rédaction finale de la thèse.

Je souligne aussi la généreuse contribution de mon fils Pierre-Louis et de ma fille Catherine. Ils ont fait preuve d'une grande rigueur scientifique et d'un remarquable esprit d'analyse dans la révision et la critique de mes écrits.

En terminant, je salue la participation des directeurs des écoles de formation à l'hypnose et des associations de naturopathes et particulièrement celle des hypnothérapeutes qui m'ont généreusement offert leurs concours. Ces derniers ont cordialement partagé leur compréhension du phénomène hypnotique et de sa pratique ainsi que les expériences intimes vécues en intervention. Ces témoignages se sont révélés essentiels dans la mise à jour de la dynamique du pouvoir. Ce travail de recherche n'aurait pu se réaliser sans l'aimable et généreuse participation de toutes ces personnes, je tiens encore une fois à les remercier et à leur dire combien j'ai apprécié les rencontrer et les écouter.

AVANT-PROPOS

La présentation de cette thèse est l'aboutissement d'un cheminement académique en travail social et d'un long processus réflexif sur l'influence, le pouvoir, l'intervention, l'autodétermination et l'objectivité, qui s'est enclenché à l'adolescence. Aussi loin que je puisse me rappeler, j'ai cherché à influencer les autres. Enfant, j'aimais bien mener le jeu ; adolescent, je me tournais volontiers vers ceux qui appréciaient mon aide et mon soutien ; et adulte, c'est en intervenant dans l'éducation de mes enfants et auprès des employés qui œuvraient dans mon entreprise, et ensuite à titre d'hypnothérapeute, de travailleur social et de professeur. On peut s'interroger sur les motivations qui nous poussent vers ce type d'interaction. Est-ce l'expression d'un besoin de reconnaissance ? Une manière d'avoir prise sur notre environnement, d'en prendre le contrôle ? Ou encore, une tactique pour s'opposer au déterminisme, qui se rapporte au passé, au monde de l'accompli ? Quoi qu'il en soit, l'influence et le pouvoir vont de pair, pour certains auteurs, comme French et Raven (1959), l'influence est au cœur de la définition du pouvoir. Foucault (1984), précise que le pouvoir n'est en soi ni négatif ni positif, il est là, présent en nous et dans nos interactions. Par ailleurs, comme bien d'autres caractéristiques du système social et relationnel, le pouvoir est susceptible d'être employé à mauvais escient, de dérailler : c'est l'excès, l'abus qui engendre souffrances et désarrois. Le caractère constitutif du pouvoir et de l'influence fait en sorte que l'on ne peut s'y soustraire, et mon désir de contrôler mon environnement trouve sa limite sur l'influence que les autres et l'environnement ont sur moi et mon devenir. Par exemple, dans ma pratique clinique en bureau privé, en CLSC et dans un service de psychiatrie, j'ai été confronté à d'importants enjeux de pouvoir. Le passage au sein de l'« institution psychiatrique » à titre de travailleur social m'a permis de constater le pouvoir de la

catégorisation, des taxonomies des symptômes et des comportements. J'ai observé l'attitude de résistance, d'abandon, ou même d'hostilité qui s'installe parfois chez l'aidé aux prises avec cette procédure de « normalisation » des comportements. J'ai aussi été confronté à l'ampleur de la bureaucratie et à sa force d'inertie, de même qu'aux rapports de collaboration parfois difficiles entre les différents professionnels de l'aide au sein d'un même établissement de soin.

Ma double qualification d'hypnothérapeute et de travailleur social peut de prime abord paraître contradictoire chez quelqu'un qui s'intéresse à la dynamique du pouvoir. En effet, face aux dynamiques de pouvoir, ces deux titres révèlent, en apparence, des postures idéologiques bien différentes. D'un côté, le travailleur social professionnel qui prône l'aplanissement des inégalités sociales et le dévouement envers les plus démunis, et qui considère la question du pouvoir avec circonspection. De l'autre, l'hypnotiste qui, en apparence, fait délibérément appel à son pouvoir en subjuguant une personne et en s'emparant de sa volonté pour lui venir en aide. Cette antinomie n'est qu'apparente : les postures de travailleur social et d'hypnothérapeute partagent plusieurs lieux communs. Par ailleurs, j'ai toujours été critique à l'égard de l'efficacité de mes techniques d'intervention. J'en suis venu à la certitude que ce n'est pas l'adoption d'une technique particulière qui permet à l'autre d'accéder à un espace de changement, mais bien mon attitude, ma posture face à la personne qui vient vers moi afin de sentir mieux. Au fil de mes expériences d'accompagnement, j'ai pu constater que la qualité d'écoute, qui repose sur une attitude d'ouverture et de non-jugement, permettait d'enclencher le processus d'introspection, qui ouvre la porte à l'autoréalisation et à l'atteinte des objectifs. Une présence authentique et la reconnaissance des interprétations et des objectifs de vie de la personne qui me fait face sont de puissants outils d'accompagnement.

Pour résumer, je dirais que ma posture d'intervention est heuristique, au sens où je m'intéresse sincèrement à l'autre et à son histoire. J'accueille l'autre en essayant de me départir de mes préjugés et en remettant en doute ce qui semble normal et naturel, afin d'amener l'autre à faire des découvertes. Comme le disait Descartes la seule chose dont on ne puisse douter, c'est du fait de douter. Ne reste alors que le fameux « Je pense donc je suis ». Le doute épistémique est le point de départ de toute quête de vérité. Cette posture heuristique implique aussi de ne pas se laisser freiner par une quelconque lecture théorique du récit de l'autre. Adhérer de manière dogmatique à un paradigme, à un système théorique, aux données probantes nous éloigne de la pensée heuristique nécessaire à la créativité, à l'expérimentation et aux nouvelles découvertes.

Mon parcours clinique et académique a été le lieu d'acquisition de connaissances qui ont enrichi ma pratique d'intervention et élargi ma vision de l'être humain. Les rencontres cliniques m'ont permis d'observer certains besoins et certaines mécaniques humaines qui me sont apparus universels : le principe d'homéostasie, autant physiologique que psychologique, qui fait que nous ne pouvons tolérer l'angoisse et qui nous incite constamment à rechercher un point neutre, un point de confort ; le besoin de contact, de relation avec l'autre, faire partie du groupe tout en sauvegardant notre individualité ; le besoin d'être encadré par des règles et des normes afin de se sentir en sécurité ; la constante et inconsciente évaluation de notre position et de notre influence face à l'autre et cette attirance vers l'habitus le plus prestigieux.

Lors de mon parcours universitaire, j'ai rencontré des professeurs et des auteurs qui ont eu une influence considérable sur mon cheminement personnel. Je pense à la rencontre avec le professeur Henri Dorvil et la présentation des théories constructionnistes. J'ai aussi découvert dans ce parcours la théorie des représentations sociales élaborée par Serge Moscovici. Se situant à l'intersection du social et du psychologique, cette théorie semblait forgée pour le travail social. Incontournables, les représentations sont constitutives chez les

humains : ce sont des éléments que nous utilisons tous inconsciemment dans notre vie quotidienne. En ce qui concerne le constructionnisme, les propos d'Henri Dorvil sur la santé mentale, la désinstitutionnalisation, les effets de la catégorisation psychiatrique et du processus d'intervention m'ont permis le recul nécessaire pour reconsidérer ce qui nous apparaît généralement comme naturel et/ou normal dans notre société. Après m'avoir parlé de leurs difficultés et fait part de leur détresse, les gens que je rencontre me posent invariablement cette question : suis-je normal ? C'est ici que la perspective constructionniste trouve tout son intérêt. Parfois mon intervention se résume à une remise en question des frontières qui départagent le normal du pathologique. Autre implication à l'adoption d'une telle perspective : j'accorde une grande importance à l'histoire, cela m'apparaît fondamental pour aborder le concept de construction sociale. Peu de chercheurs et de cliniciens se préoccupent de savoir comment et à partir de quoi se sont forgés les concepts utilisés pour nommer des phénomènes, les catégoriser et intervenir. Le regard sur le passé permet de comprendre notre réalité sociale d'une autre manière, d'embrasser un plus vaste horizon, et offre une vision moins parcellaire des problèmes sociaux.

C'est avec en tête une préoccupation particulière des enjeux liés à la professionnalisation du travail social et à la contribution que nous pourrions apporter, nous les travailleurs sociaux, à l'analyse et à la compréhension des problématiques de santé mentale, ainsi qu'au rôle que nous pourrions jouer auprès des personnes aux prises avec ces difficultés que j'ai entrepris cette thèse. Je m'intéresse à l'expérience subjective du pouvoir, et plus particulièrement à celle vécue par mes pairs, travailleurs sociaux et hypnothérapeutes.

En terminant, je souligne que j'ai adopté dans mes interprétations cliniques une perspective biopsychosociale qui tient compte des composantes biologique, psychologique et sociale des problématiques de santé mentale. Ainsi, dans mes interventions, je fais usage de techniques de relaxation qui en déjouant les mécanismes neurophysiologiques de la peur et du stress

favorisent la réflexion. Je n'hésite pas non plus à diriger mes clients vers un médecin afin que celui-ci prescrive un traitement pharmacologique. Cette posture clinique a nécessairement teinté mon travail de recherche. C'est pourquoi, cher lecteur, vous ne serez pas surpris de rencontrer dans cet ouvrage quelques références à la neuropsychologie, à la biologie et à la psychologie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	ix
LISTE DES TABLEAUX	xvii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	xviii
LISTE DES SCHÉMAS	xix
RÉSUMÉ	xxi
INTRODUCTION.....	xxii
CHAPITRE 1	
LA PROBLÉMATIQUE	1
1.1 LE TRAVAIL SOCIAL AU QUÉBEC	3
1.1.2 Fondement sociohistorique du travail social.....	3
1.1.3 Le travailleur social contemporain	7
1.1.4 La formation des TS.....	9
1.1.5 L'autonomie professionnelle	10
1.1.6 Définition officielle du travail social	13
1.1.6.1 Définition de l'AIETS-IASSW	14
1.1.6.2 Définition de l'OTSTCFQ.....	14
1.1.6.3 Définition selon le Code des professions du Québec.....	15
1.1.7 Caractéristiques du travail social	16
1.1.7.1 Approche holistique du client et de sa problématique	17
1.1.7.2 Imprécisions de la tâche et des contours	18
1.1.7.3 L'intervention individuelle	19
1.1.7.4 Le travail social est une activité pratique.....	21
1.1.8 Synthèse des sections précédentes	22
1.2 DEUX AXES DE LA PROFESSION L'IDENTITÉ ET L'INTERVENTION.....	24
1.2.1 La question identitaire	24
1.2.1.1 Qu'est-ce que l'identité?	26
1.2.1.2 Identité professionnelle et enjeux de pouvoir	28
1.2.2 L'intervention du travailleur social.....	31
1.2.2.1 Définir l'intervention	31

1.2.2.2 Intervention : communication et influence	33
1.2.2.3 Représentation sociale et interventions	36
1.2.2.4 La cible de l'intervention	38
1.2.2.5 L'objectif de l'intervention thérapeutique	40
1.2.2.6 Les moyens de l'intervention	43
1.2.2.7 L'Interprétation des problématiques	44
1.2.2.7.1 La catégorisation	50
1.2.2.7.2 L'individualisation des problématiques	52
1.2.2.7.3 La gestion du risque	53
1.2.3 Synthèse des sections précédentes	54
1.3 REMARQUES ET RÉFLEXIONS À PROPOS DU POUVOIR.....	55
1.3.1 Une acception positive du pouvoir.....	56
1.3.2 Le travailleur social et les paradoxes du pouvoir.....	57
1.3.3 Le travailleur social en position de soumission au pouvoir.....	59
1.3.4 Le client en reprise de pouvoir.....	60
1.3.4.1 Les micros résistances	60
1.3.4.2 Les mouvements de résistance	61
1.3.4.3 La reprise du pouvoir d'agir	63
1.4 SYNTHÈSE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	64
1.4.1 Le travail social	64
1.4.2 L'intervention du travailleur social.....	65
1.4.3 Le travailleur social et le pouvoir	66
1.4.4 La recherche sur le pouvoir	67
1.4.5 Perception du pouvoir des travailleurs sociaux et pertinence de la recherche	68
1.4.6 Objectifs et question de recherche	69
1.5 CONSIDÉRATIONS D'ORDRE MÉTHODOLOGIQUE	69
1.5.1 L'hypnose et le travail social : pouvoir assumé - pouvoir décliné.....	69
1.5.2 L'hypnose et le travail social ont un même outil d'intervention : la communication .	71
1.5.3 Hypnose et travail social, une même vision holistique	74
1.5.4 Conclusion	75
CHAPITRE 2	
L'HYPNOSE	77
2.1 L'HYPNOSE ASPECT SOCIO-HISTORIQUE.....	77
2.1.1. Franz Anton Mesmer (1734-1815).....	78

2.1.2 Armand Marie Jacques de Chastenet, marquis de Puységur (1751-1825)	80
2.1.3 James Braid (1795-1860)	82
2.1.4 Jean-Martin Charcot (1825-1893).....	83
2.1.5 Hippolyte Bernheim (1837-1919).....	84
2.1.6 Milton Erickson et l'École de Palo Alto	86
2.2 L'HYPNOSE ASPECT CONTEMPORAIN.....	89
2.2.1 Comment expliquer la popularité de l'hypnose ?	90
2.2.2 Une pratique alternative en santé qui se retrouve sur scène	93
2.2.3 Les représentations sociales de l'hypnose	94
2.2.4 Des représentations nébuleuses et ambiguës.....	95
2.2.5 Implantation et pratique de l'hypnose au Québec	97
2.3 DÉFINITIONS, THÉORIES ET TECHNIQUES DE L'HYPNOSE	102
2.3.1 Définition de l'hypnose	102
2.3.2 Théories contemporaines de l'hypnose	104
2.3.3 Les théories étatistes	106
2.3.4 Les théories dissociatives	109
2.3.5 Théories sociocognitives.....	111
2.4 LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE	114
2.4.1 Le contexte hypnotique.....	115
2.4.2 L'hypnose comme méthode ou procédure	116
2.4.3 Filtres sociocognitifs du sujet	119
2.4.4 L'attitude face à l'hypnose	120
2.4.5 L'aptitude à l'hypnose	120
2.4.6 L'expérience hypnotique	123
2.5 MESURE DE L'EFFICACITÉ DE L'HYPNOSE.	124
2.5.1 Efficacité et qualité de la relation intervenant-client.	131
2.6 CONCLUSION	132
CHAPITRE 3	
CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE.....	136
3.1 LE CONCEPT DE POUVOIR	137
3.1.2 Différentes perspectives du pouvoir	140
3.1.3 Quelques formes du pouvoir.....	142
3.1.3.1 Le pouvoir magique comme forme d'influence.....	145
3.1.3.2 Le pouvoir pastoral	146

3.1.4	Comment définir le pouvoir ?	147
3.1.5	Pouvoir potentiel et pouvoir reel	149
3.1.6	Les théories relationnelles du pouvoir	151
3.1.7	Les bases du pouvoir selon French et Raven	160
3.1.8	Caractéristique de la nature relationnelle du pouvoir	164
3.1.9	Les dispositifs du pouvoir.....	173
3.1.10	Conclusion	177
3.2	CONCEPT ET THÉORIE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES.....	179
3.2.1	Le concept de représentation sociale	179
3.2.2	La théorie des représentations sociales	181
3.2.3	Genèse des représentations sociales.....	183
3.3.3.1	Objectivation	183
3.3.3.2	Ancrage	184
3.2.4	Fonction des représentations sociales	185
3.2.4.1	Fonction d'interprétation de la réalité	185
3.2.4.2	Fonction d'orientation des pratiques et des conduites	185
3.2.4.3	Fonction identitaire	186
3.2.4.4	Fonction de cohésion sociale	186
3.2.5	Contextes d'acquisition et de transformation des représentations sociales	187
3.2.6	Pratiques sociales et représentations sociales.....	189
3.2.6.1	Les lieux de socialisation	189
3.2.6.2	Les lieux de formation et d'apprentissage	190
3.2.6.3	Les pratiques d'intervention.....	193
3.2.6.4	Les représentations sociales engendrent des pratiques	195
3.2.6.5	Les pratiques engendrent des représentations sociales	196
3.2.6.6	Remarques sur les conditions de modification des RS	197
3.2.7	Développements théoriques	197
3.2.7.1	L'approche sociogénétique.....	198
3.2.7.2	L'approche structurale	199
3.2.7.3	L'approche des principes organisateurs.....	200
3.2.8	Conclusion	202
CHAPITRE 4		
LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE		204
4.1	LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE	205

4.1.1 Précisions sur l'adoption d'une perspective constructiviste.....	206
4.1.2 Constructivisme, constructionnalisme et constructionnisme	207
4.1.3 Le constructionnisme social.....	207
4.2 MÉTHODOLOGIE ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES	209
4.3 LA POPULATION ET L'ÉCHANTILLON.....	218
4.3.1 Recrutement	219
4.3.2 La sollicitation des intervenants.....	221
4.4 LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	221
4.4.1 La méthode de l'incident critique	222
4.4.2 Les entretiens semi-dirigés	225
4.5 ANALYSE.....	227
4.5.1 L'analyse - un processus continu	227
4.5.2 La transcription et la transposition	228
4.5.3 Production du récit interprétatif	230
4.6 VALIDITÉ - TRIANGULATION.....	231
4.7 LIMITE DE L'ÉTUDE.....	232
4.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	236
4.8.1 Consentement éclairé	236
4.8.2 Risques et avantages de la recherche pour les sujets	237
CHAPITRE 5	
RÉSULTATS	238
5.1 REPRÉSENTATION SOCIALE DE L'HYPNOSE	239
5.1.1 Les vecteurs de représentations - intervenants.....	239
5.1.1.1 La lecture, la socialisation	239
5.1.1.2 L'expérience de l'hypnose	241
5.1.2 La représentation sociale de l'hypnose des intervenants.....	244
5.1.2.1 Les motivations à s'engager dans l'expérience hypnotique	244
5.1.2.2 Les intervenants définissent l'hypnose.....	247
5.1.2.3 L'hypnose, un outil, une technique	248
5.1.2.4 L'hypnose, un adjuvant à la thérapie.....	249
5.1.2.5 L'hypnose, ce n'est pas de la relaxation	250
5.1.2.6 L'hypnose, un état modifié de la conscience.....	252
5.1.2.6.1 Nature de l'état de conscience modifié.....	253
5.1.2.6.2 Utilité de l'état de conscience modifié : rejoindre l'inconscient	254

5.1.2.7 L'hypnose une dissociation et une rencontre avec soi-même	254
5.1.2.8 La connexion avec un réservoir de ressources	255
5.1.2.9 L'accès à la modification des souvenirs	256
5.1.3 Les vecteurs de représentations chez la population	257
5.1.3.1 Le spectacle.....	257
5.1.4 La représentation sociale de l'hypnose chez les clients	259
5.1.4.1 L'hypnose et la peur de perdre le contrôle	259
5.1.5 Résumé du thème « représentation de l'hypnose »	261
5.2 LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE	262
5.2.1 Synchronisation des représentations sociales et des attentes.....	262
5.2.1.1 Les croyances et les attentes : ingrédients capitaux de l'hypnose	265
5.2.2 L'induction : l'entrée dans l'hypnose	269
5.2.2.1 Les inductions rapides	270
5.2.2.2 Les inductions longues	272
5.2.2.3 Mise en garde et dangers potentiels de l'hypnose	274
5.2.3 Résumé du thème « pratique de l'hypnose »	275
5.3 ATTITUDE ET REPRÉSENTATION SOCIALE DU POUVOIR	276
5.3.1 Attitude face au pouvoir	277
5.3.2 Valence négative du pouvoir.....	277
5.3.3 L'utilisation paradoxale du pouvoir	278
5.3.2 Représentation sociale du pouvoir	280
5.3.2.1 Empowerment et savoir	280
5.3.2.2 Le pouvoir substance.....	280
5.3.2.3 Le pouvoir est accessible à tous	281
5.3.2 Résumé du thème « représentation du pouvoir »	281
5.4 DYNAMIQUE DU POUVOIR	282
5.4.1 L'intervenant en position d'expert	282
5.4.1.1 À la recherche de l'expert	282
5.4.1.2 L'intervenant et son statut d'expert.....	283
5.4.1.3 Ambivalence des intervenants par rapport à la posture d'expert	284
5.4.1.4 Dualité des positions d'expert et de demandeur	286
5.4.1.5 Opérations de maintien de la position d'expert	286
5.4.2 Le client en position de pouvoir	289
5.4.2.1 Manifestation de la position de pouvoir du client.....	289

5.4.2.2 Constat de la prise de pouvoir par le client	290
5.4.2.3 Perturbations des positions de pouvoir	291
5.4.3 L'intervenant et client en posture égalitaire	293
5.4.3.1 Le client et la posture égalitaire	294
5.4.4 Résumé du thème « dynamique du pouvoir »	295
CHAPITRE 6	
DISCUSSION	297
6.1 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DE L'HYPNOSE	299
6.1.1 Les motivations à adopter la pratique de l'hypnose	299
5.1.1.1 Les motivations des futurs travailleurs sociaux	303
6.1.1 La perspective des hypnothérapeutes sur l'hypnose	305
6.1.2 La perspective des clients sur l'hypnose selon les hypnothérapeutes	307
6.1.3 La recherche internationale et la représentation sociale de l'hypnose	308
6.1.3.1 Perception de l'hypnose dans la population générale	309
6.1.3.2 Perception de l'hypnose chez les professionnels	310
6.1.4 La population et la représentation sociale du travail social	314
6.2 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DU POUVOIR	317
6.2.1 Le pouvoir-ressource	318
6.2.1.1 Le travail social et le pouvoir ressource	320
6.2.2 Le pouvoir-substance	323
6.2.2.1 Le travail social et le pouvoir-substance	325
6.2.3 Le pouvoir égalitaire	327
6.2.3.1 Le travail social et le pouvoir égalitaire	330
6.3 ATTITUDE ET PRISE DE POSITION FACE AU POUVOIR	332
6.3.1 Le pouvoir n'est pas réfléchi	332
6.3.1.1 Le travail social et l'auto réflexion	334
6.3.2 Le pouvoir, un terme péjoratif	335
6.3.3 Ambivalences et dissonances face au pouvoir	336
6.3.4 Pourquoi se soumettre à l'hypnotiste et risquer de perdre son pouvoir ?	337
6.4 CONDITIONS D'EXERCICE DU POUVOIR ET ESPACES DE LÉGITIMATION	339
6.4.1 Recherche de légitimité auprès du client	341
6.4.2 Expérience de l'hypnose et autolégitimité	344
6.5 LES JEUX DE POUVOIR AU SEIN DE L'INTERVENTION	346
6.5.1 Effets de langage et fabrication de sens	347

6.5.1.1 Travail social - effets de langage et fabrication de sens	352
6.5.2 La spectacularisation : la mise en scène de l'hypnose.....	353
6.2.2.1 Le travail social et la spectacularisation	356
6.5.3 Recherche de la crédibilité scientifique	358
6.5.3.1 Travail social et recherche de crédibilité scientifique	361
6.5.4 Le discours de peur sur les dangers de l'hypnose	362
6.5.4.1 Travail social et discours de peur	364
6.6 REMARQUES ET PISTES DE RÉFLEXION	365
6.6.1 Développer une posture de pouvoir affirmée.....	366
6.6.2 Implications pour la formation des travailleurs sociaux	368
6.7 CONCLUSION	370
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	373
BIBLIOGRAPHIE	377
ANNEXE 1 : Indication à l'utilisation de l'hypnose	411
Bibliographie de l'annexe 1 : Indication à l'utilisation de l'hypnose	428
ANNEXE 2 : Actes réservés par profession.....	437
APPENDICE A : Grille d'entrevue.....	438
APPENDICE B : Lettre de sollicitation	440
APPENDICE C : Certificat éthique.....	441
APPENDICE D : Formulaire de consentement éclairé	442

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Répartition des TS québécois par secteur d'activité	p.8
Tableau 2 :	Facteurs spécifiques de l'hypnose. Approche biopsychosociale	p.75
Tableau 3 :	Écoles de formation en hypnose et associations de naturothérapeutes	p.101
Tableau 4 :	Les théories de l'hypnose	p.106
Tableau 5 :	Indications à l'utilisation de l'hypnose	p.126
Tableau 6 :	Définitions du pouvoir	p.148
Tableau 7 :	Les théories du pouvoir	p.152
Tableau 8 :	Conceptualisation du pouvoir relationnel selon Landry (2007)	p.167
Tableau 9 :	Échantillon	p.219

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	La recherche sur l'hypnose 1920-2019	p.90
Graphique 2 :	Pourcentage des Canadiens ayant consulté en médecine douce	p.91

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1 :	Les 5 axiomes de la communication	p.34
Schéma 2 :	Heuristique de l'expérience hypnotique	p.115
Schéma 3 :	Les bases du pouvoir selon French et Raven (1959)	p.161
Schéma 4 :	Visée individuelle et collective du pouvoir	p.174
Schéma 5 :	Sphères de production et d'échange des représentations sociales	p.188
Schéma 6 :	Vecteurs de la représentation sociale de l'hypnose chez les hypnothérapeutes	p.239
Schéma 7 :	Motivations à l'adoption de l'hypnose comme technique d'intervention	p.245
Schéma 8 :	Représentation sociale de l'hypnose des hypnothérapeutes	p.257
Schéma 9 :	Représentation sociale de l'hypnose de la clientèle	p.261
Schéma 10 :	Représentation sociale du pouvoir	p.282

À la mémoire de Jean-Baptiste, mon grand-père

Curieux, touche-à-tout, aventurier et ardent défenseur de la langue française

RÉSUMÉ

L'intervention thérapeutique recèle des enjeux importants de pouvoir, ne serait-ce que par les abus que la position de pouvoir du praticien est susceptible d'engendrer. Les travailleurs sociaux sont particulièrement interpellés par les questions de pouvoir. L'identité professionnelle et l'intervention sont deux axes du travail social qui recèlent d'importants enjeux de pouvoir. La profession, issue de la philanthropie ecclésiastique se définit par ses valeurs de justice sociale et de dévouement envers les exclus et les plus démunis, favorise les approches visant à aplanir les disparités de pouvoir. La perception négative du pouvoir et son articulation au sein de l'intervention sont à l'origine des questions qui ont guidé cette recherche : comment les intervenants font l'expérience du pouvoir avec leurs clients? Et plus spécifiquement, comment se représentent-ils le pouvoir et sa distribution dans ce cadre ? Convaincu de la possibilité de transférer nos conclusions à la pratique du travail social nous avons choisi d'observer les hypnothérapeutes pour répondre à nos questions de recherche. Ces derniers ont une interprétation positive du pouvoir et ils n'hésitent pas à faire usage de l'influence dans leurs interventions. Inspirée des travaux de Negura (2019) et de Moscovici (1961) sur les représentations sociales ainsi que ceux de Foucault (1975) sur la dynamique du pouvoir, la recherche a été menée à l'aide d'entrevues semi-dirigées effectuées auprès de 21 hypnothérapeutes québécois. L'analyse thématique révèle que les hypnothérapeutes se représentent l'hypnose comme une technique puissante et un adjuvant à la thérapie. Cet état spécifique de conscience permet en outre de connecter avec l'inconscient. Les représentations de l'hypnose en prescrivant le comportement hypnotique jouent un rôle déterminant dans le vécu de l'expérience hypnotique. En ce qui concerne la représentation du pouvoir, trois acceptions ressortent de l'analyse du discours des hypnothérapeutes : un pouvoir-ressource qui considère que chaque individu est dépositaire de ressources sur lesquelles le pouvoir s'appuie pour atteindre ses objectifs ; un pouvoir-substance qui fait qu'il est possible de transmettre et/ou de recevoir du pouvoir et un pouvoir égalitaire qui envisage une répartition équitablement du pouvoir entre les individus. Outre ces acceptions, il est ressorti de l'analyse que la légitimité est une condition préalable à la pratique de l'hypnose. Afin de maintenir cette légitimité auprès de leurs clients, les hypnothérapeutes mettent en œuvre les stratégies nécessaires. Les effets de langage et la fabrication de sens ; la spectacularisation ou la mise en scène de l'hypnose ; la recherche de crédibilité scientifique et le discours de peur sur les dangers potentiels de l'hypnose sont au cœur de ces stratégies. Les résultats de l'analyse sont ensuite confrontés à l'exercice du travail social. Il apparaît que le discours et les représentations sociales véhiculent des significations qui permettent l'exercice du pouvoir. En outre leur implication dans la légitimation des pratiques et des acteurs leur confère des effets de pouvoir. L'acception positive du pouvoir qui ressort de l'analyse peut servir de point de départ pour animer et élargir des discussions sur l'intervention en travail social.

MOTS CLÉS : intervention; travail social; hypnose; représentations sociales; pouvoir; légitimité.

INTRODUCTION

Personne ne doute de l'importance du pouvoir au sein de la rencontre intervenant client et nous convenons de l'impact d'éléments tels le discours de la peur et du risque, l'autorité et le statut hiérarchique et/ou épistémologique de l'intervenant, les normes, les structures, la position des individus à l'intérieur de ces structures, les expériences d'oppression ou de privilège du client sur l'issue de la rencontre. Dans les contextes de recherche et de l'intervention en travail social, le pouvoir est surtout abordé en termes de domination et une attention particulière est portée sur les caractéristiques de l'expert ou de l'intervenant en position d'autorité. Ce sont alors la transgression des frontières sexuelles et la discrimination à l'endroit des minorités qui sont explorées (Capawana, 2016; Davis, 1999, 2001; Dineen, 2007; Giovazolias et Walter, 2003; Zur, 2007). Du côté du client, on s'intéresse particulièrement à son désinvestissement, ses réactions et ses motivations dans certaines circonstances thérapeutiques (Janowski et *al.*, 2014; Miller et Rollnick, 2002 ; Ryan et *al.*, 2011). La perspective des intervenants sur la compréhension, l'interprétation et l'expérience du pouvoir dans l'intervention est peu ou prou interrogée.

Comme praticien de l'hypnose, nous avons remarqué l'intérêt marqué des milieux de recherche à prouver l'efficacité de la technique ou encore à en décrire objectivement les manifestations neuropsychologiques. Peu ou pas d'études se sont consacrées à l'aspect relationnel, à la dynamique de pouvoir et à ses représentations. Didier Michaux (2005) s'est intéressé aux représentations sociales de l'hypnose en recueillant ses informations dans la littérature historique et à travers ses expériences personnelles de psychologue-hypnothérapeute. Adeline Bosc (2013) a réalisé une recherche qualitative en milieu hospitalier auprès de neuf personnes n'ayant jamais vécu d'hypnose. Encore ici apparaît le

peu d'intérêt à explorer la perspective des hypnothérapeutes. Nous avons aussi constaté le nombre important de recherches consacrées au dévoilement du contenu et de la structure des représentations sociales. D'autres, moins nombreuses se sont plutôt intéressées à leur configuration au sein des discours et à leurs effets sur les attentes, les actions et les comportements, ou encore, ont mis l'accent sur leur rôle dans la construction de la réalité et des formes de connaissances qui, dans la perspective de Foucault, sont liées au pouvoir. C'est ce dernier point de vue qui nous est apparu le plus fécond dans le cadre de notre recherche et l'examen des interactions. Autre constat, les relations de pouvoir ont été peu explorées par les tenants de la théorie des représentations sociales (Danermark et Germundsson, 2011). Grize (1989) a étudié une perspective particulière de cette dynamique en soulignant le rôle transformateur du pouvoir sur les représentations sociales. Par exemple, lors des interactions thérapeutiques, l'objectif de l'intervenant est de présenter et de soumettre sa propre perception de la réalité comme une vérité objective. Comme le soulignent Voelklein et Howarth (2005), « les représentations ne sont jamais neutres, mais constamment imprégnées de relations de pouvoir » (*Ibid.*, p. 446) d'où l'importance que nous leur avons accordée dans le cadre de notre recherche. Cette dernière considération est en lien avec les affirmations de Renaud et Thoer (2007), pour qui « l'analyse des représentations sociales s'avère un prérequis à toute intervention, à toute pratique de proximité favorisant un rapprochement à l'autre et nécessaire pour le cerner davantage. Elle est une condition pour développer des interventions congruentes avec la conception de la santé des acteurs » (*Ibid.*, p. 352). En favorisant le rapprochement intervenant client, cette analyse améliore la qualité et l'efficacité de la rencontre thérapeutique.

Ces constats nous ont amenés à orienter nos efforts de recherche sur le rôle des représentations sociales sur l'interprétation du pouvoir et de son articulation dans la

rencontre entre l'intervenant et son client. C'est le cheminement de nos réflexions et de notre analyse à ce sujet que nous présentons dans les six chapitres de cette thèse.

Au premier chapitre, nous nous intéressons au travail social professionnel québécois. Nous amorçons notre argumentation en nous penchant d'abord sur ses aspects sociohistoriques. Un résumé de l'annexe 1 consacré à l'histoire de la pauvreté nous relate l'évolution de la profession qui prend appui sur l'élan d'entraide universel envers les plus démunis. La profession est née de l'industrialisation et de la croissance urbaines, elle est tributaire des mouvements idéologiques et sociaux dans sa définition et son utilité. En décrivant le travail social contemporain, nous rappelons que la profession qui puise ses valeurs d'égalité et de solidarité dans la philanthropie ecclésiastique se retrouve en décalage avec un environnement socioéconomique qui prône l'efficacité et le rendement au détriment du lien social. La dynamique de pouvoir est soulevée à travers deux axes importants pour la profession : l'identité professionnelle et l'intervention. Nous considérons l'intervention comme une forme spécifique d'interaction sociale comportant des règles et des normes et au sein de laquelle se déroulent des jeux de pouvoir et d'influence. Au cœur de l'intervention, nous avons souligné l'importance du sens commun dans l'interprétation des problématiques et l'articulation des pratiques, tout en montrant que les experts ne prenaient que peu ou pas en compte l'interprétation des patients/clients. Nous verrons que malgré une tendance à accorder du crédit aux connaissances expérientielles des patients, il semble difficile pour les experts d'adopter une position basse et de laisser plus de place au client. Les travailleurs sociaux dans leurs rencontres individuelles cherchent à aplanir les disparités de pouvoir et ils se démarquent des autres professionnels de la santé mentale non pas par une technique particulière – la profession n'en détenant aucune en propre –, mais par une posture interprétative. Ils interprètent les problématiques dans une perspective globale où l'individu fait corps avec son environnement. Après cette mise en situation de la profession nous

clarifions brièvement le concept de pouvoir en soulignant les acceptions du pouvoir des travailleurs sociaux et les paradoxes et enjeux auxquels ils sont confrontés. Le pouvoir est décrit comme un phénomène complexe et comme dans le cas de l'hypnose aucune théorie n'arrive à elle seule à cerner le phénomène. Les théoriciens conviennent que le pouvoir traverse toutes les relations sociales et que la légitimité est au cœur de son exercice. Le pouvoir recèle en outre des dimensions micro et macrosociologiques qui sont intimement imbriquées. Nous avons retenu les perspectives de Foucault, de Crozier et Friedberg, de Landry et de Pratto, qui nous ont paru les plus fécondes pour notre recherche. Ces auteurs situent le pouvoir au cœur des interactions entre individus, ce qui lui confère un caractère universel. Ainsi, tout le monde est en mesure d'exercer un pouvoir. Ce dernier se définit dès lors comme une particularité des interactions humaines et permet aux individus de satisfaire leurs besoins et à s'approprier des ressources. Cette perspective théorique nous a permis d'examiner le pouvoir de manière beaucoup plus globale. Nos objectifs et questions de recherche sont ensuite présentés après une synthèse de notre argumentation. Des considérations méthodologiques expliquent notre choix d'interroger les hypnothérapeutes. Nous soulignons les éléments de rapprochement entre l'intervention en travail social et l'hypnothérapie. L'une et l'autre sont des disciplines pratiques qui s'intéressent particulièrement aux interactions des individus entre eux et avec leur environnement. L'hypnose est par essence la rencontre de deux personnes, avec leurs représentations sociales, leurs attitudes, leurs préjugés et leurs aprioris. Cette vision relationnelle et holistique de l'hypnose soulignée par Milton Erickson la rapproche du travail social.

Dans le deuxième chapitre, nous traitons de l'hypnose et considérons sa popularité au Québec. L'hypnose est un phénomène qui fascine à la fois le public et les scientifiques, notamment pour ses effets antalgiques et anesthésiques. Implantée au Québec depuis les années 1940, l'hypnose a connu un essor parallèle à celui des pratiques alternatives en

santé. Mais de manière générale les milieux institutionnels et médicaux se montrent plutôt réticents face à une technique qui véhicule des représentations sociales appartenant à un passé magique et ésotérique. Pour tout dire, l'hypnose est considérée par certains médecins et certains scientifiques comme une pratique marginale qui demeure difficile à définir scientifiquement. Malgré les recherches sur l'hypnose, l'hypnotiste et sa technique sont encore perçus comme des figures de puissance et de pouvoir. Comme le pouvoir, l'hypnose est difficile à cerner et les différentes théories élaborées depuis 200 ans n'apportent que des explications partielles du phénomène. Ainsi, il n'y a pas *une* théorie de l'hypnose, mais deux courants épistémologiques, organicistes et psychosociaux, qui se dégagent des principales théories. L'hypnose est décrite dans la littérature scientifique comme un état subjectif, une technique de communication qui mobilise l'univers symbolique des individus, au moyen de l'influence sociale, de l'imagination, de la parole et de la suggestion, dans le but de soigner. Le chapitre suivant est consacré au concept de pouvoir et à la théorie des représentations sociales. En première partie nous considérons le pouvoir dans ses perspectives, ses formes, ses caractéristiques et ses dispositifs. Pour Foucault (1984), le pouvoir est un mécanisme inconscient qui n'existe qu'en acte. Il n'est pas de l'ordre du consentement et il se manifeste dans les actions d'un sujet agissant sur un autre sujet agissant. Landry (2007) souligne le rôle des ressources dans les relations de pouvoir. Elle stipule que tous les individus possèdent des ressources et que tous sont en mesure d'exercer un pouvoir, car ce sont les ressources convoitées ou redoutées qui donnent du pouvoir. Friedberg (1993) précise que l'incertitude quant à ces ressources incite les acteurs à se mobiliser et à développer des collaborations pour atteindre un but personnel ou collectif. L'auteur ajoute que les individus ne sont pas tous équipés équitablement pour faire face aux incertitudes. Dans le même sens, Pratto (2016) définit le pouvoir comme la capacité à atteindre ses buts. Elle fait une distinction entre la capacité d'agir et l'atteinte de ses objectifs. Ce sont les possibilités d'action qui s'offrent aux individus dans l'atteinte de leurs buts qui les distinguent. Ces

possibilités d'action sont tributaires du contexte et des capacités de l'individu. La seconde partie de ce chapitre traite de la théorie des représentations sociales que nous mobilisons dans l'interprétation et la perception du pouvoir chez les intervenants. À la fois concept et théorie, les représentations sociales sont présentées comme un ensemble de pensées, d'affects, de savoirs, de visions, de définitions et de symboles qui sont transportés et utilisés dans l'espace social. La théorie des représentations sociales élaborée par Serge Moscovici (1961/2014) permet de comprendre comment les individus s'approprient l'information en circulation dans la société. Les mécanismes de l'objectivation et de l'ancrage sont décrits ainsi que les rôles déterminants joués par les représentations dans l'articulation du pouvoir au sein des interactions. Représentations sociales et pratiques se déterminent réciproquement, de sorte que toute intervention suppose que les acteurs (intervenant et client) mobilisent des représentations liées à leur groupe d'appartenance, à leur mode de vie et à leur vision du monde. Aussi, les représentations sociales forment un ensemble de connaissances théoriques et pratiques légitimées par l'institution qui est utilisée pour définir et nommer un problème. Nous considérons aussi les représentations négatives du pouvoir et leur effet sur la compréhension du phénomène. Le pouvoir n'a pas bonne presse et des images de répression et de domination viennent à la conscience lorsque la notion est évoquée. Dans les milieux d'intervention, cette répulsion engendre de la méfiance et même du déni. Les représentations sociales du pouvoir ont aussi une incidence sur la posture adoptée en intervention. Dans l'acception où le pouvoir est vu comme une ressource, une substance transférable, il s'agit de redonner du pouvoir à une personne qui en est dépourvue.

Le quatrième chapitre est consacré à la description de la méthodologie déployée pour répondre aux questions et objectifs de la recherche. Nous décrivons notre posture épistémologique et les modalités qui ont mené au recrutement et la constitution de notre échantillon de participant. Sont ensuite présentés les outils employés pour récolter les

données et analyser les résultats, ainsi que les raisons qui ont présidé à leur choix. Nous formulons les éléments de validité de cette recherche ainsi que ses limites. Nous terminons le chapitre avec des considérations éthiques. Nous présentons les moyens dévolus au respect de la confidentialité des participants, ainsi que les risques et les avantages liés à leur participation.

Au cinquième chapitre, les résultats de la collecte des données sont répartis sous quatre sections ou thèmes : la représentation sociale de l'hypnose, la pratique de l'hypnose, l'attitude et la représentation sociale du pouvoir et enfin la dynamique du pouvoir. Dans la première section sont rassemblés les commentaires des participants à propos de leurs premières expériences avec l'hypnose et de leur définition du phénomène. La lecture et la fréquentation des milieux académiques et de formation ainsi que l'expérience intime de l'hypnose ont permis aux praticiens de modifier leurs opinions concernant l'hypnose au point de pouvoir en projeter l'utilisation professionnelle. En ce qui concerne la clientèle, le spectacle apparaît être le principal vecteur de la représentation. Cette dernière est donc plus ambiguë et empreinte de mystère et d'ésotérisme. En deuxième section, nous avons colligé les propos des hypnothérapeutes concernant la pratique de l'hypnose. Deux méthodes d'induction sont décrites, les rapides et les lentes. Les inductions rapides répondent aux attentes d'une clientèle qui souhaite vivre une expérience qui se rapproche de celle observée sur scène. Les inductions lentes, plus accessibles à la fois aux praticiens et la clientèle, sont les plus usitées. Avec chaque client, l'hypnothérapeute prend le temps d'établir un lien de confiance qui apparaît essentiel à l'expérience hypnotique. Dans la troisième section sont rassemblées les données concernant les attitudes et les représentations sociales du pouvoir. Nous constatons que les participants font état de la puissance de l'hypnose tout en réfutant posséder un quelconque pouvoir. La notion de pouvoir est péjorative, il faut donc utiliser auprès de la clientèle des termes comme savoir expert, autorité, influence. Le pouvoir est

représenté sous trois formes : substance, ressource et égalitaire. En dernier lieu sont présentés les commentaires concernant la dynamique du pouvoir. Selon les hypnothérapeutes, les personnes en recherche d'aide se tournent vers un expert, cette position de demandeur est caractéristique de la clientèle. Tout au long de l'intervention, les hypnothérapeutes vont manœuvrer afin de conserver leur position d'expert. La position d'expert est toutefois relative étant donné que l'intervenant se trouve aussi en position de demandeur, car il doit recevoir du client et de la société la légitimité d'intervenir. La perturbation des positions de pouvoir engendre du désarroi et des sentiments de perte de contrôle.

Au chapitre *Discussion*, nous reprenons quelques éléments des résultats qui nous sont apparus les plus pertinents pour répondre aux objectifs et questions de recherche. Chaque élément retenu est discuté en regard de la problématique et des éléments théoriques déjà présentés dans les chapitres précédents ou qui ont été puisés dans la littérature scientifique. Chacune des sections du chapitre se termine avec un rapprochement avec le travail social. En première partie nous traitons des représentations sociales de l'hypnose et du pouvoir. Après avoir décrit la représentation de l'hypnose des hypnothérapeutes et celle de leurs clients, nous avons confronté ces résultats à la recherche internationale sur les opinions et croyances à propos de l'hypnose. Cette démarche nous a permis de valider le résultat de notre analyse. Ainsi, les hypnothérapeutes se représentent l'hypnose comme un état naturel de conscience modifié qui ouvre l'accès aux ressources de l'inconscient. Chez les clients qui n'ont pas fait l'expérience de l'hypnose, des éléments reliés au mystère et à la peur sont prévalents dans leur représentation. Suite au constat de l'homogénéité de la représentation sociale de l'hypnose, nous présentons quelques explications à ce sujet. Cette situation pourrait refléter la diffusion de l'information sur l'hypnose soit par les médias sociaux ou encore par les écoles de formation à l'hypnose. Par la suite c'est le rôle des représentations

sur l'expérience hypnotique qui est discuté. Par exemple, lorsque le praticien fait usage du mot « hypnose » pour décrire un comportement adopté par son client lors de la phase inductive, les représentations de l'hypnose vont suggérer d'adopter un comportement hypnotique. La deuxième partie du chapitre est consacrée aux représentations sociales du pouvoir. Trois acceptions du pouvoir ont été soulevées : ressource, substance et égalitaire. Ces dernières sont confrontées aux éléments présentés au chapitre consacré au cadre conceptuel et théorique. La dernière partie est consacrée à la dynamique du pouvoir. Nous présentons les attitudes et les prises de position des hypnothérapeutes face au pouvoir en intervention. Certains paradoxes sont soulevés concernant la puissance de la technique et le fait d'affirmer ne pas détenir de pouvoir. La dernière partie du chapitre est consacrée aux conditions d'exercice du pouvoir et de la nécessité d'obtenir la légitimité d'exercer l'hypnose et de maintenir une position d'expert. Ainsi nous faisons ressortir quatre jeux de pouvoir ou stratégie de légitimation : effet de langage et fabrication de sens; spectacularisation; recherche de crédibilité scientifique; discours de peur sur les dangers de l'hypnose, autant de stratégies qui permettent aux praticiens de maintenir leur position de pouvoir au sein de l'interaction.

Nous concluons notre thèse en soulignant les perspectives probables d'une acception positive du pouvoir, quelques pistes de discussion à propos de l'intervention et de la formation en travail social.

Avant d'aller plus loin, nous souhaitons apporter quelques précisions terminologiques. Dans notre texte nous utilisons le genre masculin sans aucune intention discriminatoire et dans le seul but de ne pas alourdir la lecture. Par ailleurs les termes pour désigner les personnes qui ont reçu ou recevront les services professionnels d'un travailleur social renvoient à différentes représentations sociales et suscitent le débat. Ainsi, considérant les termes « patient » qui dérive de la médecine et « usager » usités dans les textes de loi et les

documents administratifs nous avons opté pour le terme « client » et l'acception proposée par Mary Richmond (1917) pour désigner celui qui engage les services d'un expert. Dans cette optique, l'intervention ne vise pas à guérir une maladie, mais à aider les gens à trouver des solutions pour eux-mêmes. Quant à l'utilisation du terme « intervention », nous l'employons pour désigner les différentes formes d'assistance et d'accompagnement qui nécessitent une alliance collaborative et/ou thérapeutique dans le but de venir en aide et/ou d'apporter des changements significatifs pour la personne au plan personnel, interactionnel et environnemental.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE

Lorsqu'il est question des interactions sociales, la question du pouvoir est inévitable. Elle est encore plus cruciale lorsqu'il est question d'interaction thérapeutique (Bundy-Fazioli, 2013), étant donné qu'elle recèle des enjeux liés à l'autodétermination, la liberté et la dignité d'un être vulnérable. Les travailleurs sociaux sont particulièrement interpellés par les questions relatives aux dynamiques de pouvoir. Ce sont les seuls professionnels qui ont pour mission la défense des droits et la lutte aux inégalités sociales, à l'oppression et la discrimination (Pullen-Sanfaçon et Cowden, 2012; Smith, 2013;). De manière explicite ou implicite, l'intervention est toujours porteuse de cadres normatifs (Avenel et Duvoux, 2020) et dans ce contexte le travail social est parfois dépeint comme une courroie de transmission des normes, de l'idéologie et des manières d'agir édictées par les élites. Selon cette perspective le but de l'intervention serait d'améliorer et/ou de maintenir l'ordre social existant et de normaliser des franges marginalisées de la population (Boily, 2014; Bourgeault, 2003; Chénard et Grenier 2012; Parazelli et Ruelland, 2017). Par ailleurs, le contexte d'intervention des travailleurs sociaux fait dire à Boily (2014) que « l'environnement et les rapports de pouvoir sont des composantes essentielles de la profession, surtout quand la pratique est instrumentalisée par l'État » (*Ibid.*, p.40).

La condition d'employé des travailleurs sociaux fait en sorte qu'ils sont continuellement confrontés à leur impuissance et à leur incapacité à modifier les structures oppressives et à

répondre adéquatement à la massification des problématiques reliées à la pauvreté et à la précarité. En outre, les réformes des services sociaux et de santé ont progressivement imposé un modèle de gestion industriel reléguant la dimension humaine au second plan avec des valeurs d'efficacité et de rentabilité qui vont à l'encontre de celles des travailleurs sociaux (Lévesque et *al.*, 2019). Conscients de leur impuissance, ils sont par contre sensibles à toutes les manifestations du pouvoir (Lévesque et *al.*, 2019) autant au sein de la rencontre thérapeutique que dans l'environnement social (Smith 2013).

Malgré ces tensions, les travailleurs sociaux ne s'engagent pas dans un discours explicite sur le pouvoir, selon Bar-ON (2002) ils ont une relation ambivalente avec celui-ci. Par exemple, ils cherchent à déconstruire l'usage du pouvoir (aspects éthiques, manipulation, influence) et ils vont tenter d'aplanir les disparités de pouvoir entre eux et leur clientèle ou encore nier la présence d'une forme quelconque de pouvoir (Bar-On, 2002). Cette situation est peut-être due aux perceptions négatives du pouvoir (Bundy-Fazioli et *al.*, 2009; Cohen, 1998; Diorio, 1992), ou à des questions identitaires. En effet, le thème du malaise ou de la crise identitaire des travailleurs sociaux a fait couler beaucoup d'encre au Québec et ailleurs depuis les vingt dernières années (Fortin, 2003). La pratique du travailleur social n'est pas très bien connue de la population et des autres professionnels qui ont de la difficulté à définir ce que font les travailleurs sociaux. Ce flou définitionnel et l'ambiguïté de la place du travail social dans le système de soins (Negura et Lévesque, 2019) fragilisent l'identité professionnelle des travailleurs sociaux avec comme conséquence un renforcement de l'ambivalence par rapport au pouvoir.

C'est en réfléchissant à ces paradoxes et ces ambivalences à propos du travail social, de l'intervention et du pouvoir que nous avons élaboré cette thèse.

En première partie du chapitre, nous présentons une synthèse des moments clés de l'histoire du travail social. Nous soulignons les éléments contextuels qui ont présidé à la

transformation des pratiques du travail social et son passage de l'intervention charitable à l'intervention rationnelle et professionnelle au tournant du XIXe siècle. Cette histoire est intimement liée à l'interprétation de la pauvreté qui a évolué de la fatalité à un problème d'ordre moral qui peut être solutionné. Nous nous intéressons ensuite au travail social contemporain, le contexte et ses pratiques, avec une considération particulière pour le travail accompli par la majorité des travailleurs sociaux québécois qui dans une proportion de 90% œuvrent au sein d'organismes régis par l'État. La formation, la définition et les caractéristiques du travail social sont abordées en soulignant les enjeux de pouvoir auxquels font face ces professionnels aujourd'hui. Certains de ces enjeux sont particulièrement reliés à deux axes de la profession : la question identitaire et l'intervention. Après avoir discuté de ces enjeux de pouvoir nous nous attardons brièvement au concept de pouvoir et à la définition que nous avons retenue pour notre thèse. Enfin, après une synthèse des points saillants de notre argumentation nous formulons nos objectifs et questions de recherche. Nous terminons le chapitre avec certaines considérations méthodologiques expliquant notre choix d'interroger les hypnothérapeutes.

1.1 LE TRAVAIL SOCIAL AU QUÉBEC

1.1.2 Fondement sociohistorique du travail social

Rappelons tout d'abord que la coopération et l'entraide sont au fondement de l'organisation sociale, que ce soit au sein de la famille ou dans le village et favorisent le développement et la consolidation des grands ensembles démographique (Brym et Lie, 2007). Pour qu'elles se déploient aussi à l'échelle de plus grands groupes ou d'une société entière, des constructions imaginaires sont nécessaires à la collaboration de tous : ce sont les mythes et croyances d'où naissent des institutions sociales comme la culture religieuse, les partis

politiques et les systèmes d'assistance et de soins (Harari, 2015; Servigne et Chapelle, 2017). Ces éléments évoluent sans cesse, se complètent et entrent en contradiction. Ainsi, les conceptions de la pauvreté et des moyens de la soulager (jusqu'à quel point ? Au profit de qui ?) sont changeantes (Bourbeau, 2009) et font même l'objet de catégorisations (Fontaine, 2008). Pour mieux comprendre les enjeux et les défis spécifiques auxquels le travail social fait face actuellement, il est nécessaire de le replacer dans l'histoire de la pauvreté et de l'assistance sociale.

Au Moyen Âge central et tardif (X^e-XV^e siècles), richesse et pauvreté sont perçues comme des fatalités (Bilodeau, 2005), mais le progrès des techniques de production et l'émergence d'une économie de marché et d'une classe marchande commencent à faire évoluer les mentalités, qui vont être ensuite bouleversées par les famines et les épidémies. La pauvreté perd de son utilité sociale (aider les pauvres, c'est faire son salut) et prend une dimension morale (le travail devenant une valeur et une obligation) (Turrel, 2003). C'est l'Église qui prend en charge l'assistance, cependant que la pauvreté endémique motive les premières mesures de contrôle des pauvres (avec classification et restrictions de déplacement) (Bilodeau, 2005).

À l'époque moderne (XVI^e-XVIII^e siècles), la mécanisation de la production engendre une première révolution industrielle (Simard, 2017) et le libre marché s'étend puisque les prix ne sont plus fixés par décrets (Foucault, 2004). Le pauvre, le mendiant, l'assassin et le voleur tendent à être confondus. La mendicité et le vagabondage sont sévèrement réprimés, car en contradiction avec l'idée de l'homme propre à l'humanisme chrétien (Rabaey, 2016). L'assistance se laïcise, les municipalités et les paroisses commencent à remplacer une Église épuisée financièrement par les guerres de Religion. La classification et la régulation de la pauvreté s'intensifient, avec pour fin moins le salut de l'âme que l'assujettissement du pauvre (Turrel, 2003). En Nouvelle-France, parmi les colons laissés à eux-mêmes par la

métropole, l'assistance incombe à la famille (l'homme doit pourvoir aux besoins des siens) et à l'Église jusqu'au XX^e siècle. L'immensité du travail à accomplir et le manque de main-d'œuvre limitent les problèmes de pauvreté (Lambert, 1990).

Durant l'industrialisation (XIX^e siècle), science, technique et libre marché président de plus en plus à l'organisation sociale (Simard, 2017). L'urbanisation s'accélère, y compris au Québec, notamment avec l'immigration anglaise et irlandaise (Van Haute et *al.*, 2007). Cette concentration favorise l'agitation sociale et amorce un changement du rapport de forces entre les citoyens et l'État, sur lequel ils font pression pour obtenir des mesures d'assainissement et de soutien (Van Oorschot et *al.*, 2008; Bilodeau, 2005). La pauvreté est considérée comme un problème moral résultant de causes individuelles qui peuvent être endiguées. À la charité, taxée d'inefficacité, se substitue l'action sociale organisée (avec les Charity Organization Societies et les Settlements) (Pastorello, 2014). Du même coup, au sein d'un mouvement plus large de spécialisation, l'assistance sociale se professionnalise (elle qui était auparavant « naturelle »). Elle s'appuie désormais sur des critères scientifiques et rationnels, et la pauvreté devient un objet de recherche (Bilodeau, 2005). Au secours direct (soupçonné d'encourager le vice et la paresse) est préférée l'action en vue du développement social et individuel (éducation, responsabilisation, équipements sociaux) (Pastorello, 2014).

Au Canada, le début du XX^e siècle est caractérisé par un laisser-aller économique et l'absence de mécanismes de répartition de la richesse jusqu'à la crise de 1929 (Simard, 2017), qui ébranle les structures traditionnelles d'assistance et discrédite le libéralisme pur et dur (Struthers, 2013). Le gouvernement fédéral prend alors l'initiative en créant l'assurance chômage et les allocations familiales. Au Québec, la Loi sur l'assistance publique date de 1921 (Mongeau, 1967). L'État prend petit à petit le relais des institutions privées et religieuses. Parallèlement, la pauvreté est de plus en plus étudiée et sa définition évolue

(Lollivier, 2008), du manque de biens essentiels au manque de moyens d'améliorer sa situation, de problème individuel à problème social (Bourbeau, 2009). La conception de la santé change aussi, passant de l'absence de maladie au droit au bien-être (OMS, 2009). L'État s'efforce désormais de prévenir les maladies et de promouvoir de saines habitudes de vie, c'est-à-dire qu'il se désengage des causes structurelles de la maladie et responsabilise les individus par rapport à leur santé et à leurs comportements morbides (Illich, 1975) en définissant des types et des seuils de comportements acceptables ou normaux (Zola, 1981). En somme, la médecine tente de réguler les comportements et le social est pour ainsi dire médicalisé, selon la formule d'Ivan Illich (1975). Le travail social, pour sa part, est poussé vers une standardisation de ses pratiques auprès d'une clientèle supposée homogène (Besson et Guay, 2000).

À l'aube de la Révolution tranquille, en 1960, le Rapport Boucher ouvre une période d'étatisation des services sociaux et de soumission progressive du travail social aux logiques gestionnaires (Carey et Foster, 2013). Le Code des professions de 1973 transforme les corporations en agents de l'État et détermine qui a le droit faire quoi (Prud'homme, 2007). Les professions psychosociales bénéficient d'une reconnaissance sociale de leur expertise et d'un titre réservé, mais pas d'actes réservés. En 1977, la Loi 24 sur la protection de l'enfance affirme la primauté de l'intervention sociale sur l'intervention judiciaire et change les modes de pratique des travailleurs sociaux qui sont placés en position d'autorité et dont l'intervention peut être imposée et le secret professionnel brisé devant un tribunal (Joyal et Provost, 1993).

Durant les années 1970-80, après le choc pétrolier, la rigidité institutionnelle est montrée du doigt. Le libre marché, réhabilité pour surmonter la crise, s'infiltré dans toutes les sphères de la société (Antonin, 2013). Les services sociaux sont rationalisés selon les critères d'efficacité bureaucratique, avec contrôle des coûts et reddition de comptes, ce qui interfère

avec les valeurs d'abnégation des travailleurs sociaux (Boyer, 2015). Au tournant des années 2000, la nouvelle gestion publique (NGP) calque les institutions publiques sur les entreprises privées, entraînant une restructuration des services sociaux (virage ambulatoire, désinstitutionnalisation). Cette réorientation met une pression sur le temps d'intervention et industrialise la pratique au mépris de la singularité des personnes, ce qui est à l'opposé des valeurs du travail social (Rogowsky, 2010; Boily, 2014). Enfin, suite à la Réforme Barette de 2015, les travailleurs sociaux sont souvent relégués à la gestion de cas au sein d'équipes multidisciplinaires pour mettre en œuvre des plans d'intervention définis par d'autres (Bourque, 2017).

La mouvance du contexte économique et social a fait en sorte de redessiner l'interprétation de la pauvreté et par ricochet l'assistance. Les femmes, les hommes et les institutions impliqués auprès des démunis ont dû redéfinir leurs rôles et la nature de l'aide offerte. Aujourd'hui, les travailleurs sociaux forts de valeurs basées sur la justice sociale et la dignité humaine font face à des enjeux liés à leur identité professionnelle et la reconnaissance de leur pratique. Comme nous le verrons dans la prochaine section les travailleurs sociaux sont malgré eux engagés dans des dynamiques de pouvoir qui confrontent leurs valeurs et leur motivation à venir en aide au démuné.

1.1.3 Le travailleur social contemporain

Au début de 2019, le Québec comptait 14 076 travailleurs sociaux. Selon les données de 2011, la majorité des travailleurs sociaux sont employés de l'État (69%). 6% des effectifs pratiquent en libéral, 4,5% œuvrent dans des organismes communautaires et 2,5% se consacrent à l'enseignement. Depuis 2010 on observe une lente, mais constante, migration des travailleurs sociaux vers la pratique privée. Par exemple en 2010, 514 travailleurs

sociaux (6,6 % des effectifs) œuvrent en pratique autonome versus 1016 en 2017 soit 7,7 % des effectifs.

69%	Ministère de la Santé et des Services sociaux										
	<table> <tr> <td>69%</td><td>Centre santé et service sociaux CSSS</td></tr> <tr> <td>13%</td><td>Centre hospitalier CH</td></tr> <tr> <td>10%</td><td>Centre de réadaptation CR</td></tr> <tr> <td>7%</td><td>Centre jeunesse CJ</td></tr> <tr> <td>0,5%</td><td>Centre hospitalier longue durée CHSLD</td></tr> </table>	69%	Centre santé et service sociaux CSSS	13%	Centre hospitalier CH	10%	Centre de réadaptation CR	7%	Centre jeunesse CJ	0,5%	Centre hospitalier longue durée CHSLD
69%	Centre santé et service sociaux CSSS										
13%	Centre hospitalier CH										
10%	Centre de réadaptation CR										
7%	Centre jeunesse CJ										
0,5%	Centre hospitalier longue durée CHSLD										
6%	Pratique autonome										
4,5%	Organisme communautaire										
2,5%	Milieu enseignement										
2%	Fonction publique										
0,6%	Entreprise privée										
15%	Inactifs auprès de la population (Congé, études, retraité, etc.)										

**Tableau 1 : Répartition des TS québécois par secteur d'activité.
(OTSTCFQ, Rapport annuel 2010-2011)**

Le même mouvement s'observe aux États-Unis ou historiquement, les travailleurs sociaux sont aussi majoritairement employés de l'État. Par exemple, en 2008, 54 % des travailleurs sociaux étaient employés dans des agences d'assistance sociale et de soins de santé, tandis que seulement 31 % étaient des employés du gouvernement. Le *Bureau of Labor Statistics* (BLS) prévoyait alors une augmentation de 20 % du nombre de travailleurs sociaux en santé mentale et toxicomane d'ici 2018 (Wilkins, 2011). Pour Wilkins ce changement de paradigme officialise l'intervention individuelle en travail social.

1.1.4 La formation des TS

Au Québec, l'accès à l'ordre professionnel est conditionnel à la réussite d'un cursus universitaire de premier cycle. Une formation de technicien en travail social est aussi dispensée au CÉGEP. Historiquement le travail social a été très proche du milieu médical et de l'église. Par exemple, au début du XXe siècle le Révérend John Lockhead, s'inspirant des pratiques en travail social instaurées au *Massachusetts General Hospital* de Boston fonde à Montréal le service social hospitalier de l'Église Melville. Cette initiative sera suivie par la création d'un département de travail social au *Montreal General Hospital* (Berthiaume, 2009, p.93). La formation des futures travailleuses sociales sera assurée par l'Église et teintée de la morale chrétienne jusqu'au milieu des années 1960 (Mayer et Groulx, 1987). Dans la deuxième moitié du XXe siècle, de nombreux efforts seront consentis à théoriser la pratique. Les milieux de formation universitaire souhaitent se distancier de la morale chrétienne en adoptant un discours laïque et en s'appuyant sur les sciences psychologiques et sociologiques (Berthiaume, 2009). Avec les réformes de l'éducation et des services sociaux, le cursus en travail social a fait l'objet de débat entre l'association professionnelle, l'Ordre professionnel, les institutions d'enseignement et les milieux de pratiques, pour finalement s'éloigner du milieu médical et se rapprocher des sciences sociales pour offrir un cursus de type généraliste. Déjà en 1998, les États généraux de la profession ont reconnu « l'existence d'un écart entre la formation de type généraliste donnée au baccalauréat et les attentes des employeurs, davantage orientées vers la spécialisation » (Stephensen et *al.*, 2001, p. 159).

Malgré les efforts pour rationaliser les pratiques, les travailleurs sociaux considèrent que la compassion et la bienveillance sont plus utiles que les théories scientifiques pour venir en aide aux plus démunis. Selon Parent et Saint-Jacques (1999) « cette perspective contribue [...] à maintenir les activités orientées vers le développement des connaissances scientifiques en périphérie de la profession » (*Ibid.*, p.68). Deslauriers (2007) fait état de

tensions entre milieux de pratique et milieux de formation. Cette tension se transpose dans les milieux académiques entre les professeurs/chercheurs des sciences humaines et les praticiens encadrés par leur Ordre professionnel.

Il a souvent semblé que dans les unités de formation en travail social, l'intérêt de nombreux professeurs/chercheurs était inversement proportionnel à celui de leurs étudiantes. Alors qu'elles étaient et sont attirées par la psychologie, l'intervention psychosociale et la relation d'aide, leurs professeurs sont plutôt intéressés par la sociologie, le contexte social, les politiques sociales, quand ils ne sont pas, souvent, des sociologues eux-mêmes [...]. Conséquemment lorsque vient le temps d'embaucher des professeurs, les sociologues, politicologues et psychologues étaient bien mieux placés que les travailleurs sociaux qui, eux, se sont longtemps définis comme praticiens. Il s'ensuivit un hiatus entre la discipline enseignée à l'université, et la profession pratiquée et encadrée par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux (Deslaurier, 2007, p. 217).

1.1.5 L'autonomie professionnelle

Les travailleurs sociaux sont des professionnels reconnus au sens de la Loi des professions et majoritairement employés de l'État. Ainsi soumis à une forme de loyauté il devient difficile pour les travailleurs sociaux de contester les différentes réformes des services sociaux ou de critiquer l'employeur et les autres professionnels avec qui ils travaillent au quotidien, ou encore de remettre en cause les structures (facteurs économiques et sociaux) qui aliènent leur clientèle. À cet effet l'affirmation de Claude Nélisse (1997) est encore d'actualité :

Comme salariés, nous dépendons de nos employeurs. Ces dépendances briment notre autonomie professionnelle. Conséquence : nous devenons — voir nous sommes — des exécutants. Finie, la pratique professionnelle. Nous rejoignons, lentement mais sûrement, le vaste monde des employés et des travailleurs postés (*Ibid.*, p.137).

Aussi, comme le fait remarquer Fortin (2003) « l'organisation actuelle des services réduit considérablement la marge d'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en ce qui a trait à la détermination des interventions et des orientations » (*Ibid.*, p.97). Par exemple, en milieu hospitalier l'accès aux services sociaux est tributaire de l'évaluation du médecin et de sa perception du rôle du travailleur social et ces derniers sont appelés à intervenir auprès

des personnes qui leur sont recommandées par les médecins (Boily, 2014). Dans ce contexte Alary (1999), s'interroge sur la valeur de l'autonomie professionnelle ainsi que sur la pertinence du rôle de l'OTSTCFQ quant à la protection du public,

comment, dans un tel contexte, un travailleur social peut-il s'affranchir des déterminismes associés à la programmation systématique de ses activités et préserver l'autonomie professionnelle nécessaire à une pratique axée sur les besoins qu'il a identifiés (*Ibid.*, p.21).

Concernant l'autonomie professionnelle des employés de l'État, il faut considérer l'emprise du système administratif qui impose son inertie et une véritable Omerta¹. Toute tentative de jugement critique ou de dénonciation devient risquée ou périlleuse comme a pu l'expérimenter en janvier 2019 l'agronome Louis Robert. Boily (2014) fait remarquer que le système bureaucratique fait tout ce qui est possible pour contrôler son image et la réputation de ses gestionnaires. L'auteur relate l'exemple des interventions effectuées dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Les interventions des [travailleurs sociaux] seraient conditionnées, contrôlées, ordonnées pour calmer le jeu, pour enfermer les crises dans des camisoles chimicopharmaceutiques et des labyrinthes juridiques. Le travail social ne serait ainsi possible que dans les limites individuelles imposées par l'État et la "société civile" (*Ibid.*, p.118).

Selon Chénard et Grenier (2012), la lourdeur de l'appareil bureaucratique combiné à la spécialisation et l'approche en silos des interventions psychosociales, impose des contraintes qui mettent en cause les fondements idéologiques de la profession et impose aux travailleurs sociaux des dilemmes cornéliens.

Le schisme entre les normes et les valeurs des logiques gestionnaires et médicales et celles du travail social confère à l'intervenante sociale une position particulière, par des logiques d'action distinctes qui relèvent principalement d'un autre ordre de priorité et de sens donné à l'intervention et à la relation. [...] Entre ces deux eaux,

¹ Reportages et commentaires sur le silence imposé aux professionnels employés du gouvernement : Fleury, 2020; Gerbet, 2020; Lagacé, 2020; Legaut, 2019.

l'intervenante jouit de moins en moins de liberté par l'imposition de contraintes de plus en plus importantes. Dans une certaine mesure, ces logiques remettent en question le sens même du travail social, sa finalité et même ses modes d'intervention. En l'occurrence, elles viennent remettre en question les fondements mêmes de la pratique du travail social et de ses acteurs (*Ibid.*, p. 24).

Parazelli et Ruelland (2017) font remarquer que les travailleurs sociaux ne sont pas les seuls professionnels à voir leur autonomie bafouée par l'appareil étatique qui désormais adhère au crédo néolibéral et aux méthodes de gestions basées l'efficacité et de la réédition de compte.

Depuis 2010, au Québec, des travailleurs sociaux, des infirmières et des ergothérapeutes du secteur public ainsi que des intervenants du milieu communautaire s'expriment dans l'espace public pour alerter leurs collègues, le public et les responsables gouvernementaux sur le contrôle grandissant de leur exercice professionnel par les gestionnaires [...]. Ils se voient non seulement imposer une organisation du travail calquée sur le modèle de productivité de l'entreprise privée, mais aussi des programmes qui ont été conçus par des experts et qui ne prennent en compte les savoirs et l'expérience des intervenants qu'en fonction de l'exécution efficace de ces programmes [...] (*Ibid.*, p.18).

Aussi, dans les milieux institutionnels les travailleurs sociaux sont confrontés à la division du travail et à la spécialisation des intervenants. En effet depuis les années 1980, le marché de la relation d'aide s'est enrichi de nouveaux intervenants universitaires, membres ou non d'un ordre professionnel : criminologues, sexologues, psychologues, psychoéducateurs, thérapeutes conjugaux et familiaux, conseillers en orientation, infirmières, techniciennes en éducation spécialisée et en travail social. Ces intervenants de terrain sont venus postuler dans les CLSC, les centres hospitaliers et les centres jeunesse entrant directement en concurrence avec les travailleurs sociaux (Stephensen *et al.*, 2001). Ces derniers se sont retrouvés minoritaires et isolés dans un contexte pluridisciplinaire, en interaction avec des professionnels d'allégeances théoriques diverses et avec des non-professionnels (travailleurs communautaires, bénévoles), dans le but d'offrir des soins et des services intégrés (Stephensen *et al.*, 2001). Par ailleurs, Berthiaume (2009) a remarqué qu'en milieu hospitalier, les infirmières investissent de plus en plus les aspects psychosociaux de la clientèle, prérogative autrefois réservée aux travailleurs sociaux. En milieu institutionnel, les

travailleurs sociaux, généralement sous l'autorité administrative d'un directeur clinique ou d'un chef de service issu d'une autre discipline, ont à défendre les aspects sociaux des problématiques abordées par l'organisme. Gusew et Berteau (2011) observent que le travail d'équipe est souvent influencé par le modèle biomédical. L'intervenant social risque d'être isolé théoriquement et s'identifier aux valeurs médicales, perdant ainsi une partie de son identification professionnelle. À cet égard, Pelchat et ses collaboratrices (2005) remarquent que les intervenants psychosociaux cherchent pour la plupart à s'intégrer à leur milieu de travail et se tiennent par conséquent à l'écart des querelles théoriques, n'offrant alors qu'une faible résistance à l'ingérence de leurs collègues. En outre, Lévesque et ses collaborateurs (2019) font remarquer que la profession est mal comprise ou méconnue de l'équipe professionnelle et de l'administration. Ainsi on confie les tâches subalternes aux travailleurs sociaux, ou encore qui ne correspondent pas à leur domaine de compétence.

1.1.6 Définition officielle du travail social

Plusieurs définitions ont été proposées, tantôt par les Écoles de formation, tantôt par les instances internationales du travail social, et pour les considérations que nous venons d'énoncer il apparaît qu'aucune définition ne peut être considérée comme exhaustive et définitive. C'est pourquoi dans le cadre de notre recherche nous avons retenu les définitions ayant le plus d'impact sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux québécois soit celles élaborées par l'association internationale des écoles de travail social (AIETS-IASSW), l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et celle du Code des professions du Québec.

1.1.6.1 Définition de l'AIETS-IASSW

L'association internationale des écoles en travail social (AIETS) regroupe plus de 480 écoles de travail social² réparties sur les 5 continents. Lors de l'assemblée générale de juillet 2014 à Melbourne la définition suivante a été adoptée:

Le travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le développement du pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respects des diversités sont au cœur du travail social. Étayé par les théories du travail social, les sciences sociales, les sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous. Cette définition peut être développée au niveau national ou régional. (<https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/>)

1.1.6.2 Définition de l'OTSTCFQ

Sur son site internet, l'OTSTCFQ présente au public cette description de la profession de travailleur social :

Les travailleurs sociaux aident les personnes et les communautés qui vivent des problèmes, qu'ils soient liés à des situations difficiles, de crise ou de la vie courante.

Ils élaborent avec elles des pistes de solution en fonction de leurs forces et celles de leur milieu (pour améliorer leur bien-être). Ils abordent également la réalité des personnes selon une vision globale qui tient compte de la personne et de son milieu.

Leurs interventions sont concrètes, créatives, sans préjugées et fondées sur la justice sociale.

Description du travail

Évaluer la situation vécue par une personne, un groupe, une communauté dans une perspective de fonctionnement social

Convenir avec les personnes des interventions appropriées et les mettre en place

² L'association canadienne pour la formation en travail social (ACFTS-CASWE), responsable de l'agrément des programmes de Baccalauréat et de Maîtrise en travail social au Canada, est membre de l'AIETS.

Parcours académique

Les travailleurs sociaux possèdent une formation de baccalauréat ou de maîtrise en travail social. Ils sont formés pour comprendre les situations vécues par les personnes, le fonctionnement de la société afin de faire le lien avec les situations des personnes et des communautés. <https://www1.otstcfq.org/public/nos-professions/decouvrir-nos-professions/>

1.1.6.3 Définition selon le Code des professions du Québec.

Pour l'exercice de la profession de travailleur social : évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement; (Code des professions du Québec, révisé en décembre 2019, article 37d, p.22)

Ces définitions reflètent l'engagement historique et les tiraillements philosophiques et axiologiques des travailleurs sociaux envers la réalité des plus démunis, la source de leurs problèmes et les manières d'intervenir. On retrouve d'une part, celles qui mettent l'accent sur les causes structurelles de la pauvreté et invitent l'État à réagir en réformant ses institutions, et d'autre part, celles qui mettent l'accent sur les causes individuelles de la pauvreté et qui privilégient une approche thérapeutique et éducative afin de réformer l'individu. La définition, de l'AIETS met l'accent sur les valeurs et les principes liés aux droits humains et à la justice sociale qui doivent orienter l'intervention du travailleur social. Ici est évoquée une conception du travail social agent de changement individuel et social. Les notions d'autonomisation, de libération des personnes et d'amélioration du bien-être des individus sont des éléments clés du travail social. Ce qui pourrait suggérer que le changement social et l'amélioration du bien-être individuel sont le résultat de la modification des comportements qui découlent de l'acquisition du savoir et des connaissances.

Les définitions de l'OTSTCFQ et du Code des professions sont beaucoup plus explicites et descriptives. Aucune mention n'est faite de l'aspect structurel des problématiques. L'ordre professionnel met l'accent sur l'aide aux individus ne considérant que l'aspect individuel de

l'intervention. Le Code des professions met l'emphase sur l'évaluation des problématiques et le fonctionnement social individuel. Ce qui suggère que l'individu en modifiant son comportement et en devenant autonome trouverait sa place au sein de la société. Dans les définitions présentées, aucune ne fait mention du côté légal de la profession et du pouvoir légal d'intervention et de protection qui lui est conférée par le législateur dans des situations abusives envers les enfants, les adolescents et les personnes âgées ou encore pour faire appliquer les traitements en santé mentale.

En plus de refléter les disparités idéologiques, ces définitions laissent sourdre la lutte idéologique entre les élites universitaires regroupées sous l'AIETS et les instances gouvernementales qui encadrent légalement la pratique des travailleurs sociaux. À cet effet Belcher et Tice (2013) font remarquer que les définitions des professions font toujours l'objet d'un rapport de pouvoir entre les composantes d'une profession et son environnement. Par exemple, lorsque le travail social est défini par des élites l'action du travailleur social est orientée par la perception de la pauvreté des classes dominantes.

In essence, the elite model views the social work profession as an agent responsible for executing social policy. Thus, social workers by definition, in their practice across client systems, reflect the interests and values of elites. The resulting implications are significant. Specifically, since the elite model formulates policies that do not reflect the needs of the lower economic classes, it would stand to reason that the practice of social work often ignores or excludes issues that would threaten the stability of those in power (Belcher et Tice, 2013, p.84).

1.1.7 Caractéristiques du travail social

Outre les définitions officielles du travail social, il est possible de cerner ou de distinguer la profession selon certaines caractéristiques : une approche holistique des problématiques, l'imprécision de la tâche et des contours, l'intervention individuelle et le côté pratique de la profession.

1.1.7.1 Approche holistique du client et de sa problématique

Pour l'Ordre professionnel, la profession se distingue de la psychiatrie et de la psychologie par une analyse des problématiques des individus qui tient compte du contexte dans lequel l'individu évolue. Ainsi l'individu est considéré dans sa globalité et son insertion dans l'environnement social est particulièrement importante étant donné l'impact qu'elle peut avoir sur la santé physique et mentale.

La plupart des travailleurs sociaux évoquent d'ailleurs avoir recours à l'approche systémique dans leurs interventions. « Les approches systémiques font partie du jargon quotidien des [travailleurs sociaux] et l'élément-personne dans son environnement semble donner à toute définition du travail social une couleur systémique » (Boily, 2014, p. 73). Cette particularité est reprise par l'Ordre professionnel dans la description qu'il propose du travail social.

[Le travailleur social] se distingue par l'analyse contextuelle qu'il fait de la situation sociale de la personne laquelle se reflète dans son évaluation. Le travailleur social évalue le fonctionnement social dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. Cette personne peut être un individu, un couple, une famille et une collectivité. Quant à l'environnement, il implique le milieu de vie de la personne, ses réseaux d'appartenance, ses rôles sociaux ainsi que ses conditions matérielles et sociétales. Ces dimensions constituent l'objet d'analyse, de réflexion et d'intervention du travailleur social. Elles se fondent sur la défense des droits humains et la promotion des principes de justice sociale. » (OTSTCFQ, 2012, <http://www.optsq.org/nos-professions>).

Nous ajoutons en terminant que la posture du travailleur social est holistique ou encore, selon les termes de Krogsrud Miley et ses collaborateurs, « généraliste » (2016) étant donné qu'ils considèrent l'individu en symbiose avec son environnement. Cette spécificité généraliste repose sur les prémisses suivantes : le comportement humain est inextricablement lié à l'environnement social; l'intervention auprès des individus et des communautés vise la modification des interactions avec l'environnement et celle des différents systèmes au sein de l'environnement; l'intervention se réalise grâce à l'échange d'informations entre les acteurs par le biais du dialogue et d'un processus de localisation des

ressources disponibles dans l'environnement de l'individu, de la communauté; et finalement, l'intervention généraliste va au-delà de l'intervention individuelle et s'intéresse à l'élaboration de politiques sociales, à la recherche et à son application sur le terrain (*Ibid.*).

1.1.7.2 Imprécisions de la tâche et des contours

L'aspect généraliste de la profession permet de tenir compte des éléments contextuels dans l'analyse des problématiques, par contre cette caractéristique est souvent soulignée comme une tare plus qu'une marque distinctive positive. Par exemple, la désignation « social » de la profession recèle des connotations à la fois positives et négatives, car elles renvoient à la notion de société considérée comme un ensemble. De ce point de vue, tout est social et transversal, aussi bien le politique que le philosophique et le culturel. Un autre versant recueille tout « ce qui n'est pas le sanitaire, le médical, l'économique, le culturel » : en d'autres termes, c'est ce que les autres professionnels ne veulent pas faire (Aballéa, 2000, p. 200). Cette désignation « social » est totalisante et ne permet pas de circonscrire adéquatement une catégorie, des pratiques ou encore un groupe professionnels. « Le mot « social » renvoie à quelque chose de diffus, de tout et de rien, de la relation sociale à la prestation sociale en passant par l'inscription sociale, sans oublier bien évidemment l'action sociale » (Libois et Stroumza, 2007, p.8).

Saül Karsz (2004), souligne que le travail social fait œuvre utile dans l'espace social, il s'agit donc d'une vaste entreprise qu'il est difficile de bien cerner étant donné la diversité des actions possible. Ces actions sont réalisées dans différents secteurs (public, privé, bénévole) et dans de multiples cadres (résidence et foyers privés ou institutionnels, hôpital, centre local des services sociaux, ressources communautaires). La nature de ces actions est aussi diversifiée (soins, contrôle, autonomisation, campagnes, évaluation, gestion) que les buts poursuivis (redistribution des ressources aux personnes dans le besoin, contrôle social,

réhabilitation des déviants, prévention ou réduction des problèmes sociaux) (Banks, 2012). Étant donnée cette diversité d'actions Pullen-Sansfaçon et Cowden (2012) affirment que le travail social n'a jamais été et ne sera jamais qu'une seule chose.

Par ailleurs, faire œuvre utile dans l'espace social n'est pas réservé aux travailleurs sociaux, une foule d'autres métiers et de professions y œuvre aussi. Pour Karsz (2004), cela fait en sorte que l'on considère le travail social comme une action qui va de soi et qui de ce fait passe inaperçue

[dans la littérature spécialisée] le travail social y est très généralement traité sous un mode particulier, qu'on appellera l'*indéfinition*. Il est continument présupposé, présumé, sous-entendu. Sa nature, sa force, sa puissance, ses limites restent le plus souvent dans l'ombre. Comme si ce dont il traite et les mécanismes qu'il mobilise allaient de soi. Comme si ce qu'il produit et ce qu'il ne peut en aucun cas produire étaient des évidences. Comme si on savait déjà, de façon relativement précise, ce qu'est le travail social (Karsz, 2004, p.10).

En outre, la tâche du travailleur social est essentiellement relationnelle (Morin et Lambert, 2017) et difficilement quantifiable. Comme le soulignait Maurice de Montmollin (1986) :

il est des tâches sans production, et même sans objectifs définissables. Des tâches sans critères évidents de réussite, ou ce qui revient au même des tâches dont les productions sont si secrètes ou si lointaines qu'elles échappent à l'analyse. Exemple extrême, mais réel : la plupart des travailleurs sociaux. L'animateur, l'assistante, le prêtre s'épuisent en de multiples contacts dont ils ne savent pas s'ils sont finalement vraiment efficaces, même la preuve par soustraction, la plus rudimentaire de tout, ne leur apporte aucun réconfort : supprimer le comptable, l'entreprise fait faillite. Supprimer le travailleur social, la société continue apparemment comme avant. Tout est dans cet « apparemment » bien entendu (*Ibid.*, p.32-33).

1.1.7.3 L'intervention individuelle

Le vocable « social » qui caractérise la profession laisse aussi supposer qu'une attention spéciale sera portée aux aspects sociaux des problématiques. Eilenn Gambrill (2003) fait remarquer l'écart entre ce que suggère la dénomination « social » de la profession et la pratique effective en travail social. L'auteur constate que les travailleurs sociaux adoptent

volontiers une interprétation biomédicale des problématiques (Gambrill, 2012) et que l'intervention est principalement orientée vers les aspects individuels de ces dernières.

Pour Morris (2000), cette situation a un fondement historique. Suite à certains événements d'envergure internationale telles la grande dépression et la Seconde Guerre mondiale, la profession n'a pu maintenir le double objectif de soutenir à la fois les individus dans le besoin et intervenir sur les structures sociales porteuses d'inégalités et d'oppression. On a alors exigé des travailleurs sociaux qu'ils continuent, comme ils l'avaient toujours fait, de s'impliquer auprès des individus afin de les aider à s'adapter aux situations difficiles. Aussi la popularité grandissante des approches psychiatriques et psychologiques a renforcé l'adoption par les travailleurs sociaux du soutien individuel au détriment d'une approche structurelle. Cette dernière est demeurée purement rhétorique étant donné qu'il n'existe aucune opportunité institutionnelle pour travailler au changement structurel. Ainsi, au cours du XXe siècle le travail social est ainsi devenu de plus en plus individualisé (Morris, 2000).

Le travailleur social est lié au contexte social, politique, économique et idéologique dans lequel il évolue et exerce une influence importante sur le travail social (Harper et Dorvil, 2014). Encore d'actualité, une étude menée en 1986 par François Le Poulter à propos des pratiques et des effets du travail social, concluait qu'une interprétation strictement structurelle des problématiques irait à l'encontre de l'idéologie dominante et de plus remettrait en question l'utilité des pratiques individuelles des travailleurs sociaux. Le Poulter soulignait que la marge de manœuvre des travailleurs sociaux est limitée et que « les pratiques éducatives qu'ils adoptent et les évaluations psychologiques qu'ils produisent sont souvent les seules possibles dans les conjonctures où ils fonctionnent », puisqu'elles sont déterminées par des idéologies qui font consensus dans la société (*Ibid.*, p. 86). Cet aspect individuel de l'intervention est aussi présenté dans le cursus de formation des travailleurs sociaux. Bouchard (2012) constate après la lecture de certaines publications utilisées dans les écoles

de travail social que l'approche individuelle est privilégiée au détriment d'une vision structurelle des problématiques et de l'intervention. Par exemple, dans le livre *Méthodologie de l'intervention personnelle et sociale* publié en 2011 par Turcotte et Deslauriers, Bouchard remarque que

lorsque les auteurs présentent les bonnes pratiques en matière d'intervention sociale personnelle, on sent peu cette préoccupation pour la justice sociale dans les actions concrètes des intervenants. À titre d'exemple, Daniel Turcotte informe les lecteurs que le succès de l'intervention doit être évalué en mesurant les changements dans les comportements des individus : « [...] c'est généralement à travers les comportements qu'il est possible de percevoir les changements dans les attitudes, les habiletés et les connaissances » (p. 122). Cela est regrettable puisqu'une telle façon d'évaluer l'intervention ne permet pas de mettre en pratique la double mission du travail social, c'est-à-dire l'action sur les problèmes de l'individu et l'action sur son environnement (Bouchard, 2012, p.227).

1.1.7.4 Le travail social est une activité pratique

Une autre caractéristique importante du travail social est son ancrage dans la réalité immédiate de l'individu. Ce dernier est souvent en demande d'un toit, d'une aide financière ou alimentaire et exige des réponses concrètes à ses besoins et c'est de cette manière que la profession est perçue par la classe politique. On ne demande pas au travailleur social de réfléchir, mais d'agir :

Les rôles du travailleur social sont de trois types : guide, tuteur, suppléant. Il doit s'attaquer aux conséquences des problèmes et non aux causes. On ne demande pas au travailleur social de penser, mais plutôt d'agir et de "rendre service" (Commission sur la santé et le bien-être social (1972) rapporté dans Mayer et Groulx, 1987, p.29).

Social work is a very practical job. It is about protecting people and changing their lives, not about being able to give a fluent and theoretical explanation about why they got into difficulties in the first place. New degree courses must ensure that theory and research directly inform and support practice. The requirements for Social Work Training set out the minimum standards for entry to social work degree courses and for the teaching and assessment that social work students must receive. The new degree will require social workers to demonstrate their practical application of skills and knowledge and their ability to solve problems and provide hope for people relying on social services for support. (Propos de Jacqui Smith, gouvernement britannique (2002) rapporté dans Crawford et Walker, 2007, p. viii).

Libois et Stroumza (2007) font remarquer que le substantif « travail » qui qualifie la profession n'est pas anodin et met de l'avant le côté pratique de l'engagement auprès de l'autre en difficulté. « Travailler ce n'est pas s'amuser ni perdre son temps; c'est surtout se rendre utile pour la communauté dans un cadre donné, prédéterminé, réglé, normé » (*Ibid.*, p.7). Les points de vue de Mayer et Groulx (1987), de Crawford et Walker (2007) et de Libois et Stroumza (2007) révèlent le pragmatisme de la profession et son intérêt pour l'utilisation du sens commun dans l'analyse des problématiques.

D'autres auteurs ont fait remarquer que le travail social est une activité rationnelle-technique caractérisée par une forme d'anti-intellectualisme. En fait les praticiens construisent leurs connaissances à partir de l'expérience vécue et non à partir de celle produite par la recherche (Groulx, 1994; Rinfret-Raynor, 1986; Simpson, 1979; Tripodi et Epstein, 1978).

1.1.8 Synthèse des sections précédentes

Nous avons débuté le chapitre avec une perspective sociohistorique du travail social. Nous avons soutenu que le travail social contemporain était en quelque sorte la professionnalisation de comportements innés chez l'être humain : la coopération et l'entraide. Le contexte dans lequel a évolué l'action charitable est imprégné des valeurs humanistes et chrétiennes de dignité et de justice sociale et teinte encore l'action et la pensée du travailleur social contemporain. La définition et la tâche de ces professionnels ont évolué avec l'interprétation de la pauvreté qui est passée de la fatalité à un problème d'ordre moral qui peut être résolu. Parallèlement, les modalités de l'assistance se sont transformées passant du secours direct et charitable à l'action organisée et professionnalisée. Au cours des dernières décennies, le travailleur social québécois a dû faire face à ce qui pourrait être considéré comme de mini révolutions du système de soin et des services sociaux. L'adoption par l'État de l'idéologie néolibérale a favorisé l'implantation d'un système de gestion qui met

de l'avant la reddition de compte et la standardisation des pratiques. Ces bouleversements ont placé le travailleur social devant des enjeux éthiques et de pouvoir qui ont affecté son identité professionnelle et son image publique. Majoritairement employés de l'État les travailleurs sociaux bénéficient depuis le milieu du XXe siècle d'un titre réservé « travailleur social » qu'il acquiert à travers une formation universitaire de premier cycle qui ouvre l'accès à l'Ordre professionnel. Des tensions où s'opposent développement théorique et praxis sont perceptibles entre milieux de pratique et milieux de formation.

Nous avons aussi souligné quelques enjeux de pouvoir auxquels doit faire face le travailleur social contemporain. Par exemple nous avons fait état de l'autonomie professionnelle qui est mise à mal par l'organisation des services et l'Omerta imposée par la bureaucratie. En outre, l'organisation des services en silos spécialisés restreint l'action du travailleur social en plus de confronter les valeurs fondamentales de la profession et sa finalité. Les définitions du travail social proposées par le Code des professions et les élites universitaires (AIETS) opposent perspectives structuralistes et individualistes des individus et de leurs problématiques. Au-delà des définitions, certaines caractéristiques permettent de distinguer et d'établir les pourtours de la profession. Par exemple, le travailleur social adopte une posture holistique du client et de sa problématique et il considère les comportements comme le résultat de l'interaction de l'individu et de son environnement. À cet effet l'approche systémique est privilégiée. Il est par ailleurs difficile de cerner le travail social étant donné la diversité et la multiplicité des cadres et de ses actions. Nous avons présenté l'intervention en travail social comme une activité pratique et individuelle ancrée dans la réalité immédiate des individus qui permet de les aider à surmonter les difficultés.

Dans la prochaine section, nous allons nous pencher sur deux axes majeurs du travail social : la question identitaire et l'intervention. Ces deux axes recèlent d'importants enjeux de pouvoir. Par exemple, une solide identité va de pair avec le sentiment de légitimité qui

permet l'actualisation de notre pouvoir d'agir dans l'atteinte de nos objectifs et la satisfaction de nos besoins. L'intervention peut se révéler une tentative d'assujettissement et provoquer chez la personne en demande d'aide une forme de contre-pouvoir et la mise en place de comportements de résistance.

1.2 DEUX AXES DE LA PROFESSION L'IDENTITÉ ET L'INTERVENTION

1.2.1 La question identitaire

Au Québec, le thème de la crise identitaire des travailleurs sociaux a fait couler beaucoup d'encre depuis les vingt dernières années (Fortin, 2003). Par exemple, les difficultés d'énonciation et de conceptualisation de la pratique du travail social font en sorte que les travailleurs sociaux ont de la difficulté à nommer ce qu'ils « font », à décrire leurs choix théoriques dans l'analyse d'une problématique, les outils d'intervention déployés, les milieux d'intervention et leur posture professionnelle. Devant ces carences, la chercheure conclut que les travailleurs sociaux ne savent pas qui ils sont (Chouinard, 2013). D'autres auteurs attribuent la crise identitaire à des changements structurels, comme la place de plus en plus grande accordée au paradigme biomédical dans l'interprétation des problématiques et les solutions mises en œuvre et le désintérêt marqué de la communauté scientifique pour l'objet relation et le fait social (Chouinard, 2016) ou encore, à ce que nous avons évoqué précédemment concernant l'effritement de la reconnaissance de l'autonomie professionnelle par l'appareil étatique suite à l'adoption d'un style de gestion néolibéral (Parazelli et Ruelland, 2017).

Ces conditions de perte de pouvoir, de contexte organisationnel et de conditions de travail ne sont pas sans conséquence, elles fragilisent l'identité des travailleurs sociaux et sont susceptibles de provoquer détresse et désengagement (Pelchat et *al.*, 2005). Selon Richard (2013), les concepts d'autonomie professionnelle et d'exercice du jugement professionnel sont intimement liés tant aux causes qu'aux effets de la détresse des travailleurs sociaux.

Si ces deux concepts sont enserrés tant dans les causes, les effets ou les moyens du faire-face reliée à la souffrance psychique chez les professionnels au travail, c'est qu'ils renvoient au problème qu'ont les travailleuses sociales de déterminer les objectifs visés dans les interventions et les conditions du rapport à instaurer avec celles et ceux qui font appel à eux pour atteindre un mieux-être, avec les organisations et la société. (*Ibid.*, p.113)

Parazelli et Ruelland (2017) font état de la perte de l'autonomie professionnelle, de l'écart entre le « travail prescrit » et le « travail réel » et de la disparité entre les valeurs prônées par l'institution et celles aux fondements des professions psychosociales depuis l'avènement au sein de l'appareil étatique de la Nouvelle Gestion Publique (NPG). En se référant au constat de Gaulejac (2011), les auteurs soulignent les effets délétères de cette réorganisation des structures institutionnelles sur les individus

les nouvelles formes d'organisation du travail de la NGP, inspirée de l'entreprise privée, ne permettent plus à certains employés de faire leur travail en fonction d'idéaux fondés sur des valeurs telles que l'égalité et la liberté, leur offrant la possibilité d'explorer la demande de services pour mieux s'y adapter et non d'en imposer l'offre déterminée par la direction. Des effets sur la santé tels que des troubles musculo-squelettiques, le burn-out, la dépression, la tentative de suicide, etc. représenteraient les symptômes d'une organisation du travail qui ne laisse plus certains de leurs employés s'approprier leurs actes professionnels. Des employés qui peinent à intérioriser les finalités de l'institution ou qui pensent ne plus être en mesure d'atteindre les objectifs posés par l'institution (Parazelli et Ruelland, 2017, p.114)

Quoiqu'un corollaire entre la détresse des travailleurs sociaux et la crise identitaire à laquelle fait face leur profession ne puisse être établi, il apparaît que le degré de solidité de l'identité pourrait générer des émotions positives ou négatives. Par exemple, il a été démontré que les individus occupant des postes élevés dans la hiérarchie bénéficient d'une plus grande

stabilité de leur identité et sont plus susceptibles de vivre des émotions positives (Davis, 2012). De plus, ces mêmes individus sont considérés plus compétents et dignes de considération (*Ibid.*). En fait, les personnes plus sûres d'elles-mêmes ont un effet plus positif sur elles-mêmes parce qu'elles ont un sentiment de contrôle accru (Cantwell, 2016). À contrario, les individus ayant un mauvais contrôle de leur identité sont plus susceptibles de vivre des émotions négatives (*Ibid.*).

1.2.1.1 Qu'est-ce que l'identité?

Lorsqu'il est question d'identité, les sociologues font une distinction entre identité sociale et identité personnelle (Dubar, 2015). Lorsque l'individu peut être identifié par les autres, il s'agit de l'identité pour autrui ou l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres. Concomitamment, l'individu peut revendiquer sa propre identité, il s'agit de l'identité pour soi ou l'image que l'on se construit de soi-même. L'identité est un processus de construction et s'élabore à travers l'image que les autres nous renvoient. Ces images sont susceptibles de varier selon l'histoire collective, la vie personnelle et les affectations à différentes catégories. Ainsi nous entendons par identité l'ensemble des significations et des images intériorisées que l'individu relie à lui-même. Ces images correspondent à un rôle prescrit ou à un rôle choisi, elles définissent l'appartenance au groupe et un statut au sein de ce groupe. Dubar (2015) précise que lorsque l'individu accepte et intègre son appartenance héritée, il y a concordance entre les images identitaires, sociales et personnelles. Lorsque l'individu se définit par une inscription dans des catégories différentes de celles utilisées par les autres, il y a divergence entre les différentes images identitaires, et l'individu est susceptible de ressentir des émotions négatives, ce qui le motivera à modifier ses comportements afin de se réaligner avec ce qui est conforme à une vision intériorisée de lui-même (Cantwell, 2016).

Selon Fray et Picouveau (2010) l'identité professionnelle est une composante de l'identité globale. Elle se développe suite à l'inscription de la personne dans la vie sociale et est caractérisée par trois éléments : 1) la situation d'emploi et son interprétation par l'individu; 2) les relations interpersonnelles dans l'environnement de travail et le sentiment d'appartenance au groupe et, 3) la trajectoire professionnelle et la projection dans l'avenir (*Ibid.*, p.75). C'est donc en intégrant un nouveau groupe professionnel que l'individu développera une identité professionnelle. Cette adhésion à ce nouvel espace social provoquera une confrontation des représentations sociales reliées au système normatif, à l'univers symbolique, au langage et aux pratiques spécifiques de cet univers professionnel spécifique. Par exemple, Molgat (2007) a remarqué que les étudiants arrivent dans les écoles de travail social avec des représentations assez précises de la profession qui ne correspondent pas toujours à celles que proposent les institutions d'enseignements et les milieux de pratique. Ainsi, lorsque l'individu veut se joindre au groupe professionnel il devra faire siennes les représentations en circulation au sein de ce groupe afin d'y être reconnu comme un membre à part entière. Considérant les représentations sociales en circulation dans ce groupe professionnel Bataille (1997, 2000) emploi le terme de « représentations professionnelles » afin de souligner leurs caractères distinctifs. Selon l'auteur, ces dernières ne sont

ni savoir scientifique ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelle, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considérés, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ.» (Bataille et *al.*, 1997, p. 63).

Au terme de sa formation et de son adhésion au groupe professionnel, le professionnel sera le détenteur d'un savoir et de compétences techniques qui lui conféreront une identité de métier, une forme d'autonomie professionnelle ainsi que la reconnaissance sociale qui permettra à l'individu une structure identitaire professionnelle positive (Honneth, 2004). Par ailleurs, comme les individus, les groupes professionnels vont tenter de maintenir leur

position de pouvoir dans l'espace social ce qui aura pour effet de provoquer une forme d'instabilité sur leur adhérent. Dans la prochaine section, nous nous intéressons particulièrement aux enjeux de pouvoir relié à l'identité professionnelle.

1.2.1.2 Identité professionnelle et enjeux de pouvoir

L'identité professionnelle se construit donc sur des savoirs et des connaissances légitimées, c'est-à-dire fondées sur des preuves qui justifient le pouvoir professionnel, par ailleurs, un code de déontologie vient encadrer l'exercice de ce pouvoir et ainsi éviter les abus. En ce sens Larson (1977) définit le processus de professionnalisation comme un projet de mise en marché de compétences et de connaissances expertes. C'est un moyen pour l'individu de s'assurer une position sociale et économique privilégiée. Ainsi le contrôle des connaissances scientifiques ou spécialisées devient essentiel à la réalisation du projet professionnel. La capacité d'une profession à maintenir sa juridiction repose donc en partie sur le pouvoir et le prestige que confère un type spécifique de connaissances (Abbott, 1988) comme celles qui émanent de la recherche et du milieu universitaire.

Selon Glazer (1974) l'accès aux connaissances scientifiques permet des distinctions « majeures » et « mineures » entre les types de professions. Les premières possèdent des connaissances d'une grande complexité technique qui peuvent avoir un impact important sur la vie des individus. En outre, ces dernières sont des professions « libérales » dans la mesure où ces professionnels possèdent une indépendance considérable vis-à-vis de leurs clients n'étant pas soumis à une autorité bureaucratique. Glazer attribue aux professions majeures des fins claires et permanentes, des contextes institutionnels stables et des contenus de savoir professionnel fixes. L'auteur affirme en outre que les écoles des professions mineures sont dépendantes de disciplines académiques, telles que la sociologie, la psychologie, l'économie ou les sciences politiques, de statut supérieur à la profession elle-

même. Les professions mineures ont des fins ambiguës, des contextes de pratique mouvants et aucun contenu de savoir professionnel fixe. Cet énoncé de Glazer concernant les professions mineures trouve écho dans les propos de François Aballéa (2000) à propos du travail social. Ce dernier ajoute que l'imprécision des contours de la catégorie « travail social » entraîne des « problèmes d'inclusion, de compétence, d'appartenance, en fonction de la représentation que l'on a du groupe professionnel, de son pouvoir, de son autorité et de l'intérêt que l'on a ou non à y être assimilé » (*Ibid.*, p. 71). Par exemple, Aballéa note que « le qualificatif social accolé au substantif travail » (*Ibid.*, p.198) demeure plutôt énigmatique, car il peut tour à tour faire référence à l'objet, à la pratique ou encore au système de valeurs. McMichael (2000) ajoute que les travailleurs sociaux n'ont pas l'impression que leur place au sein du système de soins et de services sociaux est bien définie, et ils doutent de l'utilité de leur contribution à ce système. Comparativement aux autres professionnels de l'intervention, ils s'insèrent mal dans des catégories aussi clairement définies que celles des autres professionnels. Cette situation nuit considérablement à leur reconnaissance professionnelle, notamment au sein de la population. Ils se sentent socialement et culturellement dévalués (Lévesque et *al.*, 2019). Ainsi, les travailleurs sociaux tentent de se définir en creux et cherchent à combler les manques laissés par les autres professions.

Freidson (2001) précise que le pouvoir accordé aux groupes professionnels leur permet de déterminer qui sera qualifié pour effectuer un ensemble défini de tâches, et d'empêcher toutes les autres personnes d'effectuer ce travail et aussi d'établir des critères d'évaluation des performances ce qui permettra aux professions les plus prestigieuses de conserver leurs avantages sur les professions subordonnées (Baker et *al.*, 2011). Par exemple, au Québec la Loi sur les professions concède aux institutions professionnelles le pouvoir de délimiter des connaissances, des techniques, des pratiques, des règles, des normes et des conventions qui assurent à ladite profession son statut professionnel. L'institution professionnelle élabore

et diffuse des connaissances pratiques et prescrit des scénarios à partir desquels les professionnels fondent leur pratique quotidienne. C'est sur la base de ces scénarios et connaissances que les professionnels seront évalués (Hotho, 2008).

La légitimité conférée par le législateur par le biais du système professionnel constitue le fondement de la juridiction professionnelle, son absence augmente la probabilité d'ingérence de parties extérieures (Abbott, 1988). Mais la légitimité ne recèle pas que des aspects juridiques. Pour Gueguen (2014) la légitimité doit aussi être considérée comme « un sentiment ou un vécu (le "se sentir légitime") » (*Ibid.*, p. 68). Se sentir légitime n'est possible que dans l'espace social et avec l'approbation des autres. « Le sentiment de légitimité tout comme son absence ne dépendent pas seulement, ni même d'abord, des individus, mais de la façon dont, à travers leurs activités, ceux-ci sont perçus et évalués par les autres » (Gueguen, 2014, p.77). Axel Honneth (2013), précise : « pour être en mesure de se réaliser eux-mêmes [par exemple, les travailleurs sociaux] doivent se savoir aussi reconnus dans leurs qualités et leurs capacités particulières, et ils ont donc besoin d'une estime sociale qui ne peut leur être accordée que sur la base de fins communes » (*Ibid.*, p. 297).

Par ailleurs, la légitimité accordée par le système professionnel est tributaire du contexte social et économique et les modifications de ce contexte ont pour effet de remettre en question la pertinence de certains groupes sociaux. Ce réexamen a créé de l'incertitude ainsi que des ambiguïtés quant à l'influence, au pouvoir et au statut détenus jusque-là par les professionnels (Ethier and Deaux, 1994; Hogg and Terry, 2000). Cette remise en question de la légitimité génère des sentiments d'impuissances et d'incertitudes qui fragilisent l'identité professionnelle (Tapp, 1979). Comme l'énonce El Akremi (2009) pour affirmer son identité il faut d'abord être reconnu et légitimé, ce qui fait que

la quête de reconnaissance est intrinsèquement liée à la crise des identités personnelles et professionnelles [...]. En effet, les mécanismes de construction et de

recomposition identitaire représentent des processus sociaux et éthiques associés à la reconnaissance d'autrui et à la reconnaissance par autrui [...] (*Ibid.*, p.662).

Par exemple, une recherche ethnographique menée sur une période de deux ans par Garrow et Hasenfeld (2016) concernant le processus de prise de décision et la participation de travailleurs sociaux au sein d'une corporation de gestion de logements pour sans-abri³ a fait ressortir que les travailleurs sociaux peuvent être dépouillés de leur pouvoir professionnel même lorsqu'ils sont majoritaires au sein de l'organisation. Les auteurs font remarquer que l'exercice du pouvoir professionnel est tributaire de l'environnement politique, des ressources de l'organisation et des intérêts des individus qui contrôlent ces ressources.

1.2.2 L'intervention du travailleur social

Dans cette section nous nous intéressons au deuxième axe du travail social : l'intervention. Après avoir défini le concept d'intervention, nous soulignons l'importance de la communication et le rôle des représentations sociales dans la mise en place et l'élaboration d'une intervention. Nous examinons ensuite quelques éléments essentiels d'une intervention soit la cible, l'objectif, les moyens et l'interprétation des problématiques. Nous nous attardons à certains enjeux de pouvoir telles les catégorisations, l'individualisation de problématiques et la gestion du risque auxquels doit faire face le travailleur social lors de l'évaluation du fonctionnement social.

1.2.2.1 Définir l'intervention

Que signifie intervenir? Autrefois réservé au domaine du droit, le verbe « intervenir » signifiait soutenir, plaider, prendre la défense d'une cause, d'une personne (Rey et Hordé, 2010). Au début du XIX^e siècle, l'acception du terme s'élargit aux actions militaires d'un État hors de

³ Homeless Housing Corporation (HHC)

ses frontières et vers la deuxième moitié du XIX^e siècle, aux différentes actions pacifiques et/ou économiques menées entre nations ou dans le domaine médical, par exemple en chirurgie (*Ibid*). L'utilisation de ce concept a évolué et aujourd'hui, dans les professions des sciences humaines et sociales, « intervenir » signifie s'interposer, s'entremettre, se placer entre, être en position de médiateur.

Selon Perrenoud (1996), l'intervention va au-delà de la médiation, car dans ce type d'action il faut considérer qu'un étranger s'immisce dans un espace social duquel il n'est pas issu ; que cet inconnu tente par son influence d'améliorer une situation, des comportements, des attitudes ; et enfin, que cet étranger n'a aucune maîtrise sur l'influence qu'il peut ou non exercer sur l'autre. Dans sa définition, Perrenoud met l'accent sur l'influence et l'action de l'intervenant sur un individu ou un groupe laissant de côté l'aspect interactif de l'intervention. Benjamin (1995) quant à lui, considère l'intervention comme la rencontre de deux subjectivités, de deux volontés également engagées dans la satisfaction de leurs besoins.

Ces deux perspectives complémentaires supposent que lors d'une intervention différentes formes de pouvoir et d'influence sont exercées dans le but de modifier et/ou de transformer, d'obtenir des ressources, ou pour s'opposer et/ou résister à toute modification, transformation ou perte de ressources. Dans ce sens nous considérons l'intervention comme une interaction où se révèlent des jeux de pouvoir et d'influence.

L'intervention serait, dans cette acception, la pratique d'un professionnel avec un statut légitimé par des instances spécialisées (ordres professionnels, organismes d'accréditation ou autres) qui utilisent des connaissances spécialisées, le savoir expert, afin d'opérer le changement d'une situation individuelle ou sociale considérée comme problématique, dans le but de l'améliorer. Ce qui distingue cette définition de celle offerte par les milieux de la sociologie (Pagès, de Gaulejac, Dubost, Kaës, Lapassade, Hess, Vrancken, Touraine) c'est le statut d'autorité conféré à l'intervenant par rapport aux autres acteurs (clients, usagers ou patients) (Negura et Lavoie, 2016, p.12).

1.2.2.2 Intervention : communication et influence

L'action d'intervenir est donc une interaction au sein de laquelle s'engagent des liens sociaux entre des êtres humains et comme le précise Paul Watzlawick (1972) « le véhicule de cette interaction, c'est la communication » (*Ibid.*, p.222). Cette dernière est intimement liée à la vie humaine et à l'ordre social. Depuis notre naissance nous en avons acquis les règles et les techniques qui nous permettent d'échanger avec nos semblables et de savoir quoi dire, comment le dire et quand le dire (Adler et Proctor, 2015). Watzlawick et ses collaborateurs (1972) précisent que la communication n'est pas un processus interne, mais un échange d'informations entre « des personnes-en-communication-avec-d'autres-personnes » (*Ibid*, p. 97) fournies par « de nombreux modes de comportement : verbal, tonal, postural, contextuel, etc., chacun d'eux spécifiant le sens des autres » (*Ibid*, p. 35). Pour Watzlawick et ses collaborateurs, il est important de savoir comment nous communiquons et de quelle manière nous exerçons notre influence sans trop s'attarder aux modes de comportement qui permettent l'échange d'informations. À cet effet ils ont fait ressortir de l'étude de la communication cinq propriétés qui se révèlent être des vérités indémontrables, des évidences considérées comme universelles qu'ils présentent comme les cinq axiomes de la communication (*Ibid.*) (Voir schéma). 1) « On ne peut pas ne pas communiquer »; 2) « Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tel que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication »; 3) « La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires » ; 4) « Les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique. Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode, mais manque d'une sémantique appropriée à la relation. Par contre, le langage analogique possède bien la sémantique, mais non la syntaxe appropriée à une définition non équivoque de la nature des

relations » ; et 5) « Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence » (*Ibid.*, p.52).

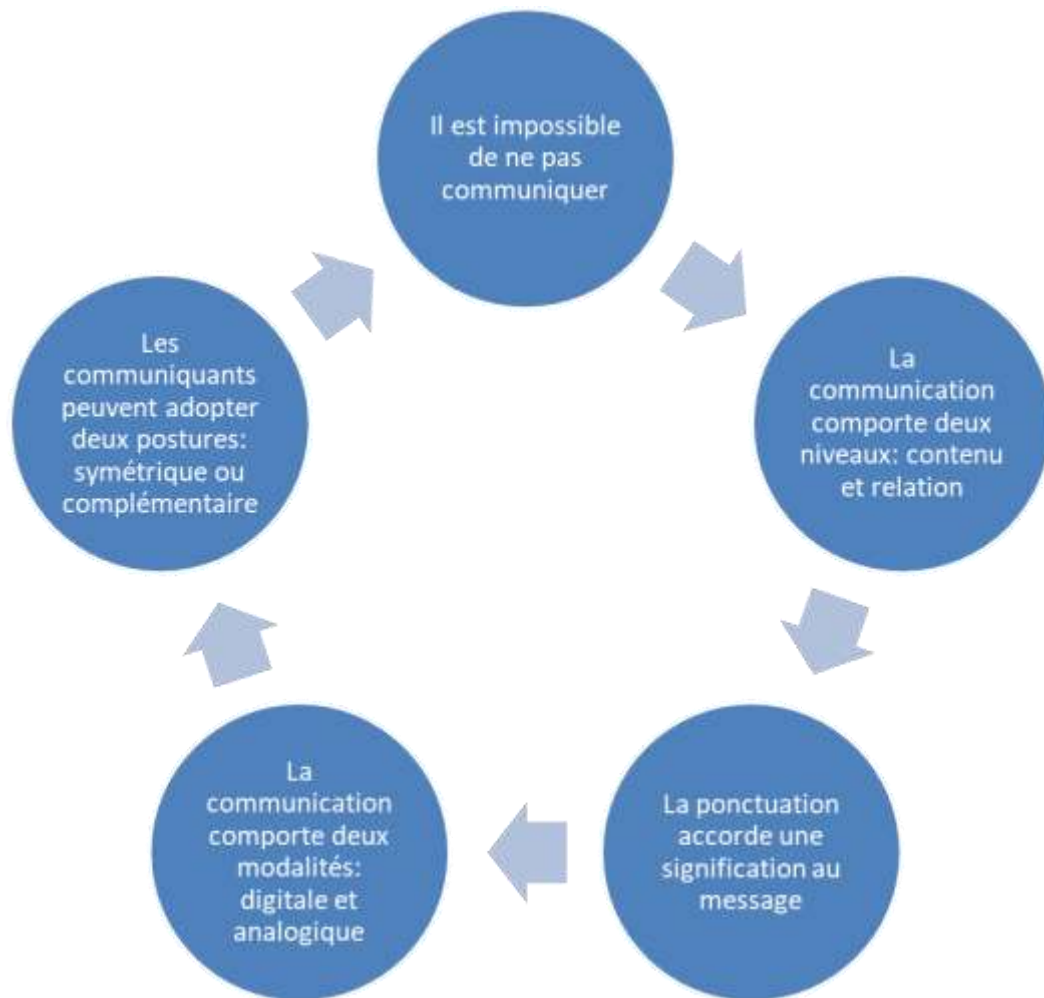


Schéma 1: Les 5 axiomes de la communication (Watzlawick et al., 1972)

Les intervenants exercent leur influence par le biais de la communication pour intervenir et amener l'autre au changement. Le langage est une des modalités de la communication et Bourdieu (1986) considère le langage comme une forme de pouvoir : dire c'est faire, parler, c'est agir, prendre la parole, c'est s'emparer du pouvoir. La propagande, la démagogie en sont des exemples. Pour Van Dijk (2012), c'est le contrôle de la production du discours

technique et savant qui assure une position de pouvoir. Ce sont les élites qui fabriquent et distribuent des « connaissances [...], des croyances, des attitudes, des normes, des valeurs, de la morale, et des idéologies. Leur pouvoir symbolique est aussi une forme de pouvoir idéologique » (*Ibid.*, p. 5). Il apparaît que le discours institutionnel est à bien des égards différent du discours informel que nous tenons chaque jour. Une première distinction tient au fait que l'un des acteurs est un professionnel, un expert qui est, selon le contexte de l'intervention, soumis à des règles institutionnelles, ou qui négocie un rôle ou une position sociale, hiérarchique ou de savoir expert.

En plus de la production du discours, les élites contrôlent aussi la prise de parole, et « moins les gens sont puissants, moins ils ont accès à différentes formes d'écrit ou de parler » ; « c'est le cas pour les enfants, les prisonniers, les accusés et (dans certaines cultures, y compris parfois les nôtres) les femmes », les moins instruits, les malades, les personnes âgées, les jeunes, etc.. Ces groupes moins puissants ne seront autorisés à parler que si on le leur demande : il en sera ainsi au poste de police, chez le médecin, au bureau de chômage ou d'aide sociale, et dans d'autres lieux institutionnels (*Ibid.*, p. 4). Les chercheurs ont ainsi observé le peu de crédit accordé aux clients/patients concernant l'interprétation de leur situation problématique et leurs motivations (Gremillion, 2003 ; Juarascio *et al.*, 2010). Ceux-ci ne disposent généralement pas de l'espace nécessaire pour partager leurs analyses de la situation et de ses causes, et la capacité d'énoncer des solutions leur est aussi déniée. Pour Lévy (2001), cette situation ne résulte pas de l'incapacité des clients à analyser leur situation ni d'une méconnaissance, mais d'un conditionnement dans la manière d'appréhender leur situation et leurs problèmes, conditionnement qui se répercute sur leur représentation d'eux-mêmes et de la situation.

Malgré une tendance à accorder du crédit aux connaissances expérientielles des clients, il semble difficile pour les experts d'adopter une position basse et de laisser plus de place au

client. Cette situation est peut-être due au désir de domination des êtres humains, comme le présumait Weber. Pourtant, comme nous l'avons vu, des études récentes (Van Dijke et Poppe, 2006) réfutent cette présomption. Les gens ne cherchent pas à dominer, ni à augmenter leur pouvoir personnel, mais plutôt à diminuer leur dépendance vis-à-vis des autres. Cette interdépendance des êtres humains met en relief la satisfaction des besoins et la recherche des ressources au centre des relations sociales.

Une autre distinction tient à la teneur du discours et du déséquilibre dans l'échange d'information. Par exemple, l'intervenant pose des questions très personnelles au client/patient qui, en retour, ne peut adresser qu'un type spécifique de questions à l'intervenant (West, 1984). Le discours institutionnel est une forme spécifique de discours qui s'inscrit dans un cadre légitimé par l'institution ou l'organisation à laquelle appartient l'intervenant. Il s'agit donc d'interactions institutionnelles où la relation de pouvoir est légitimée (Pettigrew, 1973 ; Pfeffer, 1981).

1.2.2.3 Représentation sociale et interventions

Considérer l'intervention comme une forme d'interaction où se déroulent des jeux de pouvoir et d'influence implique une confrontation entre savoir expert et savoir profane (Negura et Lavoie, 2016). Les connaissances théoriques et pratiques détenues par l'intervenant confirment son statut professionnel et son autorité face aux autres acteurs de l'intervention (clients, usagers ou patients) et l'autorise à intervenir auprès de ceux qui volontairement ou non s'engagent ou devront s'engager dans une démarche de modification comportementale. De plus, les représentations des intervenants et des personnes en demande de soins sont nécessairement divergentes, car elles naissent du contexte, des expériences vécues, des connaissances acquises lors des étapes de socialisation et d'éducation, ainsi que du contact

avec diverses sources d'information, comme les médias, les intervenants, l'entourage immédiat, etc. La question du savoir profane, son acquisition et sa diffusion sont au centre de la théorie des représentations sociale élaborée par Serge Moscovici (1961/2014). Nous reviendrons plus spécifiquement sur cette théorie au troisième chapitre, mais disons brièvement que les représentations sociales permettent d'interpréter la réalité de notre monde ; elles guident nos actions et nos comportements et orientent la communication (Jodelet, 2013), elles représentent donc « une cible privilégiée des interventions des professionnels, tant au regard de la formation et de la sensibilisation que dans le but de changer des comportements individuels et collectifs » (Negura Lavoie 2016, p.12).

Selon Jodelet (2013), la corrélation entre représentations sociales et pratique d'intervention peut prendre plusieurs formes. L'une d'elles s'actualise lorsque l'exploration des représentations sociales modifie les modes de pensée. L'intervention s'effectue par la découverte des pensées de l'autre et permet la prise de conscience. Ainsi procède par exemple le travailleur social qui, par ses questions, aide son client à verbaliser ses pensées, contribuant à la prise de conscience d'aspects de sa problématique qui lui demeuraient jusque-là cachés. D'autres pratiques d'intervention visent expressément la modification des comportements d'un individu ou d'un groupe. C'est la modification de la représentation sociale qui permettra le changement de comportement étant donné que les représentations sociales conditionnent les attitudes et les comportements des acteurs (patients/bénéficiaires/clients/intervenants). Elles ont une influence non seulement sur le comportement, mais sur l'attitude par rapport aux soins reçus et le suivi et l'observance des traitements (Bosc, 2013). Il a aussi été remarqué que l'interprétation d'une situation problématique divergeait selon les représentations professionnelles des intervenants à propos de cette problématique et que ces disparités, à l'intérieur même d'un groupe professionnel, pouvaient avoir un impact sur l'amélioration ou non de la situation vécue par

les individus, ainsi que sur l'évaluation finale par le client et le travailleur social (Herman, 1998; Rosen et Livne, 1992; Tsouyopoulos, 1994). Ces disparités sont le reflet des représentations sociales, des expériences personnelles et professionnelles, et de la culture du groupe d'émergence. À ce sujet, Kleinman (1980) rappelle que « the cultural EM [explicative model] itself constructs a unique category of illness behavior and, through a unique category of illness behavior, through that behavioral paradigm, affects the perception of symptoms and the labeling of the patient » (*Ibid.*, p. 165). Renaud et Thoer (2007) concluent que

l'analyse des représentations sociales s'avère un prérequis à toute intervention, à toute pratique de proximité favorisant un rapprochement à l'autre et nécessaire pour le cerner davantage. Elle est une condition pour développer des interventions congruentes avec la conception de la santé des acteurs (*Ibid.*, p. 352).

En plus de favoriser le rapprochement intervenant-client, cette analyse améliore la qualité et l'efficacité de l'intervention.

1.2.2.4 La cible de l'intervention

Historiquement la cible des travailleurs sociaux est constituée par des individus, « des familles, des groupes et des collectivités le plus souvent désavantagés, marginalisés ou exclus en raison de leurs conditions de vie, leurs modes de vie ou leurs origines (ethniques, culturelles) » (OPTSQ, 2012, p. 10). Boily (2014) actualise cette description de la manière suivante :

Le [travailleur social] accompagne les éclopés du système, celles et ceux qui n'ont pas leur place, mais dont la souffrance dérange ceux qui ont besoin de croire au système pour le faire fonctionner. Le [travailleur social] travaille l'entre-deux, le no-mans land de l'injustice sociale, un art de faire qui n'a pas de lieu. Ce paradoxe serait la noblesse du métier (*Ibid.*, p. 107)

Avec la révolution industrielle, les travailleurs sociaux ont dû faire face à une massification et à une complexification des problématiques (Creux, 2010 ; Stephensen et al., 2001). Les

populations à risque ou tombées dans l'indigence ont été identifiées et leurs problèmes et besoins déterminés par la santé publique (Otero, 2005). Ils sont alors pris en charge et des ressources sont mobilisées pour répondre à leurs besoins (Castel, 1994).

Aujourd'hui, la détresse s'est démocratisée et touche une portion bien plus grande de la population. Les travailleurs sociaux rencontrent ainsi des chômeurs de longue durée, des jeunes désocialisés, des familles monoparentales, des célibataires sans domicile fixe, des personnes âgées isolées, des parents surendettés, des familles recomposées (Stephensen *et al.*, 2001, p. 167). Aussi, le vieillissement de la population et l'arrivée d'immigrants ont peu à peu modifié le portrait démographique des usagers des services sociaux.

En intervenant auprès de populations démunies ou en difficultés, les travailleurs sociaux sont particulièrement susceptibles de faire face à d'importants enjeux de pouvoir et de nombreux paradoxes qui le placeront face à des conflits éthiques déchirants étant donné la disparité de ressources et la capacité d'agir entre les acteurs de l'intervention.

La relation professionnelle réunit deux personnes égales en dignité, mais inégales quant à la compétence et quant au besoin. Cette inégalité, que l'on peut justement désigner par le terme dépendance, qui est au cœur de la relation professionnelle est la source même de la nécessité de protection. Toute relation de dépendance peut effectivement conduire à l'abus de pouvoir (Legault, 1997, p. 43).

Selon Boily (2014), la personne en détresse recevra de l'aide seulement si elle se soumet aux exigences administratives.

Entre les [travailleurs sociaux] et les citoyens, il ne s'agit pas que de relations interpersonnelles, ou de relation d'aide, de service ou de support [...] il s'agit d'une relation de pouvoir où le citoyen doit se soumettre à des procédures imposées par l'État pour obtenir la jouissance de droit qu'il est réputé avoir élaborées et reconnues pour lui-même et pour ses semblables (*Ibid.*, p.104).

1.2.2.5 L'objectif de l'intervention thérapeutique

De manière générale les interventions ont pour but de modifier individuellement ou concomitamment une attitude, des perceptions, un comportement, des relations, une pensée, des émotions, des croyances, etc. et ainsi faire en sorte que l'individu reprenne son pouvoir d'agir sur lui-même et/ou sur la situation problématique et améliore sa qualité de vie (Adler et Proctor, 2015). Pour que l'effet de cette procédure soit durable et significatif, ladite procédure devra avoir un impact émotionnel et produire un changement de perception chez l'individu, soit sur sa situation problématique ou sur lui-même (Chambon, 2010). Indépendamment de leur schéma conceptuel et théorique, toutes les procédures thérapeutiques ont en commun six caractéristiques (Frank, 1985) :

- 1) La thérapie permet de combattre le sentiment d'aliénation du client. Le partage des croyances et des représentations sociales est essentiel à la formation et au maintien de tout groupe, de sorte que l'adhésion du client et du thérapeute à la même conceptualisation thérapeutique crée un lien puissant entre eux.
- 2) La thérapie permet d'ouvrir et d'élargir la perspective d'une « guérison ». La procédure thérapeutique et son schéma conceptuel répondent aux attentes du client, ce qui a pour effet de susciter l'espoir et de maintenir la motivation du client dans la poursuite du processus thérapeutique.
- 3) La thérapie est une forme d'apprentissage. Les nouvelles informations et les nouvelles expériences chargées d'émotions vont permettre le changement.
- 4) La thérapie permet l'éveil émotionnel. Les émotions fournissent la force motrice nécessaire pour entreprendre l'effort et subir la souffrance qu'impliquent généralement les tentatives de changement de soi.
- 5) Et le plus important selon Frank : la thérapie renforce le sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle. L'estime de soi et la confiance en soi dépendent dans une large mesure des sentiments de pouvoir et de maîtrise de soi qui permettent d'exercer un certain contrôle sur les autres et sur soi-même.

Le but de l'intervenant est de favoriser le développement du sentiment de contrôle de l'individu sur son environnement social et personnel

all therapies enhance the patient's sense of mastery or self-efficacy. Self-esteem and personal security depend to a considerable degree on the sense of being able to exert

some control over the reactions of others toward oneself, as well as over one's own inner states (Frank, 1985, p.3).

Dans tous les contextes d'intervention : thérapeutique, d'éducation ou de soutien, l'aidant se retrouve en situation d'accompagnement et le processus thérapeutique sera orienté en fonction des objectifs du client. Ce dernier, qu'il soit enfant ou adulte, devra ressentir une certaine insatisfaction, de l'inconfort voir de la souffrance et ressentir le besoin d'être aidé. Par ailleurs, l'intervention thérapeutique n'a aucune chance de réussir si le poids des facteurs sociaux défavorables est trop important. Il est important de souligner que l'aidé, avant même son arrivée, a souvent des attentes par rapport au professionnel et qu'il s'est déjà imaginé cette rencontre (Rogers, 1940). Frank (1985), fait remarquer que le client est volontairement en position de dépendance envers le thérapeute, car il souhaite obtenir l'aide d'une personne détenant les ressources nécessaires pour lui venir en aide. En outre, l'intervenant a été légitimé par la société qui a reconnu son savoir professionnel et ses habiletés à venir en aide aux autres.

The patient lets himself become dependent on the therapist for help because of his confidence in the therapist's competence, good will and disinterestedness. The patient trusts the therapist not to exploit or reject him; that is, the patient has confidence in the therapist's professionalism (Frank, 1985, p.2-3).

Au Québec, le travailleur social intervient au point de friction entre l'individu et son environnement, sa démarche a pour objectif le soulagement de la détresse sociale et la réinscription de l'individu au sein de la société afin qu'il réinvestisse au plus vite son rôle social, qui est de « participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société » (Bourgon, 2007, p. 123). Cette intervention est susceptible d'avoir des effets directs sur le bien-être des individus et peut dans certains cas « prévenir l'aggravation de troubles ou le basculement dans la pathologie » (INPÉS, 2002, p. 10). Comme le laissent entendre Krogsrud et ses collaborateurs (2016), nous pourrions conclure qu'en Amérique du Nord

l'amélioration du bien-être et l'autonomisation des personnes vulnérables sont des objectifs qui font consensus au sein de la profession :

All social work practitioners, regardless of their particular field of practice, share a common professional identity and work toward similar purposes. The National Association of Social Workers (1999), in its Code of Ethics, defines this unifying purpose, or mission, of all social work as "to enhance human well-being and help meet the basic human needs of all people, with particular attention to the needs and empowerment of people who are vulnerable, oppressed, and living in poverty" (Preamble). To meet this purpose, social workers recognize that personal troubles and public issues are intertwined (*Ibid.*, p.3).

D'autres chercheurs reprenant l'objectif d'autonomisation des individus démunis font valoir des motivations qui s'éloignent des perspectives altruistes. Par exemple, Soss et ses collaborateurs (2011) font remarquer que l'idéologie néolibérale et la montée de la responsabilisation de l'individu ont consolidé le désengagement de l'État envers les populations défavorisées. L'intervention vise alors à éduquer l'individu afin qu'ils adoptent les comportements attendus tout en réduisant le plus possible le secours direct.

Pathological images of poor, minority neighborhoods became a repository for diffuse public anxieties, personified by the lazy and licentious welfare queen and the violent, drug-dealing gangbanger. A new "underclass" was discovered, and its problems were folded into a broad narrative of declining morality and authority. Blame was laid squarely at the feet of liberals, whose "permissive" policies had coddled criminals and failed to enforce social obligations. To restore personal responsibility and social order, state authority would have to be deployed in a more disciplined and disciplinary manner—one that emphasized the bottom lines of efficient performance and effective results (Soss et al., 2011, p.293).

L'objectif de la rééducation est alors de réinstaurer la norme d'internalité, afin que les individus réinterprètent leurs difficultés et se considèrent non pas comme des victimes du système, mais comme des acteurs responsables de leur devenir (Ehrenberg, 2011). Ceci fait dire à Le Poulter (1986) que l'objectif ultime du travailleur social est de reproduire l'« idéologie dominante relative à la famille, à l'école, au travail, à la vie civique » (*Ibid.*, p. 6)

et de faire en sorte que les gens acquièrent la « norme d'internalité⁴ » (*Ibid.*, p. 33) qui permet le maintien de l'organisation sociale.

Le travailleur social se retrouve ainsi devant un paradoxe. L'intervention entre le contexte social (structures institutionnelles, bureaucratie, système normatif) et l'individu rompu, inadéquat, vivant des difficultés d'insertion ou d'adaptation peut être considérée comme une forme de contrôle social ou une entreprise de normalisation ou encore comme une opportunité de développement du pouvoir d'agir.

1.2.2.6 Les moyens de l'intervention

Pour atteindre les objectifs proposés dans le plan d'intervention le travailleur social va mettre en œuvre son savoir-faire technique en utilisant des méthodes appelées : « service social personnel, intervention sociale individualisée, aide psychosociale, intervention sociale d'aide à la personne » (Bilodeau, 2005, p. 118). Ces méthodes s'actualisent grâce à des outils tels la relation d'aide (écoute, l'accueil, sollicitude), l'accompagnement, le soutien, la défense des droits, le courtage de ressources. La pratique dominante en travail social est l'intervention individuelle (Deslauriers et Hurtubise, 2005), « l'action sur le social demeure avant tout d'ordre idéologique, plutôt que pratique » (Chouinard, 2016 p. 106).

En plus des méthodes le travailleur social s'appuiera sur des approches c'est-à-dire qu'il abordera la problématique en fonction d'un point de vue, d'une méthode. Selon Krogsrud (2016) les approches les plus usitées en travail social sont celles des écosystèmes

⁴ La norme d'internalité repose sur l'idée que les individus sont maîtres de leur destinée et responsables de leurs comportements. L'adhésion à cette idéologie est plus ou moins forte selon la position sociale et la fonction des individus. En psychologie sociale, cette norme est associée à l'exercice du pouvoir (Beauvois et Le Poulter, 1985). L'instillation de l'internalisation est en soi un acte de pouvoir qui permet la reproduction de l'idéologie dominante (Le Poulter, 1986). Les « travailleurs sociaux, justifient et évaluent leurs interventions en référence à cette norme d'internalité. [...] les inadaptés sociaux y contribuent aussi, parce qu'ils finissent par admettre le bien-fondé psychologique de ce travail d'éducation et d'assistance qui se déploie à leur intention et dont finalement ils tirent quelques avantages » (Le Poulter, 1986, p. 83).

(Germain, 1979), du constructionnisme social (Gergen, 2005), du parcours de vie (Elder, 2001), du travail social critique (Gray & Webb, 2013), de la perspective biopsychosociale, de la perspective traumatique (Levenson, 2017), de la psychanalyse (Freud, 1920), cognitivo comportementales (Spiegler et Guevremont, 2010), gestaltiste (Perls, 1947), etc.

Sont aussi mises à contribution des approches basées sur l'idéologie égalitaire telle l'approche anti-oppressive (Dominelli, 2002), structurelle (Moreau, 1987), narrative (White et Epston, 1990), féministe (Turner & Maschi, 2014), ainsi que des concepts tels l'« agentivité », la « capacité d'agir », le « gap-mending », l'empowerment, etc.

Ces méthodes et approches qui empruntent des arguments à la science, à la logique et/ou à la raison ont démontré leur efficacité pratique et leur validité scientifique, et sont accréditées par les instances institutionnelles (Bourque, 2009) légitimant ainsi l'intervention du travailleur social. Cette reconnaissance scientifique permet de répondre à un enjeu important pour les travailleurs sociaux qui sont peu reconnus par la population (Stephensen, *et al.*, 2000) et l'institution (Pelchat *et al.*, 2004).

1.2.2.7 L'Interprétation des problématiques

Toutes les formes d'intervention suivent plus ou moins les mêmes étapes. Après avoir établi un premier contact et discuter des objectifs du client l'intervenant procédera à ce qui est considérée l'analyse ou l'interprétation de la situation problématique. En principe cette analyse se base sur des données théoriques issues de la science, mais les présupposés, le sens commun, les croyances, l'intuition, les connaissances pratiques issues de l'expérience professionnelle sont aussi mis à contribution de manière importante (Blanchet *et al.*, 1993 ; Cnaan et Dichter, 2008; Demailly 2014; Kleinman, 1980 ; Rhéaume et Sévigny, 1988 ; St-Onge, 2013; Webb, 2001).

L'évaluation est aussi fortement tributaire de l'orientation théorique de l'intervenant. On peut constater ce lien entre orientations théoriques, interprétation des problématiques et le choix des moyens d'interventions lorsqu'on observe les pratiques d'interventions de différents professionnels de la santé mentale. Par exemple, les médecins psychiatres, tenant du courant organiciste, considèrent les affections psychiques comme des perturbations biologiques et/ou génétiques et offrent des traitements pharmacologiques (Gauthier, 2009). Chez les psychologues, les affections psychiques résultent de croyances erronées ou de mauvaises interprétations : ils offrent alors des thérapies relationnelles et réflexives (Turcotte, 2005). Pour les travailleurs sociaux, les difficultés, la souffrance physique et/ou psychologique, la maladie mentale sont la conséquence d'un mauvais ajustement de l'individu à son environnement social et culturel : oppressions structurelles, inégalités sociales, mauvaises répartitions des ressources, ruptures ou absence de liens sociaux, etc. (Dorvil, 1990; Seabury et al., 2011). S'inspirant des théories empruntées à la psychologie sociale, aux sciences politiques, à l'anthropologie, à la linguistique, à la sociologie et à la philosophie (De Robertis et al., 2018) les travailleurs sociaux mettront en place des interventions qui tiennent compte des écosystèmes, du développement individuel et familial, de l'orientation forces-besoins des individus et des perspectives sociocritiques/structurelles (Keefler et al., 2014).

Les connaissances pratiques et théoriques utilisées pour l'évaluation des problématiques ont la particularité d'avoir été légitimées par l'institution et de ce fait, elles octroient une forme d'autorité et imposent une forme de vérité (Foucault, 1982). Lorsqu'un expert, auréolé de son savoir, entreprend de définir, de décrire, de nommer le comportement d'un individu ou d'un groupe d'individus, il détermine ce qu'il adviendra de cet individu ou de ce groupe, ce qui peut aller jusqu'à les transformer. Pour Foucault, l'exercice du pouvoir s'appuie essentiellement sur des savoirs et l'imposition de LA vérité transforme les individus en sujets.

Au Québec l'acte d'évaluer et/ou de diagnostiquer est réservé à certains professionnels spécifiquement mandatés. Par exemple, la dernière révision du Code des professions du Québec⁵ (2009) autorise, dans le cadre de la loi de la protection de la jeunesse ou de celle sur le système de justice pénale pour les adolescents, les travailleurs sociaux et d'autres professionnels (psychologues, thérapeute conjugal et familial, conseiller en orientation, ergothérapeute, orthopédagogue, infirmière et médecins) à évaluer les personnes en matière de garde d'enfant et d'adoption ou celles atteintes d'un trouble mental ou d'un handicap. Les professionnels désignés ont le pouvoir de déterminer les services de réadaptation et d'adaptation pour les élèves en retard de développement et de décider de mesure de contention ou d'isolement dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre d'un régime de protection du majeur ou d'inaptitude est exclusivement réservée aux travailleurs sociaux (voir Annexe 3 : Actes réservés par profession).

D'autres auteurs (Turner, 2002; Corcoran et Walsh, 2016) n'hésitent pas à employer le terme « diagnostique » ce qui rapproche l'évaluation du travailleur social des paradigmes biomédicaux positiviste et place ce dernier en position d'expert pour identifier le problème et sa cause et de possible solution. Turner (2002) précise que le concept de diagnostic est présent en travail social depuis plusieurs décennies. Par contre, l'auteur remarque que depuis les années 1980 les travailleurs sociaux s'efforcent de s'éloigner, par la nature et le contenu de leur évaluation, du paradigme biomédical et de la nosographie publiée par l'association américaine de psychiatrie (DSM).

Masson (2012) s'intéressant à l'évaluation effectuée par les travailleurs sociaux fait ressortir trois modèles d'évaluations élaborés d'après la catégorisation de Smale et ses collaborateurs

⁵ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (gouvernement du Québec, 2009).

(1993) : 1) le modèle interrogatif, 2) le modèle protocolaire et 3) le modèle dialogique. **Le modèle interrogatif** recueille les données par le biais d'une série de questions précises, organisées et standardisées sous la forme d'un questionnaire à compléter. **Le modèle protocolaire** suppose une collecte de donnée structurée et guidée par une liste de contrôle. L'admissibilité ou l'inadmissibilité à un service sera alors déterminée par des critères préétablis par l'institution. Dans ce type d'évaluation, le jugement professionnel est peu ou prou mis à contribution. Les données recueillies sous **le modèle dialogique** reflètent les ressources et le potentiel de la personne. L'individu est considéré comme un expert de sa réalité et le professionnel un collaborateur, il accompagne l'autre dans l'atteinte de ses objectifs. Selon Masson (2012) les modèles interrogatifs et protocolaires s'insèrent dans une culture positiviste. Les données recueillies auprès de la personne en recherche d'aide sont qualifiées de subjectives et l'opinion du professionnel, basée sur des faits, est considérée objective et vérifiable. Donc, l'opinion du professionnel prévaudra sur celle de l'aidé. Quant au modèle dialogique, il rencontre plusieurs écueils au sein de l'institution étant donné qu'il ne repose pas sur des données objectives, mais sur la perspective de la personne aidée. Nous revenons plus loin dans cette section sur les enjeux éthiques et de pouvoir reliés à ces trois modèles.

Au Québec, l'évaluation des travailleurs sociaux porte le titre « d'évaluation du fonctionnement social ». Elle est considérée comme la pierre angulaire de la profession. L'élaboration et la consignation au dossier du client de cette évaluation représentent « une compétence professionnelle fondamentale pour les travailleurs sociaux » (Kefler et al., 2014, p.268).

L'évaluation du fonctionnement social consiste en une analyse contextuelle de la situation sociale de la personne dans une perspective d'interaction dynamique entre elle et son environnement. Elle intègre également une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent la situation de la personne et les problèmes qu'elle rencontre en accordant une attention particulière aux questions de préjudice, de stigmatisation, de discrimination, d'exclusion et d'oppression ainsi qu'aux inégalités sociales et

économiques (Thornicroft, 2006). Elle conduit à porter un jugement professionnel éclairé et crédible sur la nature des rapports entre les personnes et leurs contextes de vie ainsi que sur leurs conséquences en termes d'obstacles, de limites, de défis pour la personne, mais aussi d'opportunités en lien avec ses besoins, ses aspirations, l'exercice de ses rôles sociaux et de ses droits [...] (OTSTCFQ, 2013 p. 15).

Selon l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux, cette évaluation se distingue de celle des autres professionnels par l'importance accordée aux éléments de la sphère sociale dans l'analyse des problématiques.

[Le travailleur social] identifie les valeurs, les normes, la culture ainsi que les politiques sociales et économiques, dont les mesures de protection sociale de la société et de la communauté d'appartenance de la personne. [...] L'environnement dans lequel évolue une personne influence tant son fonctionnement social que ses conditions de vie et donc, l'émergence ou non de problèmes sociaux tels que la discrimination, les injustices et l'oppression. Inversement, la personne est porteuse de changement et influence son environnement (OTSTCFQ, 2011, p.8-9).

L'invitation de l'Ordre professionnel faite aux travailleurs sociaux de s'inspirer « des principes de respect des droits de la personne, d'autonomie et d'autodétermination » (OTSTCFQ, 2011, p.9) dans l'évaluation des problématiques se heurte directement à la mission de l'Institution (par exemple les CIUSS et les CISS⁶) qui est de produire des résultats (Boily, 2014). Selon Massé (2003) c'est en s'appuyant sur le principe de bienfaisance⁷ que l'Institution met en place des moyens et des actions considérées comme utiles à la réalisation de sa mission. Comme le précise Massé « le risque est omniprésent de tenir pour acquis que n'importe quels moyens peuvent être utilisés dès que l'on s'est assuré que les

⁶ Les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) regroupent les Centres hospitaliers (CH), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et les Centres de réadaptation (CR).

⁷ La bienfaisance est l'action de faire du bien dans l'intérêt d'autrui. En santé publique, elle motive et légitime les actions qui visent le bien-être de la population, la santé en étant une composante essentielle. Plus particulièrement, la bienfaisance sous-tend la finalité de santé publique qui est l'amélioration de la santé de la population par l'action sur les facteurs qui la déterminent. Le sens donné au « bien » visé par la bienfaisance peut évoluer en fonction du contexte socioculturel et, en matière de santé, être influencé, entre autres, par les avancées technoscientifiques ou les autres connaissances permettant de mieux comprendre les déterminants de la santé et de mieux agir sur eux (INSPQ, 2010, p.9).

bénéfices dépassent les coûts (économiques, psychologiques et sociaux) » (*Ibid.*, p. 41). Ainsi, le travailleur social risque de produire une évaluation du fonctionnement social qui cadre dans le principe de bienfaisance et la logique utilitariste⁸ (Cova et Jacquet, 2012), et qui impose « pour leur bien-être, des valeurs ou des finalités à des personnes ou à des groupes qui, non seulement ne les partagent pas, mais aussi ne peuvent les discuter sous peine de se voir taxer de non-collaboration » (Boily, 2014, p.125).

Pour Keebler et ses collaborateurs (2014), l'évaluation découle d'un processus de réflexion, « de traitement de l'information, de l'analyse créative et de la pensée heuristique » (*Ibid.*, p.276) qui permet au professionnel de structurer sa pensée critique. Pour les travailleurs sociaux, l'évaluation du fonctionnement social, la plupart du temps reléguée après le déroulement de l'intervention (Sinclair et al., 1995), est perçue comme une tâche imposée par le système professionnel et la bureaucratie qui privilégie les statistiques et la tenue de dossier au détriment de la rencontre avec les individus (Balkow et Lillis, 2019). Cette tâche représente donc une mesure de contrôle supplémentaire qui permet à l'institution d'encadrer et de contrôler les activités des travailleurs sociaux (Boily, 2014).

Toute forme d'évaluation recèle en soi des enjeux éthiques et de pouvoir et celle effectuée par le travailleur social n'y échappe pas. Masson (2012) a formulé des questions critiques concernant l'évaluation du fonctionnement social concernant la catégorisation, l'individualisation des problématiques et la gestion du risque. Voyons plus en détail ces éléments.

⁸ « La thèse centrale de l'utilitarisme peut être résumée par le fameux *principe d'utilité*, que le plus célèbre disciple de Bentham, John Stuart Mill résume de la manière suivante: « les actions sont bonnes ou sont mauvaises dans la mesure où elles tendent à accroître le bonheur, ou à produire le contraire du bonheur ». À ce principe d'utilité s'ajoute une thèse *hédoniste* selon laquelle par « bonheur » on entend le plaisir et l'absence de douleur; par « malheur », la douleur et la privation de plaisir » (Cova et Jacquet, 2012, p.76).

1.2.2.7.1 La catégorisation

Rappelons qu'au Québec la porte d'entrée des services psychosociaux est l'accueil psychosocial⁹. La personne en demande d'aide devra dans un premier temps rencontrer un travailleur social pour lui exposer sa requête. Cette première évaluation sera effectuée à l'aide d'un questionnaire prescrit par l'institution. L'utilisation du formulaire permet une constance et une standardisation des données recueillies. Par ailleurs, sa composition reflète néanmoins une certaine vision des problématiques et circonscrit la nature des informations à recueillir tout en encadrant le travail du professionnel (Massé, 2003). Richard Coe (1987) a souligné l'aspect hégémonique des formulaires prescrit par l'administration.

Form can, in this sense, be ideological : when a particular form constrains against the communication of a message contrary to the interests of some power elite, it serves an ideological function. Insofar as form guides function, formal values may carry implicit moral / political values [And depending on the context the form will take different aspects] as organic, as construct; as flexible, as rigid; as generative, as constraint; as an instrument of creation and meaning; as the social penetrating the personal (*Ibid*, p.19).

Revenons au premier contact du client avec l'accueil psychosocial. Lors de cette rencontre, le travailleur social procédera à une première évaluation de l'individu et de ses besoins. Après analyse le professionnel dirigera la personne vers les services jugés appropriés. Un ordre de priorité¹⁰ sera aussi assigné à cette demande de service et octroiera au client une place spécifique dans la liste d'attente pour les services d'aide. Les différents services

⁹ Chaque CIUSS propose à la population et aux individus qui vive des difficultés personnelles, professionnelles ou familiales des services d'accueil psychosocial afin d'aider à gérer l'anxiété et les souffrances psychologiques qui peuvent survenir lors de crise personnelle, familiale ou de couple en proposant du soutien, de l'information et en orientant la demande vers le bon service. Il est possible d'accéder à ces services en se présentant ou en téléphonant au CLSC de notre quartier. La demande sera évaluée et dirigée vers le service le plus approprié. <https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/aide-lors-de-difficultes-personnelles/accueil-psychosocial>.

¹⁰ Par exemple au sein des CIUSS certains services d'accueil psychosocial proposent cette classification à l'équipe psychosociale: P1 = Très urgent – rencontre Immédiate; P2 = urgent – maximum de 14 jours de délais avant une première rencontre; P3 = Non urgent – rencontre aussitôt qu'un intervenant se libère.

institutionnalisés sont répartis selon des critères sociodémographiques, économiques et diagnostiques et donc offerts à des catégories spécifiques d'individus. Selon Massé (2003) et Michalot (2010) l'évaluation génère inévitablement une catégorisation basée sur des préjugés et des stéréotypes sociaux trop souvent consensuels. L'auteur rappelle que « les travailleurs sociaux ont tendance à majoritairement utiliser des connaissances en lien avec des valeurs et des catégorisations normatives pour prendre des décisions » (*Ibid.*, p.232).

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'expert qui utilise son pouvoir professionnel pour diriger la personne vers des services pose un acte de catégorisation qui ira jusqu'à déterminer ce qu'il adviendra de l'individu. De plus comme le souligne Michalot (2010)

les nouvelles formes de management du social qui prône l'individualisation et la contractualisation des aides, la mise en concurrence des demandeurs et l'évaluation des performances font que les travailleurs sociaux intègrent et utilisent des valeurs libérales et morales au détriment des valeurs qui ont fondé leur métier comme la solidarité nationale et la justice sociale (*Ibid.*, p.112).

Par ailleurs, concernant la catégorisation d'ordre diagnostique, Masson (2012) rappelle que nous évoluons dans un système où les services sont octroyés sur la base d'une symptomatologie médicale et/ou psychiatrique ce qui ancre les modèles interrogatifs et protocolaires de l'évaluation du fonctionnement social dans une culture positiviste et « dans cette perspective, la causalité devient un élément majeur de l'évaluation » (*Ibid.*, p.233). Dans ces circonstances et à une époque marquée par le manque de ressources Masson (2012) s'appuyant sur les recherches de Milner et O'Byrne (2009) fait remarquer que « les travailleurs sociaux auront tendance à « adapter » la cause des problèmes rencontrés par les destinataires » (Masson, 2012, p. 233) et à considérer finalement que la solution aux difficultés se trouve à l'intérieur de la personne (sa motivation et son engagement dans le changement, compliance, etc.) plutôt que dans l'environnement (ressources financières, disponibilités des logements abordables, facilité d'emplois, etc.).

1.2.2.7.2 L'individualisation des problématiques

L'évaluation du fonctionnement social place inévitablement l'individu au centre de la problématique et comme nous l'avons soulignée avec les remarques de LePouliter (1986) la marge de manœuvre des travailleurs sociaux est limitée et « les évaluations psychologiques qu'ils produisent sont souvent les seules possibles dans les conjonctures où ils fonctionnent », puisqu'elles sont déterminées par des idéologies qui font consensus dans la société (*Ibid.*, p. 86). Masson (2012) attire notre attention sur la tension entre responsabilité individuelle et responsabilité collective que ce type de démarche engendre. L'auteur rappelle que les évaluations du fonctionnement social basées sur les modèles interrogatifs et protocolaires « adoptent un cadre moral qui s'appuie sur un certain nombre de valeurs provenant de l'individualisme contemporain et du néolibéralisme » (Massé, 2003, p.232). La société et l'exercice du travail social ont été marqués par les transformations idéologiques de l'interprétation des problématiques et de l'intervention. L'État québécois a adopté depuis les années 1970¹¹ une « conception globale de la santé » avec comme conséquence un désengagement de l'État quant aux causes structurelles de la maladie et un transfert vers l'individu. Ainsi, « la maladie devient [...] le résultat de choix des individus, comme s'ils étaient tout à fait indépendants et aptes à résister à leur environnement et à faire les bons choix pour leur santé » (Poliquin, 2015, p.19). L'individu devient le seul responsable de sa souffrance et même de ses pathologies. Selon Masson (2012), le rôle de l'état, influencé par le néolibéralisme, vise la réinsertion et la réintégration des individus dans leur rôle économique et la collectivité.

¹¹ Voir annexe histoire de la pauvreté la section médicalisation de la société et le rapport Lalonde 1974 qui marque un tournant dans l'interprétation des problématiques de santé.

Il apparaît que les travailleurs sociaux accordent une place importante aux déterminants psychologiques et aux processus de normalisation¹² en sous-évaluant le « poids des déterminismes socio-économiques » (Aballéa, 1996, p.16.) (contexte social et institutionnel, inégalités, injustices, etc.) dans l'interprétation des problématiques et la mise en place des pratiques d'intervention (Ion, 2010). Cette orientation théorique qui surestime les composantes psychologiques des problèmes sociaux n'est pas propre au travail social, mais caractérise une « multitude de systèmes, professionnels, scolaires, sportifs, associatifs [et] infléchie des pratiques éducatives dans tout le corps social » (Le Poulitier, 1986, p. 81). « La sphère psychologique est devenue tellement englobante qu'elle semble aujourd'hui être en mesure de tout expliquer : l'échec comme la réussite scolaire, le chômage, les problèmes de relations familiales, etc. » (Moreau, 2009, p.230). Les professionnels de l'intervention utilisant les théories psychologiques ou les données probantes sont généralement convaincus du caractère scientifique de leurs descriptions et interprétations, bien qu'elles soient largement tributaires du sens commun et de leurs représentations sociales (Negura et Lavoie, 2016), reflet du système de valeur et du contexte social et professionnel.

1.2.2.7.3 La gestion du risque

L'État légitimé par les données de la médecine épidémiologiques et sur le calcul du risque intervient désormais dans toutes les sphères de notre vie (Massé, 2003) et met en tension le droit à la protection et le droit à l'autodétermination. Dans ce sens les évaluations du fonctionnement social se référant aux modèles interrogatifs et protocolaires auront comme objectif de détecter le risque potentiel (suicide, violence conjugale, maltraitance, etc.) et de déterminer de possibles solutions. Pour Masson (2012), cette situation présente un véritable

¹² La naturalisation (ou normalisation?) permet l'utilisation de la norme d'internalité afin de « psychologiser » des comportements déviants et de les réduire à des causes individuelles. Ce processus assure la protection et le maintien du système social (Doise et al., 1978, p.61-63).

enjeu d'imputabilité « des travailleurs sociaux en rapport aux conséquences des situations sur lesquelles ils interviennent et formulent des recommandations professionnelles » (*Ibid.*, p. 234). L'actualité regorge de situations où le plan d'action a échoué et le travailleur social est pointé du doigt. Ces situations malheureuses relayées dans les médias viennent nourrir les représentations sociales négatives de la population à propos du travail social (Lévesque et al., 2019). Le risque est alors pour le travailleur social de se concentrer sur l'évaluation du risque plutôt que sur le besoin de la personne ou encore de blâmer l'individu qui par ses actions et comportements met sa vie et sa santé en péril.

1.2.3 Synthèse des sections précédentes

Concernant les axes identitaires et de l'intervention, nous avons d'abord défini le concept d'identité professionnelle en soulignant ses aspects psychologiques et sociologiques. Nous avons fait mention des problèmes reliés à l'identité professionnelle des travailleurs sociaux et de quelques éléments contextuels tels la confrontation des valeurs avec celle de l'institution, la fragilité de l'autonomie professionnelle et une mauvaise reconnaissance de leur expertise par la population et les autres professionnels, éléments qui jouent un rôle dans la persistance du malaise identitaire. La confusion identitaire est susceptible de faire vivre des émotions négatives et d'avoir des effets sur la santé. Nous nous sommes ensuite penchés sur l'intervention en travail social. Après avoir décrit le concept, nous avons mis en évidence, à travers les cinq axiomes de la communication, son rôle incontournable dans l'intervention et sur la posture de l'intervenant. Le déséquilibre entre le discours professionnel, empreint de savoir légitimé, et celui de l'aidé considéré comme profane apparaît comme un enjeu de pouvoir appréciable. Ces propos concernant le savoir profane nous ont amenés aux représentations sociales et au développement du sens commun et à son rôle au sein de l'intervention. Nous avons souligné l'importance d'en tenir compte afin d'établir un rapprochement à l'autre et de développer des interventions congruentes. Ensuite c'est la

description d'éléments constitutifs de l'intervention qui a été présentée : la cible, l'objectif, les moyens, et l'interprétation ou l'évaluation. La cible de l'intervention est historiquement constituée par les plus démunis. Elle s'est démocratisée avec la révolution industrielle et inclus désormais une population projetée dans les difficultés par le basculement de l'économie ou l'élargissement des seuils de la pauvreté. L'objectif de l'intervention représente pour certains une forme d'éducation des récalcitrants ou une entreprise de normalisation, pour d'autres, il s'agit de favoriser le pouvoir d'agir des individus afin qu'ils se reprennent en main. Après avoir nommé quelques approches qui représentent les moyens de l'intervention, nous avons fait ressortir les enjeux de pouvoir relatif à l'interprétation des problématiques. Nous avons ainsi soulevé l'impact de la catégorisation, de l'individualisation des problématiques et de la gestion du risque.

Jusqu'à maintenant nous avons évoqué certains enjeux de pouvoir auxquels le travailleur social était confronté sans toutefois préciser notre acception du concept de pouvoir. Donc avant de présenter nos objectifs et questions de recherche nous apportons une brève description de ce que nous considérons comme une acception positive du pouvoir. Par la suite nous abordons plus spécifiquement l'acception du pouvoir par les travailleurs sociaux et leurs positions de soumission au pouvoir face à l'organisation institutionnelle et à celle du client en reprise de pouvoir.

1.3 REMARQUES ET RÉFLEXIONS À PROPOS DU POUVOIR

Comme nous le verrons au chapitre 3, le pouvoir est un phénomène complexe. Il n'y a pas une seule théorie du pouvoir, mais un ensemble de théories dont chacune apporte sa contribution à la compréhension du phénomène en présentant une de ses facettes (LeBossé,

2008). Les théoriciens conviennent que le pouvoir recèle des dimensions micro et macrosociologiques intimement imbriquées et que toutes nos relations sociales sont traversées par le pouvoir (Foucault, 1984; Russ, 1994) et que la légitimité est au cœur de son exercice.

Power cannot not be, even if it is expunged, overthrown, dismembered, democratized, flattened, reformed, reframed, enchanted, legitimated, delegitimated, relegitimated, negotiated, renegotiated, made moral, made less ethical, or any other permutations that creativity allows. Relations between people are unthinkable without power because all social relations are relations of various shares of domination, seduction, manipulation, coercion, authority, and so on. Power is; power always will be, and can never not be (Clegg et *al.*, 2006, p. 400).

1.3.1 Une acception positive du pouvoir

Les représentations négatives du pouvoir enferment dans une logique binaire qui entrave la bonne compréhension du phénomène. Par ailleurs, dans les milieux d'intervention, cette répulsion engendre de la méfiance et même du déni. Nous adoptons donc l'acception de Pratto (2016) qui définit le pouvoir comme la capacité à atteindre ses buts et apporte une distinction entre la capacité d'agir et l'atteinte de ses buts. Ce qui distingue les individus ce sont les possibilités d'action qui s'offrent à eux pour atteindre leurs buts qui les distinguent. Ainsi, tout le monde est en mesure d'exercer un pouvoir qui est une particularité des interactions humaines qui permet de répondre à nos besoins en s'appropriant des ressources et en influençant le cours des événements. Ces possibilités sont tributaires du contexte et des capacités de l'individu. Cette perspective sur le pouvoir nous apparaît positive et nous permet d'en étudier les contours et les effets de manière beaucoup plus globale.

1.3.2 Le travailleur social et les paradoxes du pouvoir

Il apparaît que les travailleurs sociaux ont depuis longtemps de la difficulté à composer avec le statut d'autorité et de pouvoir que leur confère leur titre professionnel (Gitterman 1989; Bar-On, 2002), et cette situation semble perdurer.

En travail social, il est de bon ton de considérer l'autorité comme ayant disparu avec l'hyper individualisme ou la postmodernité, ou encore de la réduire au seul contexte de l'enseignement, où elle est souvent représentée comme un mal nécessaire avec lequel il est difficile de composer de nos jours (Parazelli et Rueland, 2017, p.140).

Cet inconfort avec l'autorité et le pouvoir incite l'intervenant à instaurer des rapports égalitaires et à adopter des approches basées sur l'idéologie égalitaire et sur l'autodétermination. C'est par le biais de l'accompagnement et la mobilisation d'une forme spécifique de discours que l'intervenant souhaite atteindre la symétrie relationnelle :

in social work's discourse [...] cultivates words like 'ask', 'prompt' and 'facilitate' in place of words like 'demand', 'insist' and 'protest', and that replaces 'expertise' and 'knowledge' with 'partnership', 'participation' and 'dialogue'. Indeed, so ingrained is this ideology that some social workers even object to using 'persuasion', preferring to use 'honesty, openness, and genuineness' instead (Bar-On, 2002, p.1009).

Many agencies and social work programs appear to give students the impression that shared power is a realistic way to conceptualize social work relationships with clients and thus incorporate within their practice (Bundy-Fazioly, 2013, p.120).

Lemay (2004) rappelle que ces formes de discours, où l'intervenant et l'aidé peuvent échanger librement, offrent à l'intervenant l'illusion d'un rapport égalitaire, mais que dans les faits, le discours en lui-même ne peut aplanir l'asymétrie des positions sociales et de pouvoir, car celui-ci recèle une face cachée qui échappe au dialogue. Ces visées égalitaires sont certes louables, mais n'entraînent pas moins certaines conséquences. Dans sa recherche de posture égalitaire, l'intervenant se méfie de son interprétation de la situation problématique en privilégiant l'interprétation de l'aidé et en agissant comme s'il n'avait pas grand-chose à lui offrir (Lemay, 2004). Par ailleurs, si l'intervenant a l'impression de perdre le contrôle de la

situation, donc s'il est en perte de pouvoir, il se sent inefficace, devient plus susceptible de vivre de l'épuisement émotionnel et son envie de changer d'emploi est plus élevée (Guterman et Bargal, 1996).

Les approches fondées sur l'idéologie égalitaire font aussi face à quelques paradoxes. Par exemple, l'objectif de transférer ou de redonner du pouvoir à la personne aidée trahit la position haute de l'intervenant, qui possède quelque chose que l'aidé ne possède pas (Rothstein, 1995). Le pouvoir est ici perçu comme une chose que l'on possède et qui peut circuler comme dans des vases communicants. En outre, dans les milieux institutionnels le client n'a pas le choix d'accepter ce pouvoir qu'on lui transfère. L'adoption de stratégies d'intervention visant la mobilisation du client ne respecte pas son autodétermination. Celui-ci sera d'ailleurs évalué selon son degré d'empowerment, sa conformité au traitement, la mobilisation de sa personne et de ses actions conformément aux normes établies, etc. (Lemay, 2004 ; Rivest, 2017), ce qui peut avoir comme effet de consolider le sentiment d'impuissance du client dans le cadre de la rencontre thérapeutique (Bundy-Fazioly, 2013). Les représentations sociales du pouvoir ont donc une incidence sur la posture adoptée en intervention. Dans l'acception où le pouvoir est vu comme une ressource, une substance transférable, il s'agit de redonner du pouvoir à une personne qui en est dépourvue.

Cette recherche de posture égalitaire ou de non-ingérence se retrouve aussi dans d'autres sphères professionnelles. Par exemple, les approches psychanalytiques qui visent à libérer des complexes et des fixations générées par des expériences relationnelles difficiles (Frosh, 1987) considèrent que le thérapeute doit se tenir en porte-à-faux afin de préserver son objectivité et d'éviter toute forme de suggestion et/ou d'influence (Hoffman, 2014 ; Orange *et al.*, 2009). On trouve le même genre de réflexions concernant la non-ingérence de l'intervenant dans les approches cognitivocomportementales et humanistes. Carl Rogers (1979) soutenait que l'intervenant doit renoncer à toute prise de contrôle sur la destinée du

client/patient. Il faut aussi éviter toute interférence dans ses prises de décision et offrir l'espace nécessaire pour qu'il puisse de lui-même revendiquer son pouvoir sans s'appuyer sur celui de l'intervenant.

1.3.3 Le travailleur social en position de soumission au pouvoir

Ce que nous venons d'évoquer pourrait donner l'impression que les intervenants disposent à eux seuls du pouvoir et que le client ne peut que le subir. Il faut avoir été sur le terrain de l'intervention pour vivre l'impuissance face à l'impossibilité d'agir, d'offrir des solutions et des opportunités aux personnes qui en ont un pressant besoin. Il n'y a pas que les individus en demande d'aide qui se retrouvent dans des impasses dans le processus d'intervention, les intervenants en font aussi l'expérience. Par exemple, en contexte hospitalier ou médical le travailleur social doit faire valoir son interprétation « systémique » au sein d'une équipe de professionnel qui adhère au paradigme biomédical, il doit faire face aux manques de ressources et aux rapports de forces entre les professionnels de l'intervention et de l'institution. En outre, Garrow et Hasenfeld (2016) ont démontré qu'en contexte institutionnel, le pouvoir et l'autorité du travailleur social reposent sur la reconnaissance par l'institution de ses valeurs professionnelles et des spécificités de sa pratique. En l'absence d'un tel soutien, les travailleurs sociaux sont susceptibles d'être déclassés par rapport à un groupe professionnel que l'on juge mieux placé pour répondre aux intérêts et objectifs de l'institution (*Ibid.*)

Un autre type de confrontation pourra avoir lieu avec le client qui pour défendre sa liberté et son identité ou encore pour se protéger d'une forme d'abus exercera son pouvoir avec des réactions de résistance et/ou une stagnation de son cheminement thérapeutique. L'intervenant dubitatif sera susceptible de vivre difficilement cette situation. Le risque est d'en

faire porter l'odieux et le blâme sur le client qui pourra être étiqueté de résistant, de réfractaire, ou encore atteint du syndrome de la porte-tournante¹³.

1.3.4 Le client en reprise de pouvoir

1.3.4.1 Les micros résistances

Comme le souligne Foucault (1976) « le réseau des relations de pouvoir finit par former un épais tissu qui traverse les appareils et les institutions, sans se localiser exactement en eux, de même l'essaimage des points de résistance traversent les stratifications sociales et les unités individuelles. » (*Ibid.*, p.126). Foucault précise que « [les] points de résistance sont présents partout dans le réseau de pouvoir. Il n'y a donc pas par rapport au pouvoir un lieu du grand Refus — âme de la révolte, foyer de toutes les rébellions, loi pure du révolutionnaire. Mais des résistances qui sont des cas d'espèce » (*Ibid.*). Pour Foucault la résistance est le cœur du dispositif institutionnel et si elle ne se définit pas toujours en projet politique cohérent, elle s'organise comme des micros résistances. La résistance du client/patient peut donc être considérée comme une forme de pouvoir ou de contre-pouvoir face aux micros violences et tentatives d'assujettissement du dispositif institutionnel.

Au début de l'histoire de la psychologie, le phénomène de la résistance a été pris en considération. Par exemple Freud qualifia de résistances les inhibitions et/ou difficultés rencontrées par le client lors de la formulation non censurée de toutes les idées et pensées qui traversaient son esprit. Freud considérait que les résistances étaient dues à des causes

¹³ «Le syndrome de la porte tournante est décrit depuis bientôt plus de 30 ans. Il a tout d'abord été évoqué aux États-Unis pour décrire les mouvements de réhospitalisation multiple, la plupart du temps de jeunes patients schizophrène (Talbot, 1974). Ces réhospitalisations qui se révéleront être une véritable gageure pour le système de soins américain mèneront Geller à écrire en 1992 dans l'*American Journal of Psychiatry* que nous sommes arrivés à « l'ère du syndrome de la porte tournante » (Geller, 1992). Ces patients, peu gratifiants et qui semblent échapper à toute tentative de traitement, sont assez mal « vécus » par les services et souvent rejetés. Ils alternent les hospitalisations, les incarcérations et les périodes d'errance ou de « squat » (Floretin et *al.*, 1992) » (Castro et *al.*, 2007).

intérieures soit la nature des pensées qui remontait à la conscience, ou encore, à des causes extérieures attribuables au thérapeute, soit le client se sent négligé par le thérapeute ou a peur d'être assujéti par lui.

Au début du XXe siècle, le phénomène était bien connu des hypnotiseurs, car leurs sujets résistaient à se laisser glisser dans l'état hypnotique ou encore une fois hypnotisé, ils résistaient aux suggestions ou les accomplissaient de manière incomplète ou déformée. « Ferenczi pensait, lui, que l'hypnotiseur devait se faire obéir, sans condition, pour éviter justement les résistances : "Dans l'hypnose, il faut savoir commander avec une telle assurance que l'idée de résistance ne puisse même pas venir à l'esprit du médium." » (Lumbroso, 2004, p.31).

D'autres résistances envers l'institution apparaissent à travers le succès mitigé de certaines campagnes institutionnelles de promotion de la santé et des bonnes habitudes de vie. Les gens adoptent encore des comportements jugés nocifs pour la santé et les interventions de la médecine épidémiologique s'avèrent peu efficaces pour les amener à modifier ou abandonner ces comportements. Falomir et son équipe (2004) ont mis en évidence l'inefficacité du discours scientifique pour la modification du comportement des fumeurs et l'instauration de formes de résistance cognitive au discours expert.

1.3.4.2 Les mouvements de résistance

Outre les micros résistance il est possible d'observer dans les milieux institutionnels des mouvements émancipateurs visant un réalignement des positions de pouvoir. Par exemple les mouvements initiés par les personnes vivant des troubles de santé mentale. Ceux-ci considérant leurs mauvaises expériences avec les services de soins, exigeaient plus de

considération de la part des médecins et du personnel soignant. Des témoignages¹⁴ de professionnels révélant leur expérience avec la maladie mentale remettaient en cause la manière d'interpréter la maladie mentale qui en aucun cas ne devrait définir la personne. Ces mouvements ont remis à l'avant-scène le savoir expérientiel, désormais considéré comme une « base de référence pour la compréhension et l'accompagnement des patients ; il est étudié comme forme de connaissance et situé en regard d'autres modalités d'approche des maladies ; il est saisi dans ses apports originaux, dans la valeur de ses contributions face aux insuffisances du savoir savant » (Jodelet, 2014, p. 63).

Au sein de l'institution la prise en compte des clients/patients et de leur savoir expérientiel rencontre plusieurs écueils liés aux pratiques traditionnelles et aux exigences législatives qui font que le personnel soignant, encore soumis à l'obligation de fidélisation des patients au traitement prescrit par le médecin, a recours à la coercition et au contrôle pour soumettre le patient à la prescription médicale (Gendreau, 2010). Tourette et Turgis (2010) remarquent que « la construction des savoirs par les patients est peu intégrée dans les programmes officiels de formation et lorsque les savoirs des patients sont pris en compte, ils le sont à titre anecdotique » (*Ibid.*, p. 138). Rivest (2017) parvient à un constat similaire suite à une recherche effectuée dans des établissements spécialisés en santé mentale de la région d'Ottawa :

Malgré le caractère prometteur des initiatives visant la participation des personnes ayant un vécu en santé mentale dans plusieurs instances du système, ce dernier semble à l'heure actuelle incapable de fournir des avenues de résistance ou de transformation. Autant à Montfort¹⁵ qu'avec le CEC/CAC [Client Empowerment Council/Client Advisory Council], les patientes et les membres-clientes se butaient à un cadre institutionnel rigide les ramenant toujours à des normes rigides et à une

¹⁴ Kay Redfield Jamison, *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*, Vintage, 1995 ; Elyn Saks, *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*, Hyperion, 2007.

¹⁵ Hôpital universitaire francophone d'Ottawa, Montfort dessert la population de l'Est ontarien dans les deux langues officielles. Des services d'urgence et de chirurgie, un programme de santé mentale et un centre familial de naissance y sont offerts.

stigmatisation autant de la part des professionnelles de la santé mentale que de la société en général (*Ibid.*, p. 353).

1.3.4.3 La reprise du pouvoir d'agir

Ces considérations à propos du pouvoir et de l'intervention nous amènent au concept d'empowerment, considéré comme un processus de prise de conscience et de responsabilisation de l'individu sur son destin et son environnement. Le développement de l'empowerment a des effets positifs au niveau comportemental et cognitif. La personne développant son pouvoir d'agir sera en mesure d'anticiper et de gérer les situations de crise, elle saura s'adapter aux manifestations cliniques de son trouble mental, éléments jouant un rôle indéniable sur son rétablissement (Le Bossé, 2003 ; Ninacs, 2008).

Des études ont précisé la nature multidimensionnelle du pouvoir d'agir. Ainsi une dimension personnelle met l'accent sur la qualité de vie, une dimension organisationnelle qui s'attarde à la réinsertion sociale et enfin une dimension communautaire qui porte sur l'utilisation des ressources de soutien. Ces différentes dimensions sont en constante mutation et agissent continuellement les unes sur les autres. Finalement, il n'y aurait pas d'état définitif d'empowerment, mais une tendance en développement. L'individu exerçant son pouvoir d'agir différemment d'une dimension à l'autre (Ninacs, 2008).

Ninac (2008) nous rappelle que le processus d'empowerment est fondé sur le fait que les personnes détiennent en eux les compétences nécessaires pour atteindre leurs objectifs ou, à tout le moins, qu'elles ont le potentiel pour les acquérir. Dans certains cas certains individus ne détiennent pas le potentiel d'acquisition ou souffre d'un manque de compétence pour atteindre leurs objectifs et de ce fait se retrouvent dépendantes des personnes qui possèdent l'expertise, le savoir, ou les ressources. Si ces dernières orientent l'action, le processus d'empowerment se retrouvera compromis. Pour favoriser le processus d'empowerment l'intervenant doit quitter son statut d'expert et devenir consultant ou agent

facilitateur auprès du patient/client. La relation repose sur des attitudes d'acceptation, de foi en l'autre, de respect des préférences de l'autre, de validation du potentiel et de partage des décisions dans l'orientation du traitement. Cette posture est aussi soulignée par Lemay (2007) qui nous rappelle que l'empowerment s'oppose à l'attitude paternaliste qui souvent pousse l'intervenant à agir dans l'intérêt de la personne en sachant d'emblée ce qui est bon pour elle. Toujours selon Lemay, le processus d'empowerment renvoie à une attitude d'interdépendance entre intervenants et patient/client où chacun y trouve son compte.

1.4 SYNTHÈSE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Avant de présenter nos objectifs et questions de recherche nous revenons brièvement dans cette section sur ce qui a été énoncé précédemment à propos du travail social, de ses fondements, de sa définition et de ses caractéristiques. Nous résumons succinctement les éléments concernant les enjeux de pouvoir à propos de la question identitaire et de l'intervention. Nous abordons la perception du pouvoir par les travailleurs sociaux et quelques paradoxes que cette interprétation génère. Nous terminons avec un survol de la littérature concernant le pouvoir et l'intervention et l'importance pour les travailleurs sociaux de développer de nouvelles conceptions du pouvoir.

1.4.1 Le travail social

Le travail social tire son origine de la philanthropie de l'Église et s'est bâti sur les valeurs d'abnégation et de dévouement envers les plus démunis. Au tournant du XIXe siècle, l'action charitable s'est professionnalisée avec le développement de l'industrialisation et la croissance urbaine. Par ailleurs, ces transformations économiques, sociales et industrielles ont multiplié les problématiques (augmentation de la judiciarisation des comportements,

suicide, abandon scolaire, toxicomanie, santé mentale, etc.). De plus la logique managériale adoptée au XXe siècle par l'État dans la gestion du système de santé et des services sociaux a confronté les travailleurs sociaux dans leurs valeurs fondamentales. Cette situation combinée à la complexification et la diversification des cibles de l'intervention font en sorte que le travail social s'insère mal dans une catégorie aussi clairement définie que celles des autres professionnels de l'intervention. Cette situation a un impact direct sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux qui comparativement aux autres ont de la peine à investir pleinement une niche professionnelle; ils doutent de leur contribution au système et se sentent socialement dévalorisés. Les travailleurs sociaux tenteront de se définir en creux, cherchant à combler ce qui ne l'est pas par les autres professions. Ils se sentent socialement et culturellement dévalués malgré la refonte du Code des professions (2012) qui a confirmé la pertinence et l'identité du travail social.

1.4.2 L'intervention du travailleur social

Nous avons considéré l'intervention comme une forme spécifique d'interactions sociales comportant des règles et des normes et au sein desquelles se déroulent des jeux de pouvoir et d'influence. Nous avons vu que les pratiques d'intervention et les représentations sociales sont indissociables et se déterminent réciproquement, de sorte que toute intervention suppose que ses acteurs (praticien et sujet) mobilisent des représentations et des connaissances liées à leur groupe d'appartenance, à leur mode de vie et à leur vision du monde. Les représentations sociales, les attentes et les croyances forment des connaissances théoriques et pratiques légitimées par l'institution pour définir et nommer un problème, « une vérité que devra faire sienne la personne désireuse de guérir » (Foucault, 1982). Nous avons souligné l'importance du sens commun dans l'interprétation des problématiques et l'articulation des pratiques, tout en montrant que les experts prenaient peu ou pas en compte l'interprétation des usagers.

1.4.3 Le travailleur social et le pouvoir

Nous avons vu que le pouvoir recèle des dimensions micro et macrosociologiques et que ces dimensions sont intimement imbriquées. Tous les théoriciens conviennent que le pouvoir traverse toutes les relations sociales et que la légitimité est au cœur de son exercice. Ainsi, tout le monde est en mesure d'exercer un pouvoir qui est une particularité des interactions humaines et qui sert à satisfaire des besoins et à s'approprier des ressources (Pratto, 2016).

En outre, sont révélés les effets psychologiques et cognitifs de la dynamique du pouvoir lorsqu'il est question des impacts sur l'identité, les comportements individuels de résistances et les émotions générées. Bref, toute relation à l'autre est stratégique et comporte une composante de pouvoir, si refoulée ou sublimée soit-elle.

Les travailleurs sociaux sont particulièrement préoccupés par la justice sociale et les inégalités. Privilégiant une idéologie égalitaire ils adoptent les pratiques d'empowerment et anti-oppressive, etc. D'ailleurs, les notions d'empowerment et d'accompagnement sont au cœur du travail social et dans sa recherche de posture égalitaire, l'intervenant va jusqu'à se méfier de sa propre interprétation, comme s'il avait peu à offrir. Pourtant le pouvoir central dans l'approche de l'empowerment demeure peu défini (Desjardins, 2009).

Le pouvoir n'a pas bonne presse et il a souvent été assimilé à la politique et on considère généralement que la classe politique fait un mauvais usage du pouvoir pour atteindre ses objectifs (Callana 2018). Ce sont des images de répression et d'abus qui viennent à l'esprit lorsque la notion est évoquée. Par exemple, Cohen (1998) proposait aux travailleurs sociaux d'étudier, d'identifier et de reconnaître toutes les sources de pouvoir sur le client et de collectivement lutter contre celles-ci. Cette répulsion envers le pouvoir est susceptible d'engendrer de la méfiance et même du déni.

Les représentations sociales du pouvoir ont aussi une incidence sur la posture adoptée en intervention. Dans l'acception où le pouvoir est vu comme une ressource, une substance transférable, il s'agit de redonner du pouvoir à une personne qui en est dépourvue. En intervention, les réactions du client comme la résistance et la stagnation sont interprétées comme de la non-collaboration et non comme une manière pour le client d'exercer son pouvoir pour défendre sa liberté et son identité ou encore pour se protéger d'une forme d'abus.

1.4.4 La recherche sur le pouvoir

Malgré la reconnaissance de la centralité du pouvoir dans les pratiques d'intervention, le discours sur la dynamique du pouvoir est resté abstrait et philosophique. La plupart des recherches parlent du pouvoir en termes de domination et se concentrent sur les caractéristiques du leader. Ce sont alors la transgression des frontières sexuelles et la discrimination à l'endroit des minorités qui ont surtout été explorées (Dineen, 1996 ; Givazolius et Davis, 1999 ; Moussaieff Masson, 1989 ; Walter, 2003 ; Zur, 2007). Dans la plupart des cas, le pouvoir est abordé avec méfiance et les recherches sont présentées comme des mises en garde. On ne sait toujours pas comment les intervenants comprennent et interprètent les relations de pouvoir avec leurs clients ni comment ils travaillent avec une telle dynamique. Des éléments appartenant à l'intervenant, comme sa motivation, sa posture et son attitude, sont peu questionnés et n'ont pas suscité l'intérêt des chercheurs. En outre, Callanan (2018) souligne le peu de recherche sur l'acception positive du pouvoir et fait remarquer que cela a pour conséquence de limiter l'adoption de stratégies de pouvoir *co-active* permettant d'être ensemble dans l'action en plus d'entraver l'efficacité des interventions.

1.4.5 Perception du pouvoir des travailleurs sociaux et pertinence de la recherche

Comme nous l'avons vu, le travail social professionnel s'est développé sur des valeurs de dignité et de justice sociale. Pour certains auteurs cette spécificité de la profession a fait en sorte que les travailleurs sociaux n'ont pas un discours explicite sur le pouvoir (Boyle, 2020, 2009; Harper, 2020; Bunzy-Fazioly et *al.*, 2013) probablement en raison de leur méfiance face à toutes les formes et manifestations de pouvoir.

Yet, as a profession, it is not clear that we engage in explicit discourse on power. Perhaps this negligence is due to the varying perceptions of how power is exercised in practice (see, for example, Bundy-Fazioli et *al.*, 2009; Cohen, 1998; Diorio, 1992). Social workers share a universal understanding of power as guided by the NASW Code of Ethics (2008) mission "to enhance human well-being and help meet the basic human needs of all people, with particular attention to the needs and empowerment of people who are vulnerable, oppressed, and living in poverty" (p. 1) (Bunzy-Fazioly et *al.*, 2013, p.119)

D'autres auteurs (Pullen-Sansfaçon et Cowden 2012; Boily, 2014) établissent une relation entre éthique et pouvoir, spécifiant qu'il est de toute première importance pour les travailleurs sociaux de modifier leur conception ou représentation du pouvoir.

[...] the relationship of ethics and power in social work involves social workers understanding the expression of power not just in terms of a generalised capacity to 'act' but also through the power of unstated assumptions, noting how important it is for ethical practice that we become aware of and 'name' the way power is wielded through these (Pullen-Sansfaçon et Cowden 2012, p. 67) (Boily, 2014, p.98).

Selon Wilkins (2011) la recherche peut certainement contribuer à élargir la compréhension du pouvoir et d'en faire ressortir les côtés positifs. Cela pourrait permettre de bien comprendre son influence au sein de l'intervention et ainsi d'en faire une utilisation adéquate.

Research examining the relationship between power resources, the importance of congruence between the client and the therapist, and the quality of the therapeutic relationship can help inform social work education and social work direct practice. Social workers can benefit from understanding the many nuances to power. Through research, specific guidelines may be formulated and taught to social workers about appropriate negotiation of power. Additionally, through research, power may be conceptualized in a more positive light as a component of the therapeutic relationship

that may work with both the social worker and the client to help affect change. Thus, training can include techniques to enhance the power relationship (Wilkins, 2011, p.11).

1.4.6 Objectifs et question de recherche

À titre d'intervenant, de travailleur social et d'hypnothérapeute, nous nous intéressons à l'expérience subjective du pouvoir; l'objectif principal de notre démarche sera donc de comprendre la complexité et les variations de l'émergence du pouvoir dans l'intervention. Nous espérons qu'en enrichissant la compréhension de l'expérience du pouvoir nous contribuerons à une meilleure interprétation et utilisation du pouvoir par les travailleurs sociaux.

Après avoir considéré les éléments présentés dans ce chapitre, la question demeure donc de savoir comment les intervenants font l'expérience du pouvoir avec leurs clients, plus spécifiquement, comment se représentent-ils le pouvoir et sa distribution dans ce cadre ? Et quel est le rôle des représentations sociales sur l'expérience du pouvoir des intervenants?

1.5 CONSIDÉRATIONS D'ORDRE MÉTHODOLOGIQUE

1.5.1 L'hypnose et le travail social : pouvoir assumé - pouvoir décliné

Pour répondre à nos questions de recherche, nous avons choisi de questionner un ensemble particulier d'intervenants: les hypnothérapeutes.

L'hypnose est par essence un état subjectif, c'est aussi une technique de communication qui mobilise l'univers symbolique des individus en utilisant la parole dans le but de soigner et d'atteindre des objectifs thérapeutiques. Cette approche n'est pas très populaire auprès des travailleurs sociaux québécois, ce qui s'explique en partie par le fait que le système de soin

n'en fait pas officiellement usage. La situation semble différente au Canada anglais et aux États-Unis où il est possible de trouver de la littérature scientifique à ce sujet (Knight, 2008; McFadden, 2011; Olson, 2012; Snow, 2010; Tanner, 2017; Turner, 2005). Malgré son impopularité auprès des travailleurs sociaux l'hypnose partage plusieurs lieux communs avec le travail social. Par exemple, Milton Erickson a souligné l'importance de la communication au sein de l'hypnose. La perspective holistique et les valeurs humanistes adoptées par l'hypnothérapeute sont considérées par les tenants de l'approche ericksonienne comme des caractéristiques de l'hypnose (Short, 2017). Comme nous l'avons vu précédemment ces éléments sont aussi caractéristiques du travail social. Par contre, les hypnothérapeutes et les travailleurs sociaux ne semblent pas partager les mêmes conceptions du pouvoir. Pour les hypnothérapeutes les concepts de pouvoir, d'influence et d'autorité sont au cœur de leur pratique. Les cursus de formation en hypnose expliquent et enseignent qu'il est nécessaire pour l'hypnothérapeute d'établir son autorité en début de séance afin que l'hypnose puisse se réaliser (Balay, 2019). Lorsqu'ils parlent de leurs pratiques les hypnothérapeutes font délibérément état de leur autorité et de la puissance de l'hypnose (Jennings, 2015; Rudolphe, 2018), mais réfutent posséder un quelconque pouvoir. Par exemple, lors de la discussion préalable à la séance d'hypnose près de 90 % des hypnothérapeutes indiquent à leurs clients qu'ils ne peuvent « les faire agir contre leurs valeurs, leur morale ou leurs convictions profondes » (Balay, 2019, p.66). Par ailleurs, au sein de la population, l'hypnotiste est encore perçue comme une figure de puissance et de pouvoir. Cette représentation persiste malgré les recherches qui affirment le contraire (Michaux, 2015). Les travailleurs sociaux ont plutôt un rapport ambigu avec le pouvoir (Bar-On, 2002), ils veulent s'en départir (Lemay, 2004) ou le transférer ou faire comme s'il n'y avait pas de relation de pouvoir (Parazelli et Rueland, 2017).

Nous avons donc choisi d'observer les hypnothérapeutes pour leur interprétation positive du pouvoir, mais aussi pour cet air de famille entre l'approche développée par Erickson et le travail social, ce qui nous porte à croire que nos observations et analyses réalisées en contexte hypnothérapeutique seront transposables à la pratique des travailleurs sociaux. Au-delà de cet air de famille, la recherche concernant les différentes approches thérapeutiques a révélé des similitudes en termes d'efficacité lorsque ces dernières sont menées par un intervenant qualifié et compétent qui base sa pratique sur un modèle cohérent. Il apparaît que la communication et la qualité de l'interaction entre l'intervenant et son client sont au cœur de l'intervention et de son efficacité. Ces éléments seraient considérés comme les ingrédients actifs. Il n'existerait donc aucune différence majeure en termes d'efficacité entre les différentes approches thérapeutiques. Cet effet « dodo » a conduit à l'étude des facteurs communs (Catty, 2004; Frank, 1985; Wampold, 1998, 2001) qui conclut que dans 90 % des cas le succès thérapeutique d'une approche thérapeutique repose sur la qualité de l'alliance thérapeutique et la spécificité théorique de l'approche que pour 10 % (Wampold, 2001).

En nous inspirant de la théorie des facteurs communs nous présentons dans la prochaine section deux éléments qui selon nous rapproche de la pratique de l'hypnose de celle du travail social, soient : la communication et la posture holistique de l'intervenant.

1.5.2 L'hypnose et le travail social ont un même outil d'intervention : la communication

L'histoire de l'hypnose ericksonienne est intimement liée à celle des thérapies brèves élaborées au milieu du XXe siècle à Palo Alto en Californie. C'est en observant la pratique de Milton H. Erickson que Watzlawick et Nardonne (1993) ont élaboré leurs théories sur la communication humaine. Watzlawick et Nardone interrogent, écoutent, et enregistrent Erickson. Leur analyse les amène à conclure qu'au-delà de la transe hypnotique la communication est au centre du processus de changement et que la qualité des interactions

joue un rôle dans la construction des pathologies. Ces conclusions représentent une avancée majeure dans la compréhension du rôle des interactions et de la communication au sein de l'intervention (Betbèze 2016) et servent de base à l'élaboration de l'approche systémique (Aïm et Kahn, 2012) considérée au Québec comme une approche classique en travail social (Rock et Hébert, 2013).

Milton Erickson (1965) décrit l'hypnose comme un moyen de communiquer de nouvelles idées à ses patients et une meilleure compréhension d'eux-mêmes. Il considère l'hypnose comme un processus d'expérimentation et de découverte qui s'articule par le biais de la communication.

Rather than acting as an exogenous agent of change, Ericksonian hypnosis is used as a form of evocative communication in which the client is prompted to respond to the subjectively interpreted meaning of the communication, which is then used to elicit and utilize unconscious resources as well as conscious resources. Thus, Ericksonian hypnosis is the art and science of the communication of expectation to enhance health and happiness for people. Indeed, all aspects of the Ericksonian approach are aimed at doing just that (Short, 2017, p.16).

Pour Erickson le rôle du thérapeute est d'aider le client à percevoir et à décrire sa problématique de manière différente. Par ailleurs, il est convaincu du pouvoir de la relation : « la technique est au service de la relation plutôt que l'inverse » (Doutrelugne et Cottencin, 2008, p.2). Pour Erickson chaque individu est unique ce qui suppose une thérapie unique. L'introduction de cette dimension subjective à la procédure ericksonienne la distingue de l'hypnose du XIXe siècle (Aïm, 2019) et en quelque sorte résout le paradoxe de l'influence. « La relation et l'influence ne s'opposent pas à la liberté et à l'autonomie. La relation est une condition préalable à l'autonomie. Il ne s'agit ni de nier, ni de chercher à fuir, ni de lutter contre, ni de subir l'influence... mais de l'utiliser ! » (*Ibid.*, p. 33). L'issue de l'intervention hypnothérapeutique dépend donc essentiellement de la relation intervenant-

client, dans laquelle entrent en jeu la suggestibilité, le prestige et l'influence sociale, ainsi que les représentations sociales des acteurs en présence.

Milton Erickson possédait des compétences cliniques particulières qu'il mettait en œuvre avec un état d'esprit empreint d'humilité et de modestie. Cette considération pour l'autre favorise la coopération et la confiance, éléments fondamentaux à l'établissement d'une solide alliance thérapeutique (Erickson, 1982; Haley, 1985). Par exemple lors d'un premier entretien Erickson reconnaissait que le client pouvait être réticent à divulguer certaines informations.

There are a number of things that you don't want me to know about, that you don't want to tell me. There are a lot of things about yourself that you don't want to discuss. Therefore, let's discuss those things that you feel free to discuss, and be sure that you don't discuss those that you are unwilling to discuss (Haley, 1985, p. 6).

Une fois les informations livrées Erickson se gardait bien de formuler un quelconque jugement.

Why should I dispute that patient's delusions and hallucinations? They were hers. I had better respect them in the same way I respect a broken leg or a broken jaw (Erickson, 1983, p. 116).

Selon Lynn et Hallquist (2004) cette approche développée par Erickson repose sur les qualités d'observation, d'ouverture, et de respect de l'intervenant. L'observation attentive et continue permet de saisir le détail qui pourrait se révéler la clé du changement. La création d'un espace de liberté et de non-jugement permet au client de s'ouvrir et de se livrer. Afin de favoriser cet espace de liberté, Erickson (1982) a insisté sur l'adoption d'une position basse vis-à-vis du client. En laissant toute la place au client, expert de sa vie, la négociation des objectifs thérapeutiques est facilitée, et en outre, lui permet de s'approprier la démarche et d'y maintenir sa motivation. Cela va aussi favoriser la reprise de pouvoir de l'individu sur son devenir. Comme le précise Aïm (2012)

le thérapeute est expert de la relation thérapeutique, mais le patient est expert de sa vie. Il est le seul à pouvoir juger que les choses sont mieux pour lui. Parfois, seul son angle de vue s'est modifié, ou bien il réalise qu'il a plus d'outils qu'il ne le pensait pour le rapprocher de la solution qui n'a rien à voir avec le problème (*Ibid.*, p.715).

Nous avons présenté ces concepts de positions hautes et basses lorsque nous avons abordé la théorie de la communication. Nous rappelons que la position haute est comparable à celle du professeur devant ses étudiants. Il détient l'autorité et il est considéré comme « celui qui sait » par les étudiants qui l'écoute. Ces derniers sont considérés en position basse, en position de demandeurs. Comme le client qui vient chercher de l'aide, les étudiants viennent rencontrer le professeur afin d'acquérir des savoirs. Le soignant est classiquement en position « haute », c'est le détenteur de la connaissance, l'expert de la pathologie et de son traitement. La position basse adoptée par les travailleurs sociaux correspond à leur désir de ne pas abuser du pouvoir qu'ils détiennent comme professionnel (Snow et Warbet, 2010), objectif qui s'éloigne de celui des hypnothérapeutes qui adoptent la position basse comme une stratégie qui permet au client de se réapproprier rapidement son pouvoir d'agir.

1.5.3 Hypnose et travail social, une même vision holistique

Contrairement à l'approche médicale qui se concentre sur la pathologie (diagnostic et traitement des troubles), l'hypnose se caractérise par une approche holistique de l'individu et de sa problématique. Ainsi l'intervenant dans son évaluation et son plan d'intervention tient compte du milieu familial et social sur l'état psychique et physiologique du client. Les limitations sont interprétées comme une sous-estimation des ressources de l'environnement et/ou des capacités intrinsèques de l'individu qui dans les deux cas entrave l'affrontement des défis et l'atteinte des objectifs. C'est en se concentrant sur les besoins du client que l'hypnothérapeute stimulera l'utilisation des ressources personnelles et de celles de l'environnement (Short, 2017). L'hypnose est une approche pragmatique qui met l'emphasis sur l'aide et le développement de la personne. Cette perspective est comparable à celle du

travailleur social (OTSTCFQ, 2012) qui considère l'individu dans sa globalité et son insertion dans l'environnement social dont la santé physique et mentale est tributaire.

La perspective biopsychosociale est aussi très présente dans l'approche développée par Erickson. Il s'agit même plus qu'une perspective explicative et/ou interprétative, c'est littéralement une actualisation des trois composantes du modèle biopsychosocial qui se réalise lors de l'intervention hypnothérapeutique. L'hypnose est considérée comme un état de conscience modifiée qui implique le cerveau, le corps, l'esprit et le contexte de manière unique. Jensen et ses collaborateurs (2015) ont identifié 12 facteurs spécifiques regroupés selon leur nature biologique, psychologique ou sociale qui permettent de déterminer la réponse hypnotique. Le modèle biopsychosocial est donc des plus appropriés pour comprendre l'hypnose.

Facteurs biologiques

- Activité détectée dans le cortex frontal sous cortex
- Activité détectée dans le cortex cingulaire antérieur
- Augmentation de la connectivité fonctionnelle
- Augmentation de la connectivité structurale
- Renversement de l'asymétrie hémisphérique
- Émission d'onde alpha

Facteurs psychologiques

- Attentes
- Hypnotisabilité
- Motivation
- Concentration

Facteurs sociaux

- Relation
- Contexte de l'hypnose

Tableau 2: Facteurs spécifiques de l'hypnose. Approche biopsychosociale (Jensen et al., 2015)

1.5.4 Conclusion

Nous avons démontré la proximité entre la posture du travailleur social et celle adoptée par les tenants de l'hypnose éricksonienne face à la personne en recherche d'aide. En outre nous avons fait état de lieux communs telles la communication et l'approche holistique des

individus et de leur problématique. Convaincu de la possibilité de transférer nos conclusions à la pratique du travail social nous aborderons les hypnothérapeutes et leur pratique comme un cas particulier permettant l'observation des manifestations du pouvoir. Par analogie nous pourrions comparer notre démarche à celle du chercheur qui souhaitant étudier le vol des oiseaux choisirait d'observer les oiseaux ayant les plus grandes ailes.

Nous avons en dernière partie de chapitre introduit l'approche de l'hypnose développée par Milton Erickson. L'hypnose est un phénomène dont la popularité ne se dément pas : à la fascination du public s'ajoute l'intérêt des scientifiques, notamment pour ses vertus antalgiques. Malgré l'attitude réservée des médecins à son égard, l'hypnose connaît une faveur qui coïncide avec celles des pratiques alternatives ou non conventionnelles en santé, auxquelles elle peut être assimilée. Il semble que la population recherche ces pratiques en raison de leurs caractéristiques relationnelles qui les distinguent d'une médecine souvent perçue comme froide et expéditive. En outre, l'hypnose répond peut-être à un besoin de magique et de merveilleux qui en a également fait la seule pratique alternative en santé mise en scène dans les salles de spectacles et à la télévision, ce qui ne va pas sans altérer sa perception par le public : l'hypnotiste s'y présente comme un manipulateur doté d'un pouvoir mystérieux potentiellement inquiétant. Au prochain chapitre, nous proposons une lecture exhaustive du phénomène. Nous présentons ses aspects sociohistoriques et contemporains. Nous relatons la littérature scientifique à propos de sa définition et des théories qui tentent d'expliquer le phénomène. Nous terminons cette présentation en décrivant la pratique de l'hypnose et les éléments qui en favorisent l'expérience.

CHAPITRE 2

L'HYPNOSE

2.1 L'HYPNOSE ASPECT SOCIO-HISTORIQUE.

Malgré la modernité de la notion d'hypnose, nous retrouvons tout au long de l'histoire de l'humanité des pratiques de guérison du corps et de l'âme pouvant y être associées. Le papyrus égyptien d'Ébers (XV^e siècle avant notre ère) révèle que les prêtres utilisaient des formes de transe et des incantations pour soigner certains maux. Chez les Grecs, incantations et prières mystiques faisaient partie de l'arsenal thérapeutique des médecins (Moreni et Barber, 2015). La maladie était alors liée entre autres à l'influence de forces qui agissaient sur les hommes et conditionnaient leur existence, et que les pratiques sacrées tentaient de maîtriser. Ces phénomènes culturels ou ethnologiques de transe (danses ou extases chamaniques, rites de possession, séances d'exorcisme) à des fins sacrées et thérapeutiques ont probablement toujours existé. La transe, qui évoque les pratiques hypnotiques, est un phénomène universel lié au contexte culturel qui agit sur les dispositifs psychologiques individuels (de Heusch, 2006). Sans confondre transe et hypnose de Heusch les considèrent l'une et l'autre comme des phénomènes complexes. À ses yeux, le rôle du prêtre est déterminant dans l'entrée en transe des sujets. Détenteur de la « connaissance » puisée dans la mémoire collective, le prêtre est l'ordonnateur des séances publiques du culte, le médiateur entre le monde des humains et les autres mondes. Les sujets ne sont

donc pas soumis à un houngan hypnotiste, mais à un être imaginaire venu de l'au-delà. De Heusch remarque que la transe, tout comme l'hypnose, est induite « par relations affectives avec le maître des cérémonies » (*Ibid.*, p. 84).

Découvrir l'histoire de l'hypnose c'est aussi découvrir l'histoire de la médecine et celle-ci suivra une lente évolution marquée par le désir des hommes d'être soigné pour « une douleur, une anomalie dans l'apparence ou le fonctionnement du corps, dont l'appréciation varie selon les époques, les cultures, les sociétés, les religions » (Sournia, 2004, p.5). Guérir repose alors sur une vision particulière de l'univers, « sur la place qu'y tient l'homme, sur la possibilité d'influer sur le destin, et donc sur l'ambition de repousser la mort, objet permanent de son angoisse » (*Ibid.*, p.175). Les premiers jalons historiques de l'hypnose moderne sont posés à la fin du XVIII^e siècle. Époque de foisonnement intellectuel et d'expérimentations où les théories moyenâgeuses côtoient des sciences exactes comme la chimie et la physique ou les *despotes éclairés* « accroissent leur pouvoir aux dépens des Églises et de l'aristocratie et encouragent [...] la science, les manufactures, le commerce, l'agriculture pour contribuer à la prospérité de leur peuple » (*Ibid.*).

2.1.1. Franz Anton Mesmer (1734-1815)

C'est à cette époque, dans les années 1780, que Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin viennois fait son apparition sur la scène médicale française. Celui-ci est convaincu que la maladie est le résultat d'un déséquilibre organique du « magne », fluide vital émanant des astres et reliant l'ensemble des êtres vivants au cosmos. Mesmer développe sa théorie en s'inspirant de la doctrine de Paracelse (1493-1541)¹⁶ et des philosophies indienne (du prana) et chinoise (du qi), diffusée à son époque en Europe par les voyageurs revenant d'Asie (Salem et Bonvin, 2007). En cette fin du XVIII^e siècle les prétentions de Mesmer

¹⁶ Paracelse (1529), *Practica theophratis paracelsi*, Nuremberg.

étaient largement admises à une époque où les notions d'éther, de force gravitationnelle et d'électricité suscite la curiosité des chercheurs, « le mesmérisme est donc parfaitement intelligible et crédible dans un cadre cependant plus proche de la physique et de l'astronomie que de la médecine [encore] profondément liée aux visions des siècles antérieurs » (Edelman 2009, p.117). Le médecin viennois développe sa technique de guérison¹⁷ en s'inspirant des travaux du jésuite et astronome viennois Maximilien Hell (1720-1792). Ce dernier est convaincu du pouvoir de guérison des aimants et il suggère d'appliquer des plaques de métal magnétisé façonnées de manière à épouser les parties du corps malade (Lecron et Bordeaux, 1971). En outre, Mesmer est fasciné par les démonstrations du célèbre exorciste autrichien Johann Joseph Gassner (1727-1779). Ce dernier démontrait son pouvoir sur le démon en déplaçant les convulsions sur le corps de l'exorcisé. Le démon quittait le corps par le bout des doigts de pieds ou de mains. Sans soutenir la thèse de possession démoniaque, Mesmer retient l'importance des crises¹⁸ qui seront au cœur de sa technique (*Ibid.*). Les démonstrations publiques de Mesmer sont spectaculaires. Ces séances de convulsions flirtent avec les limites de la bienséance et de la moralité, et attirent rapidement l'attention des autorités. De plus, la technique se révéla douteuse, car elle ne s'appliquait qu'aux maladies nerveuses et ses résultats étaient souvent imprévisibles et instables.

Louis XVI instaura donc dès 1784 deux commissions d'enquête afin de faire la lumière sur les prétentions médicales de la technique. Sous la présidence de Benjamin Franklin, les commissaires ne purent attester l'existence d'un soi-disant fluide animal et conclurent que

¹⁷ Afin de guérir plus de sujets, Mesmer a développé la technique du baquet. Les sujets, au nombre de 30, étaient reliés par des cordes à un baquet en bois contenant de la limaille de fer et du verre pilé. Mesmer et ses aides procédaient à des attouchements et à des passes lors desquels la main du magnétiseur restait à une certaine distance de la personne. Des tiges de métal pouvaient aussi être appliquées sur les parties malades des sujets. Une musique de circonstance agrémentait la séance. (George W. F. Hegel, 1988, *Encyclopédie des sciences philosophiques. Tome III. Philosophie de l'esprit*, Paris, Librairie philosophique Vrin, p. 484).

¹⁸ Les patients de Mesmer réagissaient par des convulsions violentes appelées alors "crises" (probable effet "épidémique", du fait que la première patiente hypnotisée par le médecin viennois avait eu des convulsions, symptômes semblables — sous l'effet d'aimants — à ceux des "possédés" traités par exorcisme auprès d'un prêtre notoire de l'époque (Salem et Bonvin, 2007, p.7).

l'imagination, l'imitation et les attouchements physiques, ainsi que la dangereuse attirance sexuelle, étaient seuls responsables des phénomènes observés. Malgré ces conclusions, la fascination de la population et des intellectuels pour le mesmérisme perdura. Le phénomène se propagea rapidement en Europe, inspirant des travaux scientifiques et suscitant l'intérêt de la population pour le magnétisme animal. La turbulence occasionnée par les démonstrations de guérisons de Mesmer incita philosophes, médecins et penseurs du temps à tenter de comprendre et d'expliquer le phénomène.

D'après plusieurs auteurs (Fromm et Shor, 2009 ; Laurence et Perry, 1988 ; Roustang, 2011, etc.), l'histoire de l'hypnose moderne débute avec Mesmer. Il est considéré comme l'un des premiers — du moins le plus célèbre — à s'être intéressé, avec un esprit scientifique, à certains phénomènes occultes. Sa modernité par rapport aux pratiques traditionnelles a consisté en quelque sorte à expliquer, comprendre et contrôler l'influence des forces mystérieuses qui agissent sur les êtres humains et conditionnent leur existence (Roustang, 2011). Les questionnements soulevés par sa pratique ont véritablement ouvert l'histoire de la psychologie expérimentale et de la psychothérapie.

2.1.2 Armand Marie Jacques de Chastenet, marquis de Puységur (1751-1825)

Sur les traces de Mesmer et malgré les conclusions des commissions royales sur le magnétisme animal Armand Marie Jacques de Chastenet, marquis de Puységur (1751-1825) poursuit sa pratique thérapeutique. Ses observations le poussent à remettre en question les rapports entre magnétiseur et magnétisé (Edelman, 2009) et la pertinence de l'état de crise dans lequel les sujets sont plongés lors des séances de baquet. Les premiers patients magnétisés par Mesmer étaient secoués de convulsion comme si leurs réponses à sa technique semblaient calquées sur les comportements de prétendus possédés de la Vienne de l'époque (Kirsch et *al.*, 1993). Puységur développe sa théorie après avoir reçu en

consultation Victor Race, un paysan qui, n'ayant pas été contaminé par les expériences du mesmérisme, répondit de manière inhabituelle au traitement. Race plongeait effectivement dans un état apparenté au sommeil, mais il était en mesure de discourir, de chanter, de danser, sans plus se souvenir de rien au sortir de son état somnambulique. Puységur reproduisit l'expérience avec d'autres patients, cette fois en induisant un état comparable au sommeil. Alors que le magnétisme animal développé par Mesmer s'appuie sur l'analogie du magnétisme métallique, le somnambulisme artificiel de Puységur s'appuie sur celle du sommeil. Le sujet se retrouvant dans un état second tout en conservant ses capacités verbales et de mouvements tout comme certains somnambules (Bioy et Keller, 2009). Par ailleurs, Puységur contrairement à Mesmer est attentif aux démonstrations et au discours de ses sujets et leur permet de s'exprimer librement. Il soutient que le praticien n'est qu'un vecteur de guérison, et que les individus sont leur propre médecin. Selon Bioy et Keller (2009) « Puységur est le premier à mettre en place des psychothérapies modernes, avec la parole du patient au centre du processus dynamique » (*Ibid.*, p.54). Le somnambulisme artificiel touche tous les individus, quelles que soient leur condition sociale et leurs croyances. Il se répand en France et en Europe. L'état somnambulique permet aux individus de se soigner après avoir vu l'intérieur de leur corps ou en consultant les esprits immatériels d'un « extra-monde ». Ils « deviennent des voyants ou des visionnaires » (Edelman, 2009, p.115).

Les travaux de Puységur sur le somnambulisme apportent un sauf-conduit scientifique à la voyance associée à l'astrologie et aux horoscopes et jusqu'alors invalidée par les découvertes de Copernic et de Galilée. La voyance renait. Pendant presque un siècle « majoritairement des femmes, disent avoir le somnambulisme et pouvoir ainsi voir le passé et l'avenir, tout comme l'intérieur des corps, devenant voyantes et guérisseuses, mais aussi visionnaires » (Edelman, 2014, p.180). Ces femmes trouvent ainsi un moyen conscient de se

forger une place dans la société, d'écrire et de s'émanciper. Elle ouvre un chemin vers une liberté hors norme, une liberté dans la marginalité (*Ibid.*, p.202).

Chez les médecins cliniciens, le rapport de la commission royale sur le mesmérisme provoqua pourtant un refroidissement. Le mesmérisme dérive en phénomène de foire et en occultisme jusqu'à ce qu'un médecin écossais James Braid (1795-1860) réanime l'intérêt des milieux médicaux.

2.1.3 James Braid (1795-1860)

James Braid est généraliste et chirurgien à Manchester. Initié comme tant d'autres au mesmérisme il n'adhère pas à la thèse du magnétisme animal. Il est reconnu pour avoir groupé sous le terme d'« hypnotisme » les phénomènes comportementaux associés à une forme de sommeil nerveux (Bosc, 2013) popularisant ainsi le concept d'hypnose. À cette époque l'hypnose est utilisée comme méthode anesthésique ou comme analgésique en chirurgie. En 1829, le chirurgien français Jules Cloquet fut le premier à utiliser l'hypnose comme seul anesthésiant au cours d'une mastectomie unilatérale. Le chirurgien écossais James Esdaile (1805-1859) reprend l'expérience française lors de nombreuses interventions avec une baisse du taux de mortalité étonnante (de 40 % à 5 %) (Hammond, 2008). Ce dernier fait état « de plus de trois cents interventions chirurgicales majeures sous hypnose (amputation de membres, extirpation de varicocèles et tumeurs du scrotum, ablation d'une volumineuse tumeur maxillaire chez un paysan assis, etc.) » (Salem et Bonvin, 2007, p.10). À la mort de Braid, l'hypnose médicale perd peu à peu de son intérêt, victime des préjugés et du manque de légitimité scientifique et supplanté en 1846 par l'apparition du chloroforme jugé plus sûr. L'intérêt pour l'hypnose ressurgit avec force vers 1880 avec les traductions françaises et allemandes des écrits de Braid qui suscite la curiosité de Jean-Martin Charcot (1825-1893).

2.1.4 Jean-Martin Charcot (1825-1893)

Jean-Martin Charcot (1825-1893), neurologue à l'hôpital de La Salpêtrière à Paris, s'intéressa à l'étude neurologique des convulsions chez la femme, et utilisa l'hypnose pour reproduire et interpréter certains états pathologiques, postulant que l'hypnose, comme l'hystérie, était un état pathologique. Les recherches de Charcot ont eu une influence considérable sur les cliniciens qui venaient assister à ses présentations publiques et bénéficier de ses enseignements : Sigmund Freud, Joseph Babinski et Georges Gilles de La Tourette furent ainsi ses élèves (Bioy, 2008). Ses travaux sur le Grand Hypnotisme ont réintégré l'étude de l'hypnose dans le champ de la science (Carroy, 1991). Mais, en voulant sauvegarder sa dignité de découvreur, Charcot puisa aux origines plus lointaines de l'hypnose afin d'expliquer le phénomène et d'élaborer ses théories, au prix d'une négation de la culture des sujets de ses expériences. La découverte scientifique et médicale de l'hypnotisme entre 1875 et 1882 est donc bien plutôt une redécouverte qui s'insère selon Carroy (1991) dans une « culture de l'inconscient » préexistante¹⁹.

À cette époque la population avait repris ses « droits » sur l'hypnose et les médecins désireux de préserver le caractère scientifique de leurs travaux en appelaient au monopole médical de l'hypnose en mettant en garde contre les dangers potentiels des pratiques hypnotiques. Mais la population s'y opposa, prenant « la défense des magnétiseurs envers lesquels ils se sentaient redevables » (Carroy, 1991, p. 60). Dans sa croisade, Gilles de La Tourette dut faire face à un important paradoxe : les magnétiseurs professionnels, tant décriés par les médecins, n'avaient-ils pas été « les professeurs occultes des professeurs reconnus ? » (Carroy, 1991, p. 41). D'ailleurs, les séances publiques de Charcot à La

¹⁹ Carroy donne ici au mot culture le sens de développer un art ou un savoir-faire. Suite à la découverte scientifique et médicale de l'hypnotisme entre 1875 et 1882 on s'entraîne à se souvenir de ses rêves et de ses expériences inconscientes, certains en font une obsession. D'autres, plus doués : somnambules, médiums ou grandes hystériques font carrière en offrant leurs services. Un engouement se crée autour de l'état d'inconscience absolue qui garantit la sincérité et la naïveté (Carroy, 1991).

Salpêtrière avaient plusieurs points en commun avec les spectacles organisés pour le public parisien par les hypnotiseurs de scène.

À cette époque un débat théorique à propos de l'hypnose provoque ce qui pourrait être qualifié de schisme. Le médecin Hippolyte Bernheim (1837-1919) conteste les prétentions de Charcot sur la nature pathologique de l'hypnose. S'intéressant aux mécanismes de la suggestion il soutient les aspects psychologiques de l'hypnose. L'opposition entre une conception mécaniste de l'hypnose comme état et une conception psychologique ou psychosociale structure encore aujourd'hui le débat sur la question.

2.1.5 Hippolyte Bernheim (1837-1919)

Hippolyte Bernheim (1837-1919), médecin et professeur titulaire de médecine interne à l'université de Nancy, s'oppose aux conclusions de Charcot sur la nature pathologique de l'hypnose²⁰. C'est suite à une évaluation de la métallothérapie diffusée par le médecin français Jean Antoine Victor Burq²¹ que Bernheim remet en question la nature pathologique de l'hypnose. Pour Bernheim la précédente évaluation effectuée par Charcot qui émet un avis favorable envers la métallothérapie ne peut être que le résultat d'une erreur méthodologique. C'est pourquoi Bernheim dans son évaluation tient compte non seulement

²⁰ Jean Martin Charcot est neurologue et ses travaux sur l'hystérie l'amène à proposer une explication organiciste et neurologique. Selon le neurologue cette pathologie est donc susceptible d'être vécue par les femmes et par les hommes contrairement aux prétentions de Pinel qui interprète cet état comme une névrose génitale qui origine de l'utérus. Après avoir observé les effets de l'état d'hypnose sur les individus Charcot conclut qu'il s'agit d'une névrose hystérique artificielle. Pour lui, seules les personnes prédisposées à l'hystérie sont hypnotisables. Il utilisera l'hypnose comme un outil permettant d'étudier les manifestations hystériques (Lakhdari, 2007). « Charcot écrira même qu'il existe des « points hypnogènes » (ou hypnoïdes) sur le corps de ses patientes, comme il existe pour lui des « points hystérogènes ». Il suffit de trouver une zone hypnoïde chez le patient et de la presser pour obtenir l'état voulu » (Bioy et Keller, 2009, p. 71).

²¹ C'est à la suite d'observations sur des ouvriers œuvrant dans l'industrie du cuivre que le médecin français Victor Burq avança que l'absorption de poussière de cuivre semblait protéger du choléra. Il remarqua aussi que certains métaux, dont le fer, avaient la propriété de protéger le chanvre et le blé de divers parasites. Burq développa sa technique de guérison en administrant par voie orale de la poudre métallique ou encore en appliquant des pièces de métal sur les endroits malades du corps (*Revue Britannique*, sous la direction de Pierre Amédée Pichot 1883, Paris).

des dimensions physiques du phénomène, mais aussi de ses dimensions psychologiques. Il remarqua que les effets de la métallothérapie se manifestaient seulement lorsque le sujet avait conscience de l'application de métal sur son corps. Bernheim en conclut que seules la suggestion et l'imitation étaient effectives dans la métallothérapie, et il transposa cette conclusion à l'hypnose. Pour lui, « tout ce qui agit sur le psychisme est suggestion. [...] il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestion » (Bernheim, 1911, p.16). Bernheim, conférant à la parole, à l'imagination et à la volonté des pouvoirs de guérison, abandonne peu à peu la pratique clinique de l'hypnose.

L'ensemble des études sur l'hypnose stimulèrent l'intérêt des médecins et des physiologistes pour les interactions entre le corps et l'esprit. En soulignant l'action de l'esprit sur le corps, ces chercheurs et cliniciens s'opposaient aux conceptions mécanistes de la médecine psychiatrique, pour laquelle les nerfs, le cerveau et l'hérédité jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie des maladies mentales (Landry Balas, 2008).

L'intérêt des cliniciens pour l'hypnose, soulevé par l'étude du Grand Hypnotisme de Charcot et de la suggestion de Bernheim, s'essouffla cependant rapidement, et l'hypnose retomba « dans le domaine des pratiques parascientifiques ou populaires », comme en son temps le mesmérisme (Carroy, 1991). L'avènement de la psychanalyse détourna l'intérêt des cercles scientifiques et éclipsa les travaux sur l'hypnose (Bioy et Keller, 2009). Comme l'écrit Janet :

No one repudiates hypnotism, no one denied the power of suggestion; people simply ceased to talk about hypnotism and suggestion. The number of publication devoted to these topic declind enormously, as many be learned from the indexes compiled and published annually by Ebbinghaus and by Baldwin. Whereas in previous years the books and articles concerning hypnotism, suggestion, and allied subjects had been numbered by thousands per annum, the number now fell to a few dozens (Janet, 1976, p.200).

Aux États-Unis avant le premier tiers du XXe siècle les contributions significatives à l'étude de l'hypnose proviennent d'Europe. L'hypnose et le mesmérisme sont alors promus par des

individus au fait des développements européens et se développent de la même manière que le spiritisme et l'électro psychologie (Phelps, 1987). Les travaux de Clark Hull²² en 1930 sur l'hypnose marquent un jalon décisif sur la réintroduction de l'hypnose et de son intérêt chez les cliniciens.

2.1.6 Milton Erickson et l'École de Palo Alto

Après une longue éclipse, attribuable en partie au succès de la psychanalyse (et au rejet de l'hypnose par Freud²³), la recherche reprend au lendemain de la Seconde Guerre mondiale à Palo Alto²⁴, en Californie, avec les travaux d'Erickson.

Milton Erickson (1901-1980), médecin psychiatre établi à Phoenix en Arizona, en rupture avec les théories behaviorales et psychanalytiques et inspiré par les travaux du professeur Hull sur l'hypnose fait évoluer les aspects relationnels de cette dernière. Ainsi, le rôle

²² Clark L. Hull (1884 – 1952), est l'initiateur d'un ambitieux programme de recherches consacré à l'hypnose et la suggestion (Hull, 1933). Ses travaux inaugurent l'ère moderne de l'étude de cette discipline. Hull considère alors l'état hypnotique comme une activité mentale normale. Il est un des premiers à appliquer les méthodes expérimentales et statistiques à l'étude de l'hypnose et de la suggestibilité (Salem et Bonvin, 2007).

²³ Comme plusieurs médecins de son époque, Freud s'est intéressé à l'hypnose. Suite aux enseignements du professeur Bernheim à Nancy, il publie « Traitement psychique (traitement d'âme) ». À Paris Freud rencontre Charcot. Le neurologue de la Salpêtrière démontre que l'hypnose permet l'accès à une zone ombrageuse du psychisme. Freud adopte la méthode hypnotique pour accéder à cette zone d'ombre, qu'il nommera plus tard l'inconscient. Freud abandonne peu à peu la technique constatant que « les patients n'étaient pas tous hypnotisables, ils n'obéissaient pas toujours à la suggestion en état d'hypnose, ce qui en restreignait l'utilisation. Mais surtout Freud constata qu'il pouvait se passer de l'hypnose dans ses traitements » (Lakhdari, 2007, p.206).

²⁴ Au début des années 1950, des scientifiques de diverses disciplines communication (Jay Haley, 1923-2007), anthropologie (Gregory Bateson, 1904-1980), biologie (Ludwig von Bertalanffy, 1901-1972), cybernétique (Heinz von Foerster, 1911-2002), etc. se sont rassemblés à Palo Alto, en Californie, et ont développé des réflexions sur le fonctionnement de l'esprit humain. Ainsi naquit l'École de Palo Alto, un courant de pensée inspiré du constructivisme (WATZLAWICK, 1992) qui a remis en question les théories behavioristes et psychanalytiques, et donné naissance aux thérapies brèves, sources d'un renouveau de la psychothérapie. La remise au premier plan de l'interaction praticien-sujet est probablement l'apport le plus important de l'École de Palo Alto (ROUSTANG, 2011). Les membres de cette école considèrent la maladie mentale non pas comme une pathologie intrapsychique, mais comme une inadaptation de l'individu à son système interactionnel. Signalons que les approches prenant en considération les interactions entre les individus et leur environnement immédiat développées à Palo Alto ont été modélisées à partir du concept d'écologie issu des sciences biologiques.

autoritaire et dirigiste de l'hypnotiste, développé au temps de Charcot et de Bernheim, est remis en question. L'hypnose se veut dès lors une approche où le sujet est sur un pied d'égalité avec le praticien. Pour Erickson, la communication est au fondement des comportements et les « dysfonctionnements » humains trouvent leur origine dans l'inadéquation environnement/individu. Cette posture nouvelle a largement influencé l'école de Palo Alto (Bioy, 2011). L'approche d'Erickson confère à la transe hypnotique un statut plus actif : en permettant de toucher l'inconscient, elle ouvre l'accès à un réservoir de potentialités. Erickson comprend l'inconscient comme une mécanique cognitive, une mémoire oubliée des apprentissages et des ressources que l'individu peut utiliser pour résoudre ses difficultés et non, comme chez Freud, un lieu où se terrent les complexes. Les techniques utilisées par l'un et l'autre diffèrent grandement : pour Freud, c'est la prise de conscience, la mise au jour des mécanismes inconscients qui est la clé de la thérapie ; pour Erickson, au contraire, nul besoin d'interpréter et de comprendre pour fonctionner autrement, c'est en demeurant au niveau infraconscient, par le biais de la transe, des métaphores, des confusions, que l'on peut atteindre les potentialités inconscientes et ainsi transformer les comportements (Roustang, 2011). La méthode d'Erickson « tient plus d'une psychopédagogie que d'une psychothérapie au sens strict du terme, étant donné qu'elle s'éloigne de l'orthodoxie psychopathologique. La relation est ici perçue plus comme un appui que comme une source de savoir sur l'autre » (Bioy, 2011, p.22). Pas de « spécialiste » qui interprète le vécu de l'autre, il n'y a que la personne et ses aspirations, et ces conditions favorisent la création d'un espace de changement.

L'aspect relationnel de l'hypnose avait aussi été soulevé par les chercheurs s'intéressant jadis aux méthodes magnétiques. Janet va jusqu'à parler de « passions somnambuliques » lorsqu'il décrit l'effet du mesmérisme : « Il semble donc que pendant le somnambulisme le sujet soit particulièrement préoccupé de son hypnotiste et qu'il ait à son égard une

préférence, une docilité, une attention en un mot des sentiments particuliers qu'il n'a pas pour d'autres personnes » (Janet, 1898, p.424). « Pour être en mesure de guérir, dit Mesmer, il faut d'abord établir une relation étroite avec son malade, c'est à dire, en quelque sorte, "se mettre en harmonie avec lui" » (Amadou, 1971, p.313). Le mesmérisme, et à sa suite l'hypnose, induirait un mode relationnel très particulier entre le thérapeute et son patient. Selon Keller (2005), ce « rapport hypnotique » expliquerait l'effet de la méthode, que l'auteur apparente à l'effet placebo qu'il qualifie de « relation placebo ». L'hypnose serait donc une technique de communication qui utilise l'influence sociale pour soigner (Bioy et Keller, 2009).

Erickson est un praticien, il développe son approche sans se préoccuper d'une quelconque démarche théorique. Par contre, ses enseignements et ses réflexions, colligés par ses élèves, donnent lieu à l'élaboration et la remise en question de certains concepts telles les notions d'influence, de suggestion, d'alliance thérapeutique ou d'inconscient. Les préceptes d'Erickson concernant l'hypnose sont aujourd'hui largement reconnus, mais ont donné lieu à quelques dérives. Un courant a par exemple récupéré l'approche communicationnelle à la base de la méthode éricksonienne, mais, négligeant son aspect relationnel, propose des techniques centrées sur la résolution de symptômes (Hammond, 2004). Si bien qu'il est aujourd'hui facile de trouver en librairie ou sur le Web des recueils de « scripts hypnotiques », de suggestions et de métaphores permettant de faire face à une vaste gamme de symptômes (*Ibid.*). De manière générale, l'hypnose est maintenant souvent intégrée à d'autres approches psychologiques. Ainsi, il existe une hypnothérapie psychodynamique, cognitivocomportementale ou encore éricksonienne.

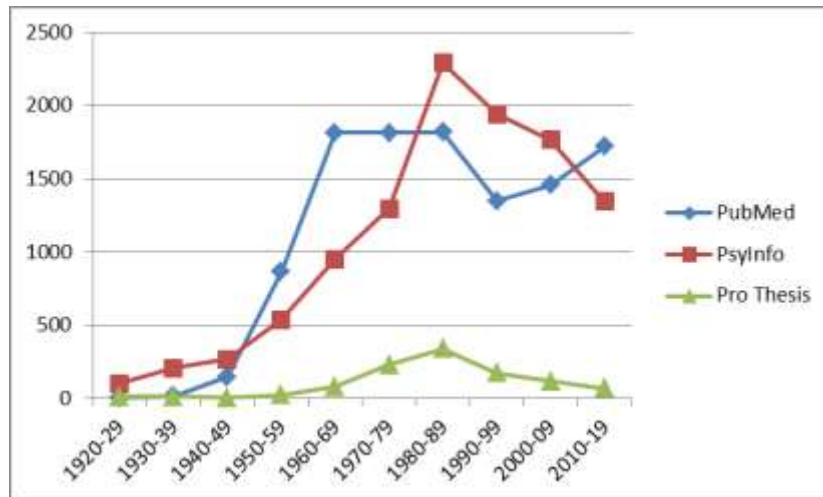
2.2 L'HYPNOSE ASPECT CONTEMPORAIN

Aujourd'hui, en Occident l'hypnose est indubitablement populaire. Malgré l'absence de données officielles, il est possible d'en apprécier l'ampleur. Par exemple, une recherche sur Google avec le mot clé « hypnose » génère plus de 28 millions de références contre 1 110 000 pour « thérapie brève » et 438 000 pour thérapie « cognitivocomportementale »²⁵. Les milieux professionnels et médicaux sont aussi concernés par cette popularité. En Europe, plus de 50 % des centres hospitaliers la pratiquent, contre 30 % il y a dix ans (Benhaïem et Roustang, 2012) ; À Paris en 2015 au 20^e Congrès international de l'hypnose²⁶, le nombre d'experts a fait un bon de 600 % (passant de 400 à 2 400) par rapport au congrès de 2005. Au Québec comme aux États-Unis, ce sont les effets antalgiques de l'hypnose qui intrigue le milieu médical (Gravel, 2008 ; Pierce, 2018), mais malgré l'accumulation de résultats démontrant les effets de la technique dans le soulagement de la douleur et de l'anesthésie, les médecins demeurent réservé quant à l'adoption de cet outil thérapeutique. Il en est de même dans les milieux d'intervention institutionnels comme les CLSC ou les unités de soins psychiatriques des hôpitaux où l'hypnose n'est pas pratiquée contrairement à d'autres pratiques alternatives (Ardiet, 2018). Cet intérêt se retrouve aussi dans le milieu de la recherche où l'hypnose a connu une certaine popularité dans les années 1980. Le graphique 1 : *La recherche sur l'hypnose 1920-2019* le montre bien. La base de données PubMed qui diffuse les résultats de la recherche biomédicale fait état du vigoureux intérêt des milieux scientifiques entre 1950 et 1970. Ensuite, nous observons un déclin substantiel de cet intérêt de 1980 à 2000. Après une faible augmentation des publications depuis les 10

²⁵ Recherche effectué sur Google en octobre 2016.

²⁶ 20^e congrès mondial d'hypnose, 9^e forum. Hypnose, racines et futur de la conscience, Paris 27 et 28 août 2015.

dernières années celles-ci semblent toutefois avoir atteint un palier autour de 1,500 publications en 2018.



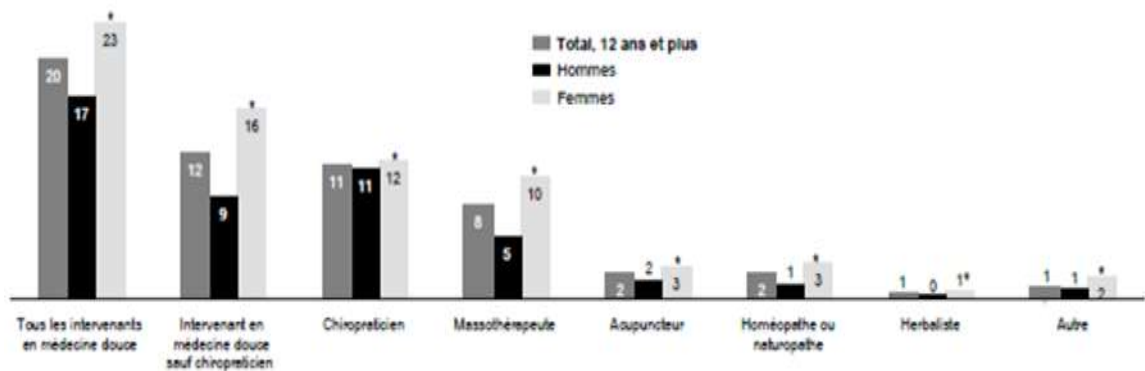
Graphique 1 : La recherche sur l'hypnose 1920-2019²⁷

2.2.1 Comment expliquer la popularité de l'hypnose ?

Comment expliquer l'intérêt de la population pour l'hypnose ? Nous suggérons deux hypothèses. La première est reliée au fait que l'hypnose peut être assimilée à une pratique alternative. À ce titre sa popularité suit celle de la montée des pratiques alternatives depuis les années 1980. La deuxième hypothèse se fonde sur l'attrait des humains pour le magique et fantastique, éléments souvent associés à la pratique de l'hypnose.

²⁷ Les publications affichant le mot clé « hypno* » dans leurs titres ont été recensées dans les bases de données PubMed, PsylInfo et Proquest dissertation & thesis, consultées en juillet 2019.

La population se tourne volontiers vers les pratiques non conventionnelles. En 2003, au Canada, 20 %²⁸ des Canadiens de 12 ans et plus, soit 5,4 millions de personnes, ont déclaré avoir eu recours à des soins de santé non traditionnels ou complémentaires (voir graphique : *Pourcentage des Canadiens ayant consulté en médecine douce*) pour prévenir ou soulager ses maux. Ces résultats révèlent une tendance à la hausse du recours aux soins non traditionnels ou complémentaires. En 1994-1995, « environ 15 % des Canadiens de 18 ans et plus avaient eu recours à de tels soins ». (Park, 2005, p.41)



*Valeur significativement plus élevée que l'estimation observée pour les hommes ($p < 0,05$).

Graphique 2 : Pourcentage des Canadiens ayant consulté en médecine douce (Park, 2005, p.41)

Selon les chercheurs, cet intérêt de la population pour les pratiques alternatives est parfois associé aux scandales sanitaires et pharmacologiques qui ont ébranlé la confiance de la population envers la médecine officielle (Bontoux *et al.*, 2013). Par ailleurs, face à une médecine expéditive, la population souhaite plus d'autonomie et d'engagement dans le processus thérapeutique, moins de thérapies invasives, des thérapeutes qui prennent le temps d'établir une relation empathique (Sharples *et al.*, 2003). La dimension relationnelle,

²⁸ Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) concernant la consultation « d'intervenants en médecine douce » et de chiropraticiens durant les 12 mois précédant l'enquête.

signalée par Sharpless *et al.*, semble essentielle aux pratiques alternatives et, selon plusieurs chercheurs (Bontoux *et al.*, 2013 ; Brody, 2000 ; Gueguen, 2015 ; Roberts *et al.*, 1993), expliquerait en partie leur efficacité.

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse, le fantastique et le magique suscitent la curiosité de la population et comme le font remarquer Van Meerbeeck et Jacques :

Dès [qu'] apparaît un nouveau guérisseur, cela vaut la peine d'aller voir à quoi il ressemble, comment il fonctionne, ce qu'il promet, ce qu'il fait et comment il travaille. C'est fascinant et l'on a toujours un petit peu envie d'y croire [...]. Mais peut-on s'empêcher de se dire qu'après tout, on ne sait jamais, d'envisager des pouvoirs « occultes » ? Pourquoi n'y aurait-il pas de la magie blanche et pas uniquement de la noire ? Pourquoi est-ce qu'il n'y aurait pas des choses dans le champ de l'invisible, encore ignorées et qui influenceraient néanmoins l'humanité ? (Van Meerbeeck et Jacques, 2009, p. 246)

Van Meerbeeck et Jacques considèrent que cette manière d'envisager la réalité est toujours présente en nous et qu'elle « infiltre la demande de soins » (2009, p. 245). Pour Ceccarelli et Lindenmayer (2012), cette attirance de la population pour les solutions magiques est un « reliquat de la mentalité primitive [qui] subsiste toujours sous une forme latente dans le psychisme de tout un chacun » (*Ibid.*, p. 41). Les observations anthropologiques montrent que l'Occident est marqué par « des formes propres d'enchantement » (Geschiere, 2000, p. 31) contraires à l'idéal positiviste d'Auguste Comte, qui prétendait triompher des formes triviales et archaïques de savoirs. Geschiere établit un parallèle entre des phénomènes reliés à une forme de pensée magique et la sorcellerie en Afrique. Il mentionne « l'hystérie américaine de *child-abuse* et les rumeurs persistantes sur les activités des sectes sataniques » et compare « le rôle des *spin-doctors* dans la politique américaine (et de plus en plus en Europe) avec celui des *witch-doctors* (*nganga*, guérisseurs) dans celle de l'Afrique au sud du Sahara ». Il remarque que ces supposés experts utilisent leur savoir ésotérique ou scientifique « pour se rendre indispensables et dresser un écran autour du pouvoir » (*Ibid.*, p. 64).

2.2.2 Une pratique alternative en santé qui se retrouve sur scène

C'est probablement en raison de cet engouement de la population pour les phénomènes mystérieux que l'hypnose est la seule pratique alternative en santé qui se retrouve dans les salles de spectacles ou à la télévision. Les démonstrations parfois rocambolesques qui circulent sur le Web ou les réseaux sociaux nourrissent à la fois les aspects ésotériques et magiques de l'hypnose et l'aura de suspicion envers l'hypnose thérapeutique. Outre les hypnotiseurs de scène, les médias contribuent à perpétuer les mythes concernant l'hypnose qui est souvent dépeinte comme une forme de contrôle de l'esprit. Des émissions de télévision, des dessins animés pour enfants et des films montrent tous des hypnotiseurs contrôlant des victimes sans défense (Walling, 1997).

L'hypnose spectacle²⁹ n'est pas un phénomène récent. Déjà avant que le mot hypnose ne soit popularisé la Société du mesmérisme, au milieu du XIXe siècle, organisait des séances publiques, initiant plus de 11 000 personnes. Vers 1888, elle comptait 40 000 affiliés à Paris (Carroy, 1991, p.51) : « Durant tout le siècle, beaucoup de Parisiens ont pu voir, ressentir ou susciter des faits magnétiques, lire des affiches sur les murs, recevoir des anecdotes, lire des feuilletons et des romans » (*Ibid.*, p. 52). Au même moment, Jean-Martin Charcot, le célèbre neurologue de la Salpêtrière de Paris présentait des sujets en état de crise hystérique à un public de médecins, de magistrats, de journalistes et d'hommes politiques (Teyssou, 2012).

Seuls la qualité de l'auditoire et le sceau de la science distinguaient ces exhibitions

²⁹ À partir du moment où deux personnes sont impliquées dans la mise en scène publique ou privée de ce qui est considéré comme de l'hypnose, nous pourrions considérer toutes les formes d'hypnose comme des hypnoses spectacles. Comme le précise Heap (2000), une interaction met en jeux des dynamiques relatives au pouvoir et à l'influence, des contextes, des attentes, etc. « The salient determining factors in the behaviour and experiences of the participants at a stage hypnosis show are their own skills, attributes, and commitment to the task, the very definite expectations concerning how they should respond, the effect of audience pressure, the stage hypnotist's demands, and the effects of being amongst a group of participants (*Ibid.*, p. 119). La question demeure : s'agit-il d'hypnose ou de psychologie sociale? « Under equivalent contextual demands and expectations, and possessing the same cognitive skills, commitment and involvement, 'non-hypnotised' participants are indistinguishable from participants who have been ceremonially 'put into a trance' (*Ibid.*, p. 119). Avec ce qui vient d'être énoncé par Heap, nous pourrions définir l'hypnose spectacle comme la mise en scène caricaturale des mécanismes qui constituent l'interaction et qui sont présentées comme telles comme de l'hypnose.

scientifiques de celles des magnétiseurs de grand chemin (Carroy, 1991). Au Québec, les spectacles d'hypnose ont lieu depuis de nombreuses années. Dans les années 1970, le grand Roméo, Domineau et Jeannino occupaient la scène. Depuis 1986, Mesmer, le fascinateur, attire l'attention d'un vaste public tant au Québec qu'en France. Celui-ci a atteint une notoriété sans précédent et aurait à lui seul hypnotisé plus de 70 000 personnes (Réali, 2014).

2.2.3 Les représentations sociales de l'hypnose

La méfiance des milieux scientifiques et médicaux à l'égard de l'hypnose n'est pas un fait nouveau. Clark Hull a dit un jour que les scientifiques qui se sont penchés sur l'hypnose ont eu le courage d'affronter à la fois les suspicions de l'orthodoxie scientifique et les appréhensions du public face à un procédé nébuleux (Barnier et Nash, 2008). Bernheim écrivait à propos de l'hypnotisme et de la suggestion que

ces mots éveillent encore dans les esprits, même médicaux, l'idée d'une chose extraordinaire, mystérieuse, due à des forces fluidiques inconnues. Occultisme, magnétisme, hypnotisme, ces mots impressionnent encore vivement les imaginations. Beaucoup de médecins même n'osent pas s'aventurer dans ce domaine qu'ils considèrent encore un peu comme extra-scientifique. (Bernheim, 1911, p.1)

Pour tout dire, l'hypnose est encore aujourd'hui considérée par les médecins et certains scientifiques comme une pratique marginale en manque de scientificité. Les professionnels, praticiens de l'hypnose, tentent de renverser ces représentations néfastes au développement de la technique. Dans son allocution d'ouverture au XXI Congrès mondial d'hypnose médicale et clinique se déroulant à Montréal en août 2018, Michel Landry, psychologue et président de la Société québécoise d'hypnose (SQH) déclare :

L'hypnose est une méthode utilisée par divers professionnels de la santé — dentistes, médecins, psychologues — pour réduire la douleur et traiter divers troubles, dont l'anxiété, les phobies, les troubles du sommeil et les dépendances [...]. Les spécialistes réunis lors de notre panel s'emploieront à déboulonner les mythes qui

entourent l'hypnose clinique, laquelle est bien différente de l'hypnose spectacle (Landry, 2018).

2.2.4 Des représentations nébuleuses et ambiguës

L'effet pervers des représentations théâtrales de l'hypnose tient au fait qu'elles relaient dans la population des représentations sociales fantastiques, nébuleuses et ambiguës qui ont un impact sur la nature des pratiques d'intervention et sur leurs résultats. Comme nous le verrons dans la section consacrée aux représentations sociales, ces dernières jouent un rôle important non seulement dans le déroulement de l'hypnose, mais dans toutes les formes d'interactions thérapeutiques. Par exemple, lors d'une situation clinique, le sujet estimera que l'intervention hypnothérapeutique a été fructueuse seulement si le praticien a répondu à ses attentes représentationnelles. Par ailleurs, le praticien peut éprouver un sentiment d'échec s'il entretient une représentation de l'hypnose dans laquelle le sujet n'a pas de prise sur l'état induit et que, par exemple, le sujet sort inopinément de sa transe hypnotique ou semble au contraire ne pas pouvoir en sortir³⁰. Les cliniciens de l'hypnose ont compris l'importance de tenir compte des représentations sociales de l'hypnose de leurs clients. Dans un article s'adressant aux hypnothérapeutes Meyerson (2014) propose une méthode de remythification permettant de neutraliser l'impact négatif des représentations sociales, des mythes et des fausses croyances à propos de l'hypnose, considérés comme des obstacles majeurs dans la mise en oeuvre de l'hypnose.

Malgré l'importance sur le développement du phénomène peu de chercheurs se sont intéressés aux représentations sociales de l'hypnose. En France, Didier Michaux (1982) a été le premier psychologue à consacrer une thèse de doctorat au phénomène et à son image

³⁰ En juin 2012, lors d'un spectacle d'hypnotisme dans une école de la région de Sherbrooke, un jeune hypnotiseur panique en constatant qu'il n'arrive pas à réveiller certains sujets qu'il avait endormis (www.lapresse.ca/la-tribune/sherbrooke/201206/19/01-4536511-le-college-sacre-coeur-reconnait-son-erreur.php, consulté le 21 avril 2015).

publique. D'après Michaux (2005), l'hypnose apparaît encore comme un état léthargique dans lequel un individu sans conscience ni volonté obéit à des ordres ; l'hypnotiseur, quant à lui, a toujours l'image d'un magicien ou d'un thaumaturge exerçant - par la voix, le regard ou l'imposition des mains - un pouvoir sur un sujet considéré comme psychologiquement faible. Pareille représentation est, selon Michaux (2005), « une sorte de pérennisation des croyances antérieures » (*Ibid.*, p. 343) qui, malgré toutes les tentatives scientifiques pour expliquer le phénomène, demeure très prégnante au sein de la population et chez certains thérapeutes.

Pour Michaux (2005), cette cristallisation des représentations de l'hypnose serait due à trois raisons. La première est liée à son histoire. À la fin du XVIII^e siècle, Franz Anton Mesmer tente d'élucider des états jusque-là attribués à des phénomènes surnaturels et réussit à les induire à des sujets grâce à un système composé de fils et d'aimants, prouvant ainsi que le phénomène est d'origine humaine. En 1784, Louis XVI institue une commission royale d'enquête pour faire la lumière sur les procédés thérapeutiques de Mesmer. Même si cette commission a conclu que les manifestations observées étaient de nature imaginaire, les représentations populaires du mesmérisme n'ont pas évolué. La seconde raison tient à la nature de la relation hypnothérapeutique et à l'influence que le praticien semble avoir sur son sujet. La société valorise fortement l'autonomie et la responsabilité des individus et l'hypnose ébranle ces prétentions. L'apparente soumission du sujet hypnotisé aux suggestions du praticien raviverait l'espoir de ceux qui souhaiteraient de manière passive être guéris ou libérés de comportements embarrassants. La troisième raison est liée à la connaissance empirique de l'hypnose que nous avons tous. Tout le monde a en effet vécu des expériences génératrices d'une forme naturelle d'hypnose, comme la relation fusionnelle à la mère, l'extase amoureuse, la confrontation à l'autorité, le sentiment de toute-puissance ou la peur.

Notre représentation de l'hypnose prendrait racine dans ces souvenirs inconscients (Michaux, 2005).

2.2.5 Implantation et pratique de l'hypnose au Québec

La pratique de l'hypnose thérapeutique est implantée au Québec depuis les années 1940. À cette époque, des médecins psychiatres montréalais s'intéressent au phénomène et réalisent des études et des publications scientifiques et offrent des formations en milieu hospitalier. Dans les années 50, les psychologues de plus en plus nombreux (Prud'homme, 2007), s'intéressent à l'hypnose et à ses aspects psychologiques, tandis que le milieu médical s'en désintéresse peu à peu jusqu'à la délaisser complètement. L'intérêt des psychologues suscite de nouveaux développements dans le monde québécois de l'hypnose.

Dans les années 1980, l'engouement pour les pratiques alternatives favorise l'émergence de nouveaux thérapeutes et la création de centres de formation. Jacques Camiré fait figure de précurseur en ouvrant à Montréal la première école de formation en hypnose. Après avoir pratiqué l'hypnose de scène, il réoriente sa carrière vers la thérapie et l'enseignement. Depuis l'ouverture de son école, il aurait formé plus de 800 praticiens. Ces nouveaux thérapeutes gonflent les rangs des intervenants qui envahissent le « champ psy » et entrent en concurrence directe avec les psychologues, majoritairement présents au Québec en pratique libérale.

Il n'y a pas que les hypnothérapeutes qui gonflent le « champ psy ». La montée constante des thérapeutes paramédicaux qui à partir des années 1950 investissent les milieux institutionnels passant « de quelques dizaines d'individus en 1950 à 4700 en 1975, puis à plus de 26 000 » (Prud'homme, 2007, p.254) exige une redéfinition des rôles. Les psychologues engageront une bataille principalement avec les médecins afin de défendre leur vision plus individualiste et internalisent des problèmes de santé mentale craignant que

les programmes de santé mentale offerts à la population n'adoptent une couleur plus sociologique que psychologique. Pour eux, seule une prise en charge affective pouvait résoudre les problèmes humains, par opposition à l'approche organiciste des psychiatres (Prud'homme, 2007). Les psychologues tentèrent donc, par des représentations auprès des directions des institutions et de l'Office des professions, de s'approprier l'exclusivité de la pratique psychothérapeutique pour supplanter les psychiatres et les autres intervenants alternatifs qui se sont progressivement greffés à l'offre de soin en santé psychologique et qui, par leur formation, n'avaient pas compétence en la matière.

En 1992, l'Office recommanda au gouvernement de n'autoriser que les techniques psychothérapeutiques pouvant démontrer scientifiquement leur efficacité et de mettre sous surveillance les psychothérapeutes d'allégeance douteuse soupçonnés d'exploiter la détresse des individus.

En novembre 2003, un reportage-choc de l'équipe de l'émission *Enjeux*³¹ diffusé sur Radio Canada, dénonce les « charlatans et psychothérapeutes autoproclamés » et les dangers potentiels de ces thérapies dangereuses auprès d'une population vulnérable (Trudeau et al., 2015, p. 34). Ce reportage agit comme un catalyseur et l'Office des professions engage enfin un processus de révision du Code. Suite au rapport Trudeau (2005), la Loi 21, promulguée en 2009, redéfinit les champs de pratique de huit professions : psychologue, travailleur social, psychoéducateur, conseiller d'orientation, thérapeute conjugal et familial, ergothérapeute, infirmière et médecin. Le titre et l'exercice de la psychothérapie y sont définis et l'Ordre des psychologues est chargé de les faire respecter. L'appellation « psychothérapeute » serait dorénavant réservée à une catégorie spécifique de professionnels dûment accrédités.

³¹ RADIO CANADA.CA / ENJEUX (2003) « Reportage : Thérapies dangereuse ». [En ligne]. <https://ici.radio-canada.ca/actualite/enjeux/reportages/2003/031118/therapie.html> (Consulté le 8 novembre 2018).

Ces tractations à propos de la psychothérapie se sont déroulées sous la bannière de la protection du public. Comme il est difficile de s'élever contre la vertu, les enjeux économiques, de reconnaissance et de pouvoir, comme le désir de désavouer ou de prendre le contrôle de pratiques à la portée de tout un chacun n'ont pas été discutés ouvertement. Ce bout d'histoire rappelle à certains égards ceux ayant eu lieu au Québec au milieu du XIX^e siècle à propos de la pratique de la médecine. À cette époque, les médecins se sont battus contre les guérisseurs et les rebouteux pour établir leur autorité sur la pratique de la médecine. La partie n'a pas été facile, la population préférant s'en remettre aux soi-disant charlatans (Goulet, 1997).

Suite à la révision du Code des professions, les praticiens de l'hypnose sans permis de psychothérapeute se sont retrouvés en observation. Afin de protéger leurs entreprises et le marché, les propriétaires d'écoles de formation en hypnose ont à leur tour fait des représentations auprès de l'Ordre des psychologues afin de délimiter un champ de pratique pour les hypnothérapeutes non professionnels. Une entente a été conclue en 2013 entre l'École de formation professionnelle en hypnose du Québec (EFPHQ) et l'Ordre des psychologues du Québec. Ce dernier a reconnu l'aspect technique de l'hypnose et son utilisation par des non professionnels, avec des outils comme la suggestion, la métaphore hypnotique, le réflexe conditionné, l'ancrage, l'autohypnose, le renforcement positif ou la visualisation permettant au client/patient de mieux composer avec les symptômes ou manifestations d'un problème ou d'une maladie (Lorquet, 2015). Par contre, la pratique consistant à faire vivre des régressions n'est plus autorisée, étant donné qu'elle se rapproche de la psychothérapie.

Il est difficile de connaître le nombre de praticiens de l'hypnose au Québec. En janvier 2018 nous avons répertorié 12 écoles de formation à l'hypnose et 9 associations de naturothérapeutes qui acceptent dans leur rang les praticiens de l'hypnose. Ces dernières

demeurent muettes et/ou évasives sur le nombre de praticiens de l'hypnose qu'elles regroupent. Les seuls chiffres dont nous disposons sur la pratique de l'hypnose proviennent de deux centres de formation, soit la Société québécoise d'hypnose (SHQ), réservée aux professionnels et l'École de formation professionnelle en hypnose du Québec (EFPHQ)³², ouverte au public, qui publient sur leur site un annuaire des praticiens formés dans leur établissement. Selon ces données il y aurait au Québec un nombre équivalent de professionnels et de non professionnels pratiquant l'hypnose.

ÉCOLES DE FORMATION EN HYPNOSE
École de formation en hypnose du Québec
Coaching Québec
IDCOM International
Académie d'hypnose thérapeutique du Québec
Institut Milton Erickson de Montréal
Institut d'hypnose clinique Édith Hétu
Collège de psychothérapie du Québec à Montréal
Institut Milton Erickson du Québec
PNL Québec Rive-Sud
Société québécoise d'hypnose
Institut international d'hypnose spirituelle
Institut de formation en hypnose et coaching
ASSOCIATION NATUROPATHE
Association canadienne des thérapeutes en médecines douces
Regroupement des Intervenants et Thérapeutes en Médecine alternative

³² L'annuaire de la SHQ répertorie 183 membres professionnels : 8 dentistes, 152 psychologues et 23 psychothérapeutes. L'EFPHQ répertorie quant à elle 171 membres. SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPNOSE (2018). « Membres praticiens », [En ligne]. [<http://sqh.info/repertoire-praticiens/>] (Consulté le 15 janvier 2018) et ÉCOLE DE FORMATION PROFESSIONNELLE EN HYPNOSE DU QUÉBEC (2018). « Répertoire des membres », [En ligne]. [<https://efphq.com/repertoire-membres/>] (Consulté le 15 janvier 2018).

et complémentaire
Commission des praticiens en médecines douces du Québec
Association nationale des naturothérapeutes
Association des naturothérapeutes du Québec
Alliance québécoise des thérapeutes naturels
Association des naturopathes professionnels du Québec
Alliance des naturopathes et naturothérapeutes
Académie des naturopathes et naturothérapeutes du Canada

Tableau 3 : Écoles de formation en hypnose et associations de naturothérapeutes au Québec

Les formations à l'hypnose sont hétérogènes et présentent des cursus plus ou moins approfondis. Certaines écoles offrant des formations exclusivement aux professionnels de la santé mentale et d'autres à un public plus large. Aucune formation à l'hypnose n'est dispensée en milieu universitaire ou hospitalier. L'enseignement de l'hypnose se base sur la philosophie d'intervention développée par Milton Erickson³³, et vise à transmettre des connaissances à propos de l'inconscient et des états modifiés de conscience, des techniques d'intervention et des éléments déontologiques permettant de devenir hypnothérapeute certifié. Le statut d'hypnothérapeute, non réglementé, concerne ainsi des praticiens aux qualifications très différentes susceptibles de prendre en charge un ensemble hétéroclite de symptômes et de malaises (voir Annexe 2 : *Indications à l'utilisation de l'hypnose*).

³³ Milton Hyland Erickson (1901-1980) est un psychiatre américain qui, par ses nombreux travaux sur l'hypnose clinique et son approche particulière de la thérapie, a joué un rôle important dans le renouvellement de l'hypnose clinique. Il est considéré comme le père de l'hypnose moderne.

2.3 DÉFINITIONS, THÉORIES ET TECHNIQUES DE L'HYPNOSE

2.3.1 Définition de l'hypnose

Il est encore aujourd'hui difficile de définir l'hypnose de manière satisfaisante (Bioy et Keller, 2009) tout en tenant compte de ses dimensions empirique, phénoménologique et philosophique. L'hypnose est un processus soumis à la complexité de la relation hypnotiste – sujet et aux aléas de cette relation s'ajoute la diversité des pratiques hypnotiques thérapeutiques, sans oublier l'hypnose spectacle qui apporte confusion et suspicion à un phénomène souvent associé à l'occultisme et au charlatanisme. Cette réalité fait en sorte que « les explications concernant les mécanismes de l'hypnose (magnétisme animal, inconscient, processus cognitifs, etc.) ont été et restent multiples, se recouvrent et/ou divergent les une des autres » (Vion-Dury et Mougin, 2018, p.4). Afin d'illustrer la complexité du phénomène, nous présentons les définitions les plus consensuelles et un panorama des théories contemporaines de l'hypnose.

L'*Encyclopaedia Britannica* présente la définition de l'hypnose de Martin Orne :

Special psychological state with certain physiological attributes, resembling sleep only superficially and marked by a functioning of the individual at a level of awareness other than the ordinary conscious state. This state is characterized by a degree of increased receptiveness and responsiveness in which inner experiential perceptions are given as much significance as is generally given only to external reality. (Orne, 2014)

Michel Kerouac (2008), quant à lui, définit l'hypnose comme :

un état ou un processus de concentration naturelle de conscience modifiée. Il est produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle. L'état parfois ressemble au sommeil, mais est physiologiquement distinct. Il est caractérisé par une élévation de la suggestibilité et produit à son tour certains phénomènes sensoriels et perceptuels (*Ibid.*, p.79).

Michaux (1995) définit rapidement l'hypnose comme :

un état d'inconscience, de perte de volonté, dans lequel un sujet fasciné (fixation ou exhortation verbale) exécutera automatiquement et sans contrôle les désirs (véhiculés par les suggestions) d'un hypnotiste tout-puissant. (*Ibid.*, p. 265)

Nous remarquons que ces auteurs s'accordent sur l'état spécifique ou modifié de l'hypnose et de son corolaire la suggestibilité alors que l'aspect relationnel et sociologique n'est pas évoqué. Afin de calmer le tiraillement théorique et épistémologique entre les tenants des théories psychosociales et étatiques de l'hypnose au sujet de sa définition, le comité de la division 30 de de l'American Psychology Association (APA), la Society of Psychological Hypnosis (SPH) a présenté en 2014 une définition succincte de l'hypnose et des notions connexes telles, l'induction hypnotique, l'hypnotisabilité et l'hypnothérapie,

Hypnosis : A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion ;

Hypnotic induction : A procedure designed to induce hypnosis ;

Hypnotizability : An individual's ability to experience suggested alterations in physiology, sensations, emotions, thoughts, or behavior during hypnosis ;

Hypnotherapy : The use of hypnosis in the treatment of a medical or psychological disorder or concern. (APA, 2016)

Cette entreprise de définition a été saluée par la communauté des chercheurs et des praticiens de l'hypnose, non sans soulever quelques critiques et commentaires. Certains auteurs ont fait remarquer que l'emploi du terme « imagination » aurait été préférable à celui de « suggestion », étant donné que la recherche n'arrive pas à établir un lien significatif entre suggestibilité et induction hypnotique (Kirsch *et al.*, 2007). D'autres précisent que la nature et les mécanismes qui sous-tendent l'hypnose sont encore mal connus et que la définition proposée n'arrive pas plus que les précédentes à cerner complètement le phénomène (Barabasz et Barabasz, 2015).

2.3.2 Théories contemporaines de l'hypnose.

S'il est difficile de définir l'hypnose, l'expliquer est tout aussi ardu étant donné qu'elle s'élabore à travers des phénomènes physiologiques (état de sommeil, effets anesthésiques, raideur musculaire, etc.) et psychologiques (abréaction, perte de mémoire, attention, etc.). L'hypnose prend racine dans des époques lointaines et les différentes explications et théories présentées par les érudits, philosophes, médecins et psychologues reflétaient alors les perspectives épistémologiques de leur temps.

Depuis le milieu du XX^e siècle, les théories de l'hypnose sont issues de la psychologie expérimentale et des neurosciences. C'est en suivant des méthodologies expérimentales (mesure objective, multicentrique, comparative, en double aveugle) qui visent à quantifier des phénomènes et aussi à trouver des corrélations neuropsychologiques que l'on a tenté de comprendre l'hypnose qui demeure encore un défi pour la pensée rationnelle et la science médicale.

Vion Dury et Mougin (2018) comme auparavant Weitzenhoffer (1967) font remarquer que la plupart des théories présentées jusqu'à maintenant sont plus descriptives qu'explicatives. On cherche d'abord à expliquer la nature psychologique de l'hypnose et son efficacité. En outre certains théoriciens se sont penchés sur plus d'un aspect de l'hypnose, parfois en combinant plusieurs théories existantes sans en réviser les points faibles, de sorte que les frontières entre ces différentes théories sont quelque peu floues.

Pour cette présentation, nous avons choisi de regrouper les principales théories selon les perspectives physiologiques ou psychologiques adoptées par les chercheurs. D'abord les théories étatistes, postulants un état modifié de conscience et ensuite les théories sociocognitives, postulants que l'état d'hypnose n'est pas nécessaire pour produire des effets hypnotiques. Classification qui nous ramène aux conceptions théoriques de Mesmer et de

Pusységur et aux considérations des commissaires royales d'enquête sur le fluide animal et le somnambulisme artificiel ou encore à la querelle Charcot/Bernheim sur la question de l'état d'hypnose et de la suggestion. D'ailleurs, l'interrogation persiste encore aujourd'hui : est-ce que l'exécution des suggestions hypnotiques relève de la suggestibilité ou de l'état hypnotique ?

1950	Théorie psychosociale	Sarbin, 1950 Shor, 1959 Barber, 1970 Spanos, 1991	L'hypnose est considérée comme un rituel social fondé sur les croyances, les attitudes et les attentes des sujets. Il n'existe pas d'état spécifique de conscience hypnotique, c'est un processus psychologique normal.	Sociocognitive
1960	Théorie néodissociative	Hilgard, 1965 Knox et al., 1974	Fondés sur la théorie de la désagrégation de Janet (fin XIXe), les phénomènes hypnotiques sont produits par la dissociation des systèmes supérieurs du contrôle. Hilgard propose la métaphore de « l'observateur caché »	État, Dissociation
1980	Théorie de la réponse attendue	Kirsch, 1985	Découle de la théorie de l'apprentissage social. Le comportement hypnotique est une réponse à anticipation non volontaire, subjective et comportementale à des signaux situationnels particuliers. Permet d'expliquer les effets placebo, de la psychothérapie et de l'hypnose.	Psychosociale
	Théorie dissociative	Kihlstrom, 1984	La dissociation est possible étant donnée une série d'opérations cognitives préalable à la prise de conscience - les événements n'ont pas été captés par l'attention. L'hypnose est simultanément un état de changement cognitif profond et une interaction sociale.	État dissociation Sociocognitif
1990	Théorie du contrôle dissocié	Woody et Bowers, 1994	Les systèmes de contrôle qui déclenchent une action se dissocient des composantes qui déclenchent cette action.	Dissociation
	Théorie de la dissociation intégrée	Woody et Sadler, 1998	Une réintégration des expériences dissociées et des théories de contrôle dissociées.	Dissociation
	Théorie de la cognition intégrée	Brown, 1999 Oakley, 1999	Les réponses suggérées peuvent être facilitées par une inhibition de l'attention de haut niveau. Les réponses involontaires sont attribuées aux causes du comportement.	Dissociation Cognitive
2000	La théorie de l'écart d'attribution	Barnier et Mitchell 2005	Les sujets hypnotisés infèrent les causes de leurs actions à des facteurs externes. La dissociation résulte d'une discordance entre ce qui est escompté et ce qui est réalisé. Il s'ensuit alors un biais d'attribution en ce qui concerne la cause de l'évènement.	Néodissociationniste Sociocognitif

	Théorie du contrôle à froid	Dienes et Perner, 2007	La réponse à la suggestion hypnotique est provoquée par une manifestation de l'intention d'exécuter une action, sans qu'il y ait de pensées d'ordre supérieur quant à l'intention réfléchie de cette action.	Néodissociationniste Sociocognitif
--	--------------------------------	---------------------------	--	---------------------------------------

Tableau 4 : Les théories de l'hypnose³⁴

2.3.3 Les théories étatistes

Selon les théoriciens étatistes, l'induction hypnotique permet une modification de l'état de conscience. Dans cet état le psychisme fonctionne alors différemment que dans un état de veille normal (Hilgard, 1965 ; Janet, 1920 ; Kihlstrom, 1984). L'hypnose est associée à une modification des fonctions cérébrales et les réponses aux suggestions sont le résultat d'une forme de dissociation du psychisme. Ludwig et Levine (1966) ont défini l'état modifié de conscience comme :

any mental state(s), induced by various physiological, psychological, or pharmacological maneuvers or agents, which can be recognized subjectively by the individual himself (or by an objective observer of the individual) as representing a sufficient deviation in subjective experience or psychological functioning from certain general norms for that individual during alert, waking consciousness (*Ibid.*, p.225).

Sur la base de cette définition, l'état hypnotique serait un état modifié de conscience d'un type particulier. Cette conception de l'hypnose partage un air de famille avec les phénomènes de trances considérés aussi comme des états modifiés de conscience. D'ailleurs, parmi les praticiens de l'hypnose thérapeutique, l'usage de l'expression « transe hypnotique » pour désigner l'état vécu suite à une induction hypnotique est d'ailleurs largement répandu (Michaux, 2005). Il nous apparaît important d'apporter quelques précisions concernant la transe qui permettront une meilleure compréhension du phénomène hypnotique.

³⁴ Source : Shor, 1959 ; Phelps, 1987 ; Lynn & Kirsch, 2006 ; Gay, 2007 ; Robin, 2013.

Le point sur la transe

Selon Kipman (2005), la transe est un « état modifié de conscience avec réduction de la sensibilité, altération ou perte de contact avec le milieu extérieur, activités automatiques, obéissant à un modèle culturel ou à des troubles psychiques » (p. 407). Dans cet état, le niveau de suggestibilité serait augmenté et le mode de fonctionnement psychologique modifié. Dans son ouvrage, de Heusch (2006) s'emploie à distinguer deux grandes formes de transe : d'un côté la possession et le chamanisme, de l'autre l'extase qui prendrait naissance avec le mysticisme dans le silence et le repli sur soi. La transe de possession et la transe chamanique seraient plus théâtrales et provoquées par l'agitation de la foule. De Heusch (2006) remarque que ces phénomènes ne sont pas séparés par des frontières étanches et qu'il est possible de retrouver des états cataleptiques dans les trances collectives ou un parfum de possession et de chamanisme dans le mysticisme. L'état de possession peut se manifester sous deux formes : l'exorcisme et l'adorcisme. Ce dernier, pouvant être associé à une forme d'autohypnose, est un état de possession souhaitée, et donc heureux, pouvant être auto-induit (par exemple la transe du chaman). L'exorcisme, à l'inverse, est un état de possession malheureux dont le contrôle échappe au sujet. Cet état passif est induit par une volonté extérieure au sujet lorsqu'une entité s'empare de lui. Un parallèle peut ici être établi avec l'hypnose de spectacle, ou encore, avec la pratique autoritaire des médecins hypnothérapeutes du XIX^e siècle.

Distinction et rapprochement entre transe de possession et hypnose

La transe a pour effet de déplacer « le seuil de sensibilité sensorielle du possédé comme celui de l'hypnotisé » (de Heusch, 2006, p. 69). Mais n'entre pas qui veut dans cet état de « dissociation somnambulique de la personnalité » (*Ibid.*). Par exemple, Rouch, 1989 a démontré que chez les Songhay du Niger, seuls 6 % des initiés au culte des *holey* (hommes

et/ou femmes) auraient les prédispositions psychologiques requises pour vivre les phénomènes de possession.

Le recrutement des danseurs de possession, par «l'intérieur», est de ce fait même, indépendant des sexes, des âges et des groupes sociaux. Cependant, par suite de phénomènes complexes qui n'ont pas été analysés pour le moment, on remarque que les femmes sont plus nombreuses que les hommes, que les gens de basses castes sont plus nombreux que les nobles (ou même que les pêcheurs), que les premières possessions se manifestent plutôt entre quinze et trente ans, qu'avant ou après, enfin que la proportion des possédés est relativement faible : sur le village d'Ayourou-dans-l'Ile, qui en 1942 avait 500 habitants, il n'y avait que 30 bai environ. Cette proportion de 6% me paraît un chiffre moyen très acceptable (*Ibid.*, p.202).

L'amnésie est une autre caractéristique commune à l'hypnose et à la transe de possession : hypnotisés comme possédés prétendent avoir complètement oublié ce qu'ils ont vécu ou fait durant leur expérience. En outre, hypnotisés et possédés ont en commun de sembler jouer un rôle de manière inconsciente (de Heusch, 2006). Leur « jeu » serait fondé sur une ou des croyances en la réalité qu'ils incarnent, ces croyances s'enracinant dans des conceptions contextuelles et culturelles du monde auquel appartiennent les sujets (Jahoda, 1987). Aussi les phénomènes de transe, l'hypnose, la sorcellerie, le culte du cargo³⁵ et d'autres formes de phénomènes ésotériques et spectaculaires peuvent-ils être rattachés au contexte culturel et à l'effet de la suggestion administrée par un individu en position d'autorité (Jahoda, 1987).

En ce qui concerne l'état de transe ou l'état d'hypnose, tous deux considérés comme des états de conscience modifiée les chercheurs, forts des avancées technologiques en neurosciences, ont cherché une signature neuropsychologique de ces états de conscience. Théoriquement l'induction de la transe ou de l'hypnose entraînerait une modification biologique des réseaux de neurones. Les techniques d'imagerie ont permis d'identifier

³⁵ Le culte du cargo était présent dans la société aborigène mélanésienne de la fin du XIX^e et de la première moitié du XX^e siècle. Certains rites se sont implantés après la colonisation et visaient à favoriser l'abondance. En observant les opérateurs radio américains et japonais commandant des victuailles, les aborigènes, ne comprenant pas les modes occidentaux de production, ont conclu que des faveurs divines étaient accordées aux opérateurs radio (Monder Kilani, 1980, « Cultes du cargo et changement social en Mélanésie : Problèmes d'interprétation », *Journal de la société des océanistes*, vol. 36, n^o. 68, p. 173-179).

l'activité neuronale des événements mentaux. Par exemple, les chercheurs (Faymonville et *al.*, 2005 ; Rainville, 2004 ; Rainville et *al.*, 2000 ; etc.) ont démontré l'activation sous hypnose de circuits neuronaux particuliers dans le traitement de la douleur. Par contre, la spécificité de la transe hypnotique n'a pu être démontrée. Neuropsychologiquement l'hypnose apparaît comme un amalgame de plusieurs circuits cognitifs, sans qu'aucun de ces circuits ne soit spécifique à l'hypnose (Oakley, 2006). Les travaux utilisant des appareils sophistiqués, ne font généralement que vérifier des « évidences neurobiologiques » sans qu'il soit possible d'établir de corolaire avec l'hypnose (Vion-Dury et Mougin, 2018). Comme le soulignent Lynn et ses collaborateurs (2015), il est difficile de trouver un état neuropsychologique spécifique à l'hypnose étant donné la perpétuelle mouvance du phénomène :

Given the shifting nature of hypnotic experience, we suggest that there is no singular brain state, physiological signature, or state of consciousness that invariably follows a hypnotic induction (Lynn et *al.*, 2015, p.316).

When it comes to investigating hypnosis, cognitively and neurophysiologically, social-psychological variables are continuously at play modulating the hypnotic response. The extrinsic and intrinsic influences of these variables are part and parcel of what the experience of hypnosis is (*Ibid.*, p.325).

2.3.4 Les théories dissociatives

Considérant les concepts d'état modifié de conscience, de transe et d'inconscient les théoriciens de la dissociation ont soutenu que la profondeur de l'hypnose était directement liée au degré de dissociation psychique. Ainsi, tous les phénomènes hypnotiques s'expliqueraient par une fragmentation des fonctions cérébrales, de la personnalité et de la sensibilité que l'on nomme dissociation (Brown et Oakley, 1999 ; Hilgard, 1965 ; Janet, 1893/1973 ; Woody et Bowers, 1994 ; Woody et Sadler, 1998). Par exemple, lors de l'induction d'une catalepsie du bras, le sujet ne parvient pas à plier son bras parce que celui-ci est soumis à l'action des muscles antagonistes sous le commandement d'une partie de la personnalité qui empêche la personnalité principale (volontaire) d'arriver à ses fins. Janet

(1893) a postulé que la conscience et la volonté coordonnent un ensemble de structures élémentaires (consciens secondaires) rassemblant des automatismes psychiques, qui se caractérisent comme des actes complexes précédés par une idée et accompagnés d'une émotion. L'état d'hypnose créerait une désagrégation de la conscience, laquelle « se dissocie alors en parties qui coexistent tout en s'ignorant mutuellement, représentant ainsi une ou des conscience(s) secondaire(s), dans laquelle les automatismes évoluent pour leur propre compte » (*Ibid.*). L'hypnose s'explique alors par l'action d'un inconscient secondaire (souvenirs et activités inconscientes) qui prendrait le pas sur la conscience.

Hilgard (1965) a repris la théorie de Janet dans un cadre expérimental. Des sujets sous hypnose ayant reçu une anesthésie locale ont été soumis à un stimulus douloureux. Knox, Morgan et Hilgard (1974) ont montré que certains sujets réagissaient physiologiquement à ce stimulus qui échappait pourtant à leur conscience. Hilgard a appelé « observateur caché » cette partie inconsciente de la personnalité qui avait perçu le stimulus douloureux. Se basant sur la capacité de dissociation de l'appareil psychique, Hilgard a soutenu que l'hypnose, en créant une barrière amnésique, permettait une division verticale de l'appareil psychique.

Hull (1933) a cependant montré que l'autonomie des éléments dissociés proposés par Hilgard était plus apparente que réelle, et de toute manière très relative, étant donné le rôle et les effets maintenant bien connus de la volonté et de la pensée critique lors de l'hypnose. Bien qu'il soit clairement établi qu'une forme de dissociation joue un rôle dans les phénomènes hypnotiques, la dissociation n'est pas la cause de l'hypnose tel que l'énonce Christenson (1949) : « hypnosis does not produce dissociation of itself, but rather makes use of the existing dissociation between conscious and subconscious phenomena in the subject » (p. 51).

Le philosophe Hegel (2005) considérait le somnambulisme artificiel comme une dissociation de la sensorialité. Le sujet plongé dans un état somnambulique artificiel ne subit pas une modification de conscience, il n'y a pas non plus de conscience secondaire qui prenne le pas sur l'autre. Il y a plutôt rupture entre deux types de sensorialité, l'une étant soumise à la conscience, à l'espace et au temps comme à la causalité, tandis que l'autre, première et « présente structurellement en tout individu humain » (*Ibid.*, p. 29), est détentrice d'un savoir oublié et représente « la base et le fondement du rapport de l'adulte à lui-même, aux autres et au monde extérieur » (*Ibid.*). La relation que le nourrisson développe avec son environnement relève par exemple du second cas. Le magnétisme animal réveille précisément cette sensorialité et sollicite le savoir oublié. Pour Hegel, la dissociation sensitive étant responsable de la maladie, le retour à la santé passe par la réunification de l'individu, par la restauration de l'unité avec soi. Le sommeil provoqué du mesmérisme permet au sujet de ramener « l'harmonie substantielle de la vie ». Ainsi se produit un renforcement de la vie saine « puisque l'organisme divisé en lui-même accède à l'unité avec soi » (*Ibid.*, p. 26).

Les explications de Hegel ont le mérite de tenir compte de la relation de l'individu avec son environnement. C'est en tenant compte de cet aspect environnemental que les théories sociocognitivistes se sont développées.

2.3.5 Théories sociocognitives

Les chercheurs qui ont développé les théories sociocognitives et psychosociales de l'hypnose (Barber, 1970; Sarbin, 1950; Shor, 1959; Spanos, 1991) sont convaincus qu'il n'est pas nécessaire d'induire un état d'hypnose pour permettre la réponse aux suggestions. Les sujets répondent aux suggestions même en dehors de l'état d'hypnose. C'est un fait établi que la suggestibilité peut être améliorée ou amoindrie par des molécules (protoxyde d'azote,

mescaline, cannabis) ou des procédures psychologiques (manipulation, influence, pouvoir). La réponse aux suggestions est soumise à des processus normaux modulés par les attentes, les motivations et les attitudes des sujets. Ainsi, l'hypnose apparaît comme une forme de rituel social fondé sur les croyances, les attitudes et les attentes des sujets. Sarbin (2005) considère l'état d'hypnose comme un état naturel et les procédures psychiques ne sont donc pas nécessaires à son établissement. Il propose la théorie de la prise de rôle, où l'individu joue le rôle de sujet hypnotisé selon ce qu'on lui prescrit.

Pour Shor (1959) et Spanos (1991), comme le sujet est entré volontairement en hypnose avec des attentes, il se conforme aux suggestions de l'hypnotiste et s'efforce d'accéder à un état particulier en endossant le rôle prescrit afin de réaliser ses attentes et d'éviter une autodéception. « Les attentes sont des croyances subjectives [...]. Elles sont la mémoire des expériences, la médiation cognitive des comportements antérieurs » (INSERM, 2003, p. 263) et leur impact se ferait sentir à la fois sur les motivations du sujet et sur la qualité de la relation avec l'hypnotiste.

Kirsch (1985) avec la théorie de l'espérance de réponse explique que les attentes modifient notre expérience subjective des états internes et lorsque nous attendons un résultat notre comportement sera inconsciemment orienté vers l'atteinte de ce résultat. Selon Kirsch cette réponse aux attentes fait partie d'une mécanique psychologique de base.

Pour Weitzenhoffer (1974, 2002), la prise de rôle et le comportement qui en découle se produisent de manière inconsciente, de sorte qu'en agissant « comme si » le sujet adopte tout de même des comportements authentiques. Il est alors très difficile de déterminer quand le sujet agit véritablement et quand il adopte un rôle.

Weitzenhoffer (1967) et Gay (2007) relèvent que la théorie de Sarbin fait de l'hypnose un phénomène entièrement déterminé par la société. Les auteurs soutiennent que les

comportements individuels sont certes tributaires du contexte social, mais que cette théorie peine à expliquer des phénomènes comme l'autohypnose. Piccione, Hilgard et Zimbardo (1989) ont démontré que la réponse hypnotique sur l'échelle de Stanford demeurerait stable avec le temps, ce qui réduit l'influence du contexte (libellé des suggestions, longueur de la procédure, niveau d'expérience, sexe et prestige des hypnotistes) et souligne l'importance de l'aptitude des sujets à l'hypnose.

Du panorama des théories qui vient d'être esquissé, il faut retenir que le phénomène a été appréhendé de bien des manières suivant les époques, les expériences des sujets et des scientifiques, leurs aprioris et attentes, ainsi que leur orientation théorique. Or, ces définitions et théories ont une influence non seulement sur la description, mais aussi sur le déroulement du phénomène. Toutefois, les chercheurs n'ont pas encore réussi à comprendre ce qui se passe exactement durant l'hypnose (Laurence, 2014).

Les théories les plus en vigueur se situent du côté « étatiste » ou physiologique. Sans surprise, celles qui ont le vent en poupe s'appuient sur la neurologie et utilisent un appareillage très lourd (IRM, etc.) pour repérer des traces neuronales de l'état hypnotique dans le cerveau. Les recherches sur les états modifiés de conscience ont également la cote, ainsi que les théories de la dissociation qui s'appuient aussi sur les états modifiés de conscience alors même que les mécanismes de la conscience sont encore mal compris. Toutefois, il y a aujourd'hui un consensus parmi les chercheurs pour rejeter une conception de l'hypnose comme imposition de la volonté d'un hypnotiste à un sujet. Les chercheurs admettent aussi que les phénomènes observés sous hypnose ne lui sont pas spécifiques et peuvent être observés dans d'autres contextes. Ils s'entendent enfin sur le fait que l'état d'hypnose ne peut être vérifié objectivement, car il s'agit d'une expérience subjective que seul le sujet vivant l'expérience peut corroborer.

Comme le souligne Kihlstrom (2003) les ensembles théoriques que nous avons décrits s'imbriquent intimement au phénomène hypnotique. Aucune théorie n'arrive à expliquer à elle seule ce qu'est véritablement l'hypnose. Il n'y a pas non plus d'incompatibilité entre les théories cognitives et psychosociales et chacun de ces ensembles apporte une contribution à la compréhension du phénomène (*Ibid.*). La pratique de l'hypnose illustre bien cette situation, nous retrouvons les caractéristiques cognitives et psychosociales dans les méthodes ou procédures hypnotiques et dans l'hypnose comme résultats ou produits ce qui nous confronte tantôt à l'aptitude du sujet et/ou à ses attentes. C'est à la pratique de l'hypnose que nous consacrons maintenant les prochaines lignes.

2.4 LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE

Dans la prochaine section, nous décrivons la pratique de l'hypnose et son élaboration entre le praticien et son sujet. Le schéma *heuristique de l'expérience hypnotique* présente en quatre temps les principaux moments de cette pratique. Nous décrivons d'abord le contexte dans lequel s'insère cette pratique et son rôle sur son déroulement. Comme le fait remarquer Weitzenhoffer (1967), les conditions générales dans lesquelles la suggestion est opérée ont un impact sur la réponse du sujet. L'efficacité d'une suggestion est alors « fonction : a) du sujet, b) de son propre contenu et c) de l'ensemble de la situation dans laquelle elle est faite » (*Ibid.*, p.93). Ensuite nous décrivons les deux pôles de la notion d'hypnose : « méthode ou procédure » et « résultat ou produit » qui relèvent des caractéristiques physiologiques et psychologiques de l'hypnose. Ces pôles sont influencés par les différentes variables d'abord du contexte et ensuite des caractéristiques propres au sujet.

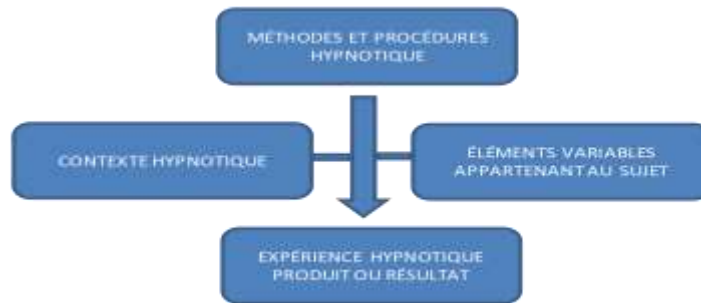


Schéma 2 : Heuristique de l'expérience hypnotique

2.4.1 Le contexte hypnotique

Nous l'avons vu précédemment, il est possible de retrouver tout au long de l'histoire de l'humanité des pratiques s'apparentant à l'hypnose. Les différents cadres socioculturels, religieux, mystique, thérapeutique, spectaculaire dans lesquels ces pratiques ont évolué ont influencé, plus ou moins directement, l'expérience perceptive et comportementale des praticiens et de leurs sujets. Dans son ouvrage *Les cadres de l'expérience*, Goffman (1991) présume que les expériences humaines sont perçues selon des cadres spécifiques qui permettent de comprendre et de décrire les événements. Ainsi, « les actes de la vie quotidienne sont compréhensibles à partir d'un ou plusieurs cadres » (*Ibid.*, p.35); ces cadres sont partagés par les personnes en présence et l'ensemble des cadres « d'un groupe social constituent l'élément central de sa culture » (*Ibid.*, p.36). Donc, les cadres sociohistoriques et culturels fournissent les explications et les théories à partir desquelles sont élaborées les pratiques thérapeutiques. Par exemple, au temps de Mesmer, la santé et la maladie sont en corrélation étroite avec un fluide émanant de l'univers, ce dernier traversant les corps, influence la destinée et la bonne santé. La technique thérapeutique développée par Mesmer visait la maîtrise de ce fluide. Dans notre société, le paradigme cybernétique informationnel porteur d'une représentation de la subjectivité et du lien social explique le « principe opérant de la relation humaine et donc de l'hypnose » (Bonvin, 2012, p.287). En plus de fournir une

explication, les cadres offrent des rôles aux acteurs. Ervin Goffman écrivait à propos de l'hypnose que « le sujet est progressivement conduit dans une situation sociale où il se sent obligé d'adhérer à l'idée que c'est bien l'hypnotiseur qui l'a conduit dans cet état, autrement dit, qu'il existe quelque chose qui s'appelle hypnose et qu'il en est la victime » (Goffman, 1991, p.197). Ce que l'on retrouve aujourd'hui comme technique et procédures hypnotiques sont codifiés par des gestes, des comportements, un savoir-faire hérités des prêtres, des Mesmer et des Puységur qui s'est construit et transmis d'Écoles en praticiens.

2.4.2 L'hypnose comme méthode ou procédure

La méthode ou procédure hypnotique aussi appelée induction, est essentielle à l'expérience hypnotique et vise à faciliter l'instauration d'un état modifié de conscience et à encourager et à augmenter la réponse aux suggestions. L'état de conscience modifiée permettra au sujet de vivre un changement de son expérience subjective, perceptuelle, émotionnelle, cognitive et comportementale (Green *et al.*, 2005).

Les méthodes hypnotiques se sont développées sous la forme de procédures relationnelles entre l'hypnotiste et son sujet, c'est pourquoi elles sont qualifiées d'hétéro hypnose. Par ailleurs, d'autres techniques permettent d'induire un état hypnotique sans avoir recours à un hypnotiste, il s'agit alors d'une auto hypnose. Pour y arriver, le sujet suivra des instructions spécifiques de focalisation par la pensée ou encore pratiquera une forme de méditation, de relaxation musculaire progressive, de biofeedback ou d'exercices physiques intenses. Le sujet peut aussi recevoir un entraînement à l'auto hypnose lors d'une hétéro hypnose. La technique moderne de l'auto hypnose a été popularisée au début du XXe siècle avec les travaux du médecin allemand Johannes Heinrich Schultz (1884-1970) et du pharmacien et psychologue français Émile Coué (1857-1926). L'entraînement autogène de Schultz (1958) est une procédure de relaxation obtenue par la prise de conscience de la contracture

volontaire des différents groupes musculaires et de leur décontraction. Encore d'usage aujourd'hui elle est pratiquée en médecine du sport ou en contexte thérapeutique. Elle permet de réduire le stress et les inconforts dus aux maladies psychosomatiques. La méthode Coué quant à elle est une procédure d'auto suggestion répétitive basée sur les travaux de Bernheim. Elle est aujourd'hui tombée en désuétude (Guillemain, 2010).

La procédure classique ou traditionnelle de l'hypnose est généralement caractérisée par un style autoritaire et directif. L'hypnotiste plonge rapidement le sujet dans un état de réceptivité aux suggestions en le surprenant par des mots, un toucher ou la rupture d'une séquence comportementale (par exemple, la poignée de main³⁶). Ce détournement brutal de l'attention créera une confusion chez le sujet, qui momentanément occupé à comprendre ce qui vient de se passer, acceptera et agira les suggestions. Cette technique que l'on peut observer lors de spectacles d'hypnose demande dextérité et *timing* de la part de l'hypnotiste.

La procédure moderne ou éricksonnienne de l'hypnose comporte deux phases, l'introduction et la première suggestion. Lors de ces deux phases, le praticien mobilisera des techniques de communication et des principes de psychologie sociale afin de faire vivre à son sujet l'expérience hypnotique. Salem (2007) fait remarquer que l'hypnose est un art oratoire, l'hypnotiste doit développer une rhétorique qui lui permettra de susciter et stimuler des sensations chez son sujet. L'introduction et les suggestions sont amenées de manière à favoriser l'engagement du sujet dans la procédure en lui permettant ou non d'y répondre. C'est pourquoi cette procédure est qualifiée de permissive. Par exemple, l'hypnotiste

³⁶ Ce type d'induction consiste à plonger rapidement le sujet dans un état hypnotique en brisant la séquence habituelle des mouvements associés à la poignée de main. Par exemple l'hypnotiseur tend la main vers le sujet et au lieu de saisir la main tendue du sujet il pointe et appuie l'index de sa main droite au creux de la main du sujet tout en saisissant de la main gauche le poignet droit du sujet et en dirigeant le bras et la main de celui-ci vers son front et lui disant naturellement et avec conviction « regarde ce point à l'intérieur de ta main... ferme les yeux ». Le sujet se retrouve pendant un très court instant dans un état mental de confusion et tentant de se raccrocher à la réalité suivra celle proposée par l'hypnotiste. Dans ce type d'induction, l'hypnotiste devra faire preuve d'une grande habileté, car il ne dispose que de quelques millisecondes pour introduire sa suggestion hypnotique.

formulera ainsi sa suggestion : « Préférez-vous faire l'expérience de la transe avec les yeux ouverts ou avec les yeux fermés ? » Dans la phase introductive, le sujet est avisé que bientôt lui seront formulées des suggestions lui demandant de faire appel à sa capacité d'imaginer une expérience ou encore de focaliser son attention sur un son, un objet ou une sensation. Les suggestions imaginatives seront présentées de la manière suivante : l'hypnotiste invite le sujet, confortablement installé, à ne pas faire d'effort et à s'abandonner à l'expérience de relaxation en imaginant un endroit calme et serein. Pour stimuler l'imagination du sujet l'hypnotiste peut évoquer, directement ou non, des expériences liées au sommeil (Larroque, 1993). La suggestion de focalisation consiste à inviter le sujet à focaliser son attention sur une expérience perceptive. Par exemple, l'induction visuelle consiste à fixer un point devant soi ou à observer le balancement d'un objet. Avec une induction auditive, le sujet se concentrera sur la voix monocorde et le récit répétitif de l'hypnotiste. La constance du rythme et de la qualité du stimulus va entraîner le phénomène neuropsychologique de l'habituation, soit une réduction de la réponse du récepteur au stimulus. Il s'ensuit alors « une diminution de la conscience de l'objet par le sujet et une diminution des réflexes ou des réactions d'attention à son égard. Ceci provoque une baisse de l'attention au monde environnant et ouvre en quelque sorte le "paysage intérieur" du sujet » (Salem et Bonvin, 2007, p.49).

Comme nous venons de le voir, les procédures classiques et modernes font usage de suggestions qui peuvent être qualifiées de directes ou d'indirectes. La suggestion directe utilisée dans la procédure classique revêt une forme autoritaire et dicte clairement au sujet un comportement à suivre. La suggestion indirecte vise aussi à orienter le comportement du sujet, par contre l'intention de l'hypnotiste sera subtilement camouflée par la rhétorique employée. Ce type de suggestion « est un phénomène banal de la communication quotidienne qui consiste à influencer l'interlocuteur dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, ses comportements, etc. Elle est présente dans toutes les relations humaines »

(Robin 2013 p.29). Un autre type de suggestion dite post-hypnotique est administrée pendant la transe et n'est réalisée qu'a posteriori. La persistance de ce type de suggestion s'apparenterait à la mémorisation de l'information et des comportements appris à l'état de veille, et serait soumise au même processus (Weitzenhoffer, 1967).

L'hypnotiseur sera très attentif au comportement et aux caractéristiques du sujet avant et pendant la procédure hypnotique et saisira toutes les opportunités pour renforcer ses suggestions. Par exemple, si un « patient bâille avec l'air fatigué [l'hypnotiste] peut faire le commentaire suivant : avez-vous remarqué combien après un bâillement l'ensemble de votre corps se relaxe plus profondément ? Ou encore, si [le] patient présente quelques secousses musculaires dans une jambe [l'hypnotiste] peut dire : Et vous remarquez les petites secousses musculaires dans votre jambe, qui sont un bon signe que la tension est vraiment en train de vous quitter en même temps que vos muscles se relaxent » (Hammond, 2004 p.25). Lors de l'induction de l'hypnose, Weitzenhoffer fait aussi remarquer que la transition de l'état de veille à l'état hypnotique n'est pas brutale, mais suit « un continuum allant de la suggestibilité normale à l'hypersuggestibilité, bien que, dans quelques cas, le degré de la suggestibilité soit si abrupt qu'il puisse donner l'impression d'une discontinuité » (Weitzenhoffer, 1967, p.231).

2.4.3 Filtres sociocognitifs du sujet

La procédure hypnotique mise en place par l'hypnotiste sera filtrée par le sujet. Ici, entre en jeux plusieurs composantes du sujet qui lui permettent généralement d'appréhender son environnement et de l'analyser. Par exemple, des éléments cognitifs permettront au sujet d'organiser et d'interpréter les stimuli externes et les pensées et les images générées intérieurement. Aussi les attitudes, les attentes, certains traits de personnalité et l'aptitude à l'hypnose influenceront le résultat de la procédure hypnotique et feront que l'expérience sera

plus ou moins profonde ou appréciée. Ici aussi se révèlent les deux pôles psychologiques et physiologiques de l'hypnose soit l'attitude et l'aptitude.

2.4.4 L'attitude face à l'hypnose

Pour que l'hypnose se réalise, le sujet doit engager sa volonté et sa motivation à l'élaboration de l'expérience hypnotique, son attitude est donc déterminante sur l'issue du processus hypnotique :

negative attitudes and low expectations suppressed hypnotizability, whereas positive attitudes and expectations allow subjects to attain high hypnotizability scores. However, positive attitudes and expectations in and of themselves, do not engender high hypnotisability. Relatively positive attitudes and expectations may be important, but they are not sufficient requirements for the attainment of high hypnotizability (Spanos, 1991, p.331).

Par ailleurs, Erickson a montré que l'attitude du praticien était aussi déterminante du succès ou de l'échec de l'hypnose. Ainsi, lors d'une expérience, Erickson a vanté à un groupe de praticiens les excellentes aptitudes à l'hypnose d'un sujet. Chaque praticien était cependant informé individuellement d'une limite particulière qui ne pouvait être dépassée par ce sujet. Erickson a observé que les praticiens doutant de la capacité du sujet à développer un certain type de transe ne réussissaient pas à l'obtenir du sujet (Erickson, 2009). Cette expérience peut être comprise et interprétée à l'aide des théories de la prophétie autoréalisatrice (Rosenthal, 1974) et de l'espérance de réponse (Kirsch, 1985). Nous retenons que les attentes respectives de l'intervenant et du client conditionneront et influenceront plusieurs aspects de l'intervention.

2.4.5 L'aptitude à l'hypnose

L'aptitude à l'hypnose aussi appelée réactivité, susceptibilité hypnotique, suggestibilité ou hypnotisabilité fait référence aux comportements verbaux et moteurs adoptés par le sujet en

réponse à des suggestions spécifiques faites lors de la procédure hypnotique. La réactivité est le critère le plus populaire en recherche pour attester de la présence de l'état d'hypnose en outre ce critère permet d'évaluer la capacité des sujets à être hypnotisé. Ainsi, si un sujet répond aux suggestions dans un contexte défini comme « hypnotique », on considère généralement que le sujet est « hypnotisé » ; le sujet est également considéré comme « hypnotisable ».

Nadon, Laurence et Campbell (1987), évalue que 15 % de la population serait en mesure de vivre un état hypnotique profond³⁷. Selon les chercheurs ces personnes auraient des traits spécifiques. Par exemple, ils seraient en mesure d'accomplir des tâches cognitives requérant une grande capacité de concentration (Graham et Evans, 1977 ; Karlin, 1979 ; van Nuys, 1973) ; ils possèderaient de fortes capacités imaginatives et de visualisation qui leur permettraient de plonger profondément dans des scénarios imaginaires (As et *al.*, 1962 ; Shor et Orne, 1962 ; Tellegen et Atkinson, 1974) et les images évoquées par l'hypnotiste leur apparaissent presque réelles (Bowers, 1978 ; Sutcliffe et *al.*, 1970). Un autre 15 % de la population serait complètement réfractaire à l'hypnose, alors que la majorité, 70 % de la population se situerait entre ces deux extrêmes. Selon Robin (2013) c'est 80 % de la population qui serait dans la catégorie moyenne, 10 % de la population étant très suggestible et un autre 10 % seraient incapables de vivre un état d'hypnose.

Plusieurs variables personnelles ont été mises en relation avec l'aptitude à l'hypnose tels la personnalité (Barber, 1964; Malinoski & Lynn, 1999), les capacités imaginatives et les prédispositions à la fantaisie (Hilgard, 1970; Wilson & Barber, 1983), la capacité de

³⁷ Une étude sur l'activité cérébrale et la connectivité fonctionnelle associées à l'hypnose a été réalisée par Jiang et ses collaborateurs en 2017 au département de psychiatrie et des sciences du comportement de l'école de médecine de l'Université Stanford. L'étude révèle un taux de 6,6% d'individus ayant un haut potentiel d'hypnotisabilité (score compris entre 9 et 12 sur l'échelle de Harvard Group Scale for Hypnotic Susceptibility). L'échantillon de départ était composé de 545 individus en bonne santé recrutés dans les collèges et les universités. Ce taux est sensiblement le même que celui relaté par (Rouch, 1989) chez les Songhay pratiquants du culte de possession au Niger.

concentration (Council & Huff, 1990; Roche & McConkey, 1990), les attentes (Kirsch, 2000), le sexe (Weitzenhoffer, 2000), et l'âge (Morgan & E.Hilgard, 1973). Par ailleurs, la majorité des praticiens vont tenter de maximiser la réponse de leur client à l'hypnose plutôt que d'évaluer l'aptitude de leur client à vivre l'état hypnotique. Certains considèrent que l'utilisation d'une échelle standardisée pour mesurer l'aptitude à l'hypnose peut entraver l'interaction thérapeutique et réduire la réponse à l'hypnose (Yapko, 2003).

Des échelles d'évaluation ont été développées au début des années 1960 pour standardiser les éléments d'induction de l'hypnose et pour valider l'état hypnotique. En recherche la plus utilisée encore aujourd'hui est l'échelle de Stanford.

A major advance in the study of hypnosis was the development of standardized scales to measure the variations in responsiveness to settings traditionally defined as hypnosis. Reliable measures have now made it possible to define the degree of hypnotic responsiveness and to compare results obtained in different laboratories under specifiable conditions. Reliable scales have also made it possible to examine individual differences. Earlier case reports, although fascinating to read, were limited in usefulness because they failed to include repeatable criteria or a wide range of responses (Sarbin et Coe, 1972, p.173-174).

L'hypnotisabilité se mesure d'après la vitesse avec laquelle les sujets réagissent à une suggestion donnée (réponse) et d'après le degré de concordance entre suggestion et réponse (fidélité) (Weitzenhoffer, 1967). Ainsi, un ensemble de réponses à des suggestions standard, satisfaisant certains critères, permet de déterminer si la procédure a induit l'hypnose comme produit. Le fait qu'un sujet obtienne une cote exceptionnellement haute ne signifie cependant pas qu'il vit une expérience d'hypnose exceptionnelle. Cette donnée permet seulement de dire avec un peu plus d'assurance qu'un certain niveau d'hypnose est atteint (Barnier et Nash, 2008). Par ailleurs, Fassler, Lynn et Knox (2008) ont démontré que les expériences subjectives (sensations psychologiques ou kinesthésiques) vécues durant l'hypnose sont des déterminants de la réponse à l'hypnose et qu'ils influencent les résultats à

l'échelle de la suggestibilité hypnotique. Les réflexions de Fassler établissent un pont entre les perspectives sociocognitives et les états modifiés de conscience attribués à l'hypnose.

2.4.6 L'expérience hypnotique

La procédure hypnotique ne garantit en rien l'hypnose comme produit ou résultat. Comme le souligne Kihlstrom (2008) l'hypnose est un état essentiellement subjectif : l'expérience que vit le sujet lui est propre, de ce fait elle est difficilement vérifiable. L'expérience est ici comprise comme la prise de conscience, à un moment donné, de nos pensées, perceptions et ressenties ce qui la rend difficilement évaluable d'un point de vue scientifique étant donné qu'elle ne peut être directement observée ou chiffrée.

Deux types d'expérience hypnotique seront examinés par les chercheurs : la réactivité ou hypnotisabilité et la profondeur hypnotique ressentie par le sujet. Il s'avère difficile de recueillir l'expérience subjective à l'aide de procédures d'auto-évaluation, les sujets peuvent ne pas être en mesure de communiquer avec précision ce qu'ils vivent. Aussi, les récits expérientiels risquent d'être teintés par les exigences et les attentes de l'environnement social et probablement que l'expérience elle-même sera teintée de ces exigences. Par ailleurs, la procédure hypnotique favorise son impénétrabilité. En effet, les sujets sont exhortés à se détacher de leur conscience d'eux-mêmes et les « bons » sujets sont plongés tellement profondément dans leur imaginaire qu'ils seront susceptibles de ressentir, vivre et même faire des choses sans avoir l'impression de les avoir faites, pensée ou ressentie réellement.

À la lumière de ce qui vient d'être énoncé, il est possible d'établir un corolaire entre l'hypnotisabilité, les attitudes, la perception, l'interprétation, les motivations, les attentes et les croyances du sujet à propos de l'hypnose et de la relation qui sera établie avec l'hypnothérapeute. Comme le suggèrent Fassler et ses collaborateurs (2008) les cliniciens de

l'hypnose ont tout avantage à s'enquérir de ces éléments auprès de leurs clients étant donné leur influence sur la réactivité à l'hypnose. De manière indéniable, la procédure hypnotique permet de faire vivre une modification perceptive, mais cette modification permet-elle en elle-même d'atteindre des objectifs thérapeutiques ?

2.5 MESURE DE L'EFFICACITÉ DE L'HYPNOSE.

L'offre de service des hypnothérapeutes présente une liste impressionnante de situations problématiques susceptible d'être réglée ou soulagée grâce à l'hypnose. Le tableau *Indications à l'utilisation de l'hypnose*³⁸ présente une palette de cas qui regroupe des troubles psychologiques, psychiatriques et psychosomatiques ainsi qu'un ensemble de symptômes et/ou de syndromes qui sont le reflet d'un mauvais ajustement des individus à leur environnement. Qu'en est-il précisément de ces prétentions ? L'hypnose est-elle réellement efficace dans toutes ces situations ?

Dans le domaine sportif

Préparation mentale, optimisation du potentiel, récupération, motivation, gestion du stress et des émotions.

Dans le domaine de la prévention

L'hypnose offre l'avantage de sensibiliser le sujet à la notion de santé holistique, l'encourageant à se prendre en charge, à développer ses ressources, ses potentialités grâce à l'autohypnose, par exemple prévenir une crise d'asthme, ou en diminuer l'intensité.

Troubles anxieux et de l'humeur

Problèmes d'estime de soi, d'affirmation de soi, de préparation aux examens, gestion du trac dans le domaine artistique, gestion du stress personnel et professionnel, difficultés relationnelles, conjugales, phobies sociales, anxiété, insomnies, phobies, angoisses, obsessions, tocs, attaques de panique, troubles dépressifs et apparentés, harcèlements,

³⁸ Voir annexe 2 : Indication à l'utilisation de l'hypnose, pour une description complète des indications et la bibliographie.

surmenage professionnel, burn-out.

Sexologie

Troubles de la fonction sexuelle éjaculation précoce, absence de désir, de plaisir, troubles de l'érection, dyspareunie, vaginisme.

Syndrome de stress post-traumatique

Syndrome post-traumatique, accidents graves, catastrophes, cataclysmes, faits de guerre, attentats, braquages, prise d'otages, choc post-chirurgical, agressions, viols... »

Addictologie

Tabac, alcool, drogues, jeux, internet, sexualité.

Troubles du comportement alimentaires

boulimie, anorexie, obésité, hyperphagie

Chez les enfants

Énurésie, trouble du sommeil, des apprentissages, affirmation de soi, bégaiement, onychophagie, problèmes relationnels, manque de concentration, hyperactivité.

Désordre métabolique

Fibromyalgie, membre fantôme, migraines, analgésie, anesthésie.

Troubles psychosomatiques

Asthme, hypertension artérielle, migraines, troubles digestifs, uro-génitaux, problèmes dermatologiques, rhumatismes.

Oncologie

En soins palliatifs, accompagnement des malades atteints de cancer, du sida, de pathologies graves, soutien psychologique, réduction des effets secondaires des traitements, prolongement et amélioration de la survie, traitement de la douleur.

Chirurgie et examen médicaux

Utilisée en anesthésie l'hypnose permet de diminuer les drogues et leurs effets indésirables, elle favorise les soins en ambulatoire, elle permet d'accéder avec plus de confort à des examens médicaux tels que fibroscopie, gastroscopie, coloscopie.

Cardiologie

Certains troubles du rythme, hypertension artérielle

Dermatologie
Allergies, psoriasis, urticaire, eczéma, verrues plantaires, onychophagie, hyperhidrose, amélioration de la cicatrisation des brûlures.
Gastro-entérologie
Ulcères, colites, gastrites chroniques.
Neurologie
Tics, paralysie, migraines, céphalées.
Gynécologie et obstétrique
Grossesse difficile, nausées, vomissements, accouchement, certaines stérilités, dysménorrhées, problèmes urinaires.
Pneumologie et ORL
Asthme, allergies, rhinites, sinusites, acouphènes, hyperacousie, perte du goût et de l'odorat.
Dentisterie
Anesthésie, contrôle du saignement, de la salivation, adaptation des prothèses.

Tableau 5 : Indications à l'utilisation de l'hypnose. ³⁹

Un survol de la littérature scientifique à propos de l'efficacité de l'hypnose permet en effet de constater les nombreuses possibilités de son champ d'action. Nous avons répertorié plusieurs essais cliniques sur les bases de données Cochrane⁴⁰ et Pubmed recouvrant un ensemble de pratiques différentes : hypnosédation (à visée sédative, utilisée en anesthésie), hypnoalgésie (contre la douleur) et hypnothérapie (à visée psychothérapeutique). De cet ensemble de publications nous avons retenu trois articles qui offraient des données récentes

³⁹ Sources : Hammond, 2004 ; Gueguen et *al.*, 2015.

⁴⁰ « Fondée en 1993 sous la direction de Iain Chalmers, Cochrane est une organisation internationale indépendante et à but non lucratif. Sa mission est de favoriser la prise de décisions de santé éclairées par les données probantes, grâce à des revues systématiques pertinentes, accessibles et de bonne qualité et à d'autres synthèses de données de recherche. Ces publications sont destinées à tous : professionnels de santé, chercheurs, patients et aidants ». COCHRANE FRANCE (2019) « Qui sommes-nous ? », [En ligne]. [<https://france.cochrane.org/>] (Consulté le 2 février 2019).

issues de recherches et de revues de littératures (Gueguen et *al.*, 2015 ; Häuser et *al.*, 2016) ainsi qu'un vaste éventail de pratiques et de situations cliniques dans lesquelles l'hypnose était un traitement indiqué (Mendoza et *al.*, 2009). Nous présentons à l'annexe 2, les éléments récapitulatifs et bibliographiques concernant ces recherches et revues de littérature.

La recension des écrits de Mendoza et de ses collaborateurs (2009) a pour objectif de servir de guide aux professionnels désireux d'inclure l'hypnose dans leur pratique clinique. Ainsi plusieurs essais cliniques concernant un vaste éventail de problématiques (19 items du tableau *Indications à l'utilisation de l'hypnose*) sont résumés et commentés. Les essais cliniques retenus pour cette revue de littérature concernaient l'utilisation de l'hypnose comme seule intervention ou en complément d'un autre type de traitement psychothérapeutique à des fins médicales et/ou psychothérapeutiques.

Les chercheurs de l'INSERM (Gueguen et *al.*, 2015) avaient pour objectif d'établir l'efficacité de deux types d'intervention : l'hypnose et le Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR). En ce qui concerne l'hypnose, les chercheurs ont retenu six revues Cochrane à propos de la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement (Madden et *al.*, 2012), l'utilisation de l'hypnose pendant la grossesse, l'accouchement et en prévention de la dépression du postpartum (Sado et *al.*, 2012), l'hypnose pour les enfants devant subir des soins dentaires (Al-Harasi et *al.* 2010), l'hypnose dans la schizophrénie (Izquierdo et Khan, 2007), l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique (Barnes et *al.*, 2010) et l'hypnothérapie pour le traitement du syndrome de l'intestin irritable (Webb et *al.*, 2007). La recherche a été complétée avec l'étude de 21 essais cliniques évaluant l'efficacité de l'hypnose dans les traitements à visée antalgique, sédative ou psychothérapeutique. Les articles retenus respectaient les conditions suivantes : les études publiées entre 2000 et 2014 incluaient au moins 100 patients (quels que soient la pathologie et l'âge ; échantillon

aléatoire) et disposant d'une méthodologie permettant la comparaison entre un traitement par hypnose (combinée ou non avec une autre forme d'intervention) et un groupe contrôle recevant un traitement actif autre que l'hypnose.

Häuser, et ses collaborateurs (2016) ont quant à eux répertorié cinq revues Cochrane de la littérature concernant l'utilisation de l'hypnose dans la réduction des symptômes somatiques (douleur ou nausée) ou physiologiques (temps de saignement ou résistance des voies respiratoires) et/ou un stress mental pendant le traitement médical et/ou des données relatives au coût du traitement (durée du séjour hospitalier ; consommation de médicaments). Ont été exclu les méta-analyses concernant des indications psychiatriques et psychothérapeutiques (troubles anxieux, troubles dépressifs, toxicomanie ou troubles du comportement) et diverses maladies psychosomatiques dans lesquelles il n'y avait aucune comparaison avec un sous-groupe contrôle. Les revues sélectionnées incluaient au moins 400 patients et devaient se qualifier selon l'indice AMSTAR⁴¹. Cet indice était très élevé pour la méta-analyse de Madden et *al.* (2012), moyen pour les revues de littérature de Kekecs et *al.* (2014), Schaefert et *al.* (2014) et Tefikow et *al.* (2013) et bas pour la revue de Schnur et *al.* (2008).

En résumé, les résultats des essais cliniques sur l'efficacité de l'hypnose permettent d'affirmer le potentiel thérapeutique de l'hypnose particulièrement en anesthésie peropératoire (Gueguen et *al.*, 2015). L'hypnose s'est montrée plus efficace que le traitement standard ou le groupe contrôle lorsqu'il est question de réduire le stress émotionnel, la douleur et la durée de la convalescence et de la consommation de médicaments (antalgiques) chez les patients opérés sous anesthésie locale ou régionale (Gueguen et *al.*, 2015 ; Häuser et *al.*, 2016). En outre, Häuser et ses collaborateurs (2016) soulignent que les

⁴¹ L'indice AMSTAR est un outil permettant d'évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques. Les revues avec un pointage de 0 à 4 sont considérées comme étant faibles, de 5 à 8 moyennes et de 9 à 11 comme étant de qualité supérieure.

techniques d'autohypnose ont démontré leur efficacité et ont permis aux patients d'être proactifs dans leur propre traitement. Les auteurs soulignent que l'hypnose est utilisée comme un complément et n'est pas considérée comme une alternative aux techniques d'anesthésie modernes (*Ibid.*).

Mendoza et ses collaborateurs (2009) rapportent que les procédures hypnotiques sont considérées efficaces dans la gestion de la douleur et des éléments émotionnels de l'asthme ; probablement efficace comme adjuvant dans le traitement de la dépression, de certains troubles du sommeil, de la perte de poids et de l'énurésie chez les enfants. En ce qui concerne la cessation tabagique, les données actuelles sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité de l'hypnose (Gueguen et *al.*, 2015)

En gastro-entérologie, l'hypnose et l'autohypnose (écoute de suggestions enregistrées sur fichier audio) ont abaissé le taux d'utilisation de médicament sédatif lors de procédure diagnostique (Häuser et *al.*, 2016). Par ailleurs, certaines études ont démontré l'effet palpable des suggestions positives et de l'empathie, comparativement au traitement standard, pour réduire la douleur et l'anxiété lors de procédures radiologiques invasives (*Idem.*). Les résultats des études suggèrent aussi un effet bénéfique de l'hypnothérapie dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable, sans que cela n'ait pu être démontré de manière convaincante étant donné le petit nombre de sujets étudiés (Gueguen et *al.*, 2015 ; Mendoza et *al.*, 2009).

En ce qui concerne la santé reproductive des femmes, il n'y a pas à ce jour de preuve de l'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement (Gueguen et *al.*, 2015 ; Häuser et *al.*, 2016) ni dans la prévention de la dépression du post-partum (Gueguen et *al.*, 2015). Gueguen et ses collaborateurs (2015) considèrent que l'hypnose peut permettre aux parturientes d'augmenter leur confiance en leurs capacités et

ainsi augmenter leur sentiment de contrôle sur le déroulement de l'accouchement. La technique permet en outre d'abaisser l'anxiété, favorise une attitude plus détendue et contribue à rendre l'expérience positive (Gueguen et *al.*, 2015).

De l'ensemble des recherches évaluées peu d'entre elles remplissent les critères méthodologiques (taille de l'échantillon, hétérogénéité des interventions et procédures, résultats difficilement généralisables) permettant d'établir l'efficacité et le statut de l'hypnose en tant que traitement d'appoint (Mendoza et *al.*, 2009 ; Gueguen et *al.*, 2015). Par contre les résultats obtenus sont suffisamment éloquentes et justifient la poursuite des recherches. Ainsi des recherches supplémentaires effectuées avec des échantillons de plus grande taille et des modèles expérimentaux améliorés seront nécessaires pour établir l'efficacité de l'hypnose dans les domaines où son utilisation s'est démontrée prometteuse en particulier lorsque l'efficacité est basée sur l'expérience personnelle des patients et non sur une démarche randomisée comme en sexologie, en psychologie du sport, en éducation, etc. (*Ibid.*)

Par ailleurs, Gueguen et ses collaborateurs (2015) soulignent que les études qualitatives permettent de relativiser les conclusions mitigées des recherches à propos de l'efficacité de l'hypnose. Il est difficile de traduire en termes numériques les bénéfices formulés par les patients ayant reçu un traitement hypnotique. Aussi, il est difficile, voire impossible de dissocier les effets spécifiques des effets non spécifiques de la procédure hypnotique (placebo, nocebo, suggestions...) et il apparaît incertain qu'un dispositif expérimental arrive un jour à en rendre compte de manière complète étant donné que l'hypnose est liée aux attentes et aux croyances des patients et des praticiens, au contexte sociologique ainsi qu'à des effets mal connus de la relation soignant-patient (*Ibid.*, p.196).

Jusqu'à maintenant l'hypnose se révèle être un adjuvant efficace aux interventions médicales et psychologiques et permet d'augmenter les bénéfices des interventions en termes économiques (réduction du séjour hospitalier et de l'administration d'antalgiques et d'anesthésiants) et de satisfaction de la clientèle (Gueguen et *al.*, 2015 ; Mendoza et *al.*, 2009). Les cliniciens sont encouragés à l'intégrer dans leur répertoire clinique (Mendoza et *al.*, 2009). Häuser et ses collaborateurs (2016) suggèrent aux médecins désireux d'améliorer leur compétence en communication d'appliquer les principes de base de l'hypnothérapie qui prônent l'établissement d'une relation de confiance médecin-patient et l'utilisation des suggestions indirectes et positives.

2.5.1 Efficacité et qualité de la relation intervenant-client.

Que retenir de cet ensemble de recherches sur l'efficacité de l'hypnose. Comme le font remarquer Gueguen et ses collaborateurs (2015), les méthodologies déployées sont bien adaptées à l'étude de l'efficacité de traitements médicaux et pharmacologiques. Ces traitements sont indiqués dans le cas de pathologies expliquées par la science comme des dérèglements physiologiques connus et mesurables. L'hypnose, quant à elle recèle encore aujourd'hui « plusieurs caractéristiques [qui] questionnent la pensée rationnelle » (*Ibid.*, p.194) et les méthodologies déployées par la science médicale accordent une importance considérable au phénomène hypnotique en tant que tel et à ses manifestations physiques au détriment de données fondamentales comme les différentes formes de suggestibilité, le prestige et l'influence sociale, ainsi que les représentations sociales du praticien et du sujet. Ce qui ne permet pas de faire ressortir la puissance de cette technique qui ne paraît ni plus ni moins efficace qu'une autre (Gueguen et *al.*, 2015). Par ailleurs, les découvertes spectaculaires des neurosciences ont démontré « l'activation de certains réseaux neuronaux sous hypnose, et l'impact de l'hypnose sur le fonctionnement des circuits impliqués dans la perception de la douleur » Gueguen et *al.*, 2015 p.194), mais ces découvertes ne permettent

pas d'expliquer comment l'hypnose agit sur la douleur chronique. Pour Bioy (2011), cette situation qui consiste à mettre de côté l'effet de la « relation d'intimité » évoquée par Barber (2004) et qui serait un facteur de succès dans le traitement de la douleur par l'hypnose rappelle l'aveuglement de Charcot face à la teneur réelle des techniques de métallothérapie de Burq.

L'efficacité thérapeutique de l'hypnose repose sur des « caractéristiques psychologiques du patient dans sa relation avec le thérapeute : sa motivation, sa coopération et sa confiance, donc son attente, aspects qui habituellement sont corrélés à l'effet placebo » (Gueguen et al., 2015 p.194). Cette réflexion rejoint celle de nombreux chercheurs (Bioy et Keller, 2009 ; Bordin, 1994 ; Calicis, 2010 ; Forchuk et Reynolds, 2001 ; Keller, 2005 ; Lecomte *et al.*, 2004 ; Wickramasekera II, 2015b) pour qui le succès de plusieurs formes d'intervention trouve leurs issues dans la qualité de la relation et non dans les techniques thérapeutiques mises en œuvre. L'efficacité de la rencontre thérapeutique repose essentiellement sur des éléments clés comme l'attitude, l'empathie, le symbolisme, etc.

2.6 CONCLUSION

Ce chapitre a débuté avec la présentation des moments charnières de l'histoire de l'hypnose, nous avons souligné l'apport de Franz Anton Mesmer qui réside dans son interprétation originale des forces qui conditionnent la santé et la maladie en les situant « dans le champ des relations entre les hommes ». Les questionnements soulevés par sa pratique ont véritablement ouvert l'histoire de la psychologie expérimentale et de la psychothérapie. Mais le mesmérisme dérive en phénomène de foire et en occultisme jusqu'à ce que Charcot, près d'un siècle plus tard, réintègre l'hypnose dans le champ de la science. Il n'y voit toutefois

qu'un état pathologique comparable à l'hystérie, à l'étude de laquelle il se consacre. Ces vues sont contestées par Bernheim, qui établit la nature psychologique de l'hypnose et s'intéresse aux mécanismes de la suggestion. L'opposition entre une conception mécaniste de l'hypnose comme état et une conception psychologique ou psychosociale structure toujours le débat sur la question. Après une longue éclipse, attribuable en partie au succès de la psychanalyse (et au rejet de l'hypnose par Freud), la recherche reprend au lendemain de la Seconde Guerre mondiale à Palo Alto, en Californie, avec les travaux d'Erickson, qui mettent très fortement l'accent sur la dimension relationnelle de l'hypnose, en rupture avec les théories behavioristes et psychanalytiques.

Les vues d'Erickson sont aujourd'hui largement partagées, mais elles ont donné lieu à certaines dérives, dont elles étaient peut-être porteuses. De fait, il existe aujourd'hui des tests standardisés de suggestibilité ainsi que des recueils facilement accessibles de scripts hypnotiques pour se débarrasser à la va-vite d'une panoplie de symptômes, et de multiples centres sont créés, qui forment en quelques heures de soi-disant hypnothérapeutes certifiés.

Néanmoins, aujourd'hui comme au temps de Charcot, les scientifiques s'intéressent davantage aux manifestations physiques de l'hypnose, rejoignant en cela les spectacles à grand déploiement des hypnotistes qui fascinent les foules. À rebours des avenues ouvertes par Erickson, les théories les plus en vigueur se situent du côté « étatiste » ou physiologique. Sans surprise, celles qui ont le vent en poupe s'appuient sur la neurologie et utilisent un appareillage très lourd (IRM, etc.) pour repérer des traces neuronales de l'état hypnotique dans le cerveau. Les recherches sur les états modifiés de conscience ont également la cote, ainsi que les théories de la dissociation qui se basent sur elles, alors même que les mécanismes de la conscience sont encore mal compris. Aucune des diverses théories proposées à ce jour, et recensées dans ce travail (pathologie, sommeil, état modifié de conscience, dissociation, transfert, idéomotricité, jeu de rôle), n'est parvenue à rendre

compte de la spécificité et de la complexité du phénomène hypnotique. Les professionnels de la santé mentale restent donc suspicieux face à une méthode encore jugée peu scientifique, voire nébuleuse. Mais il importe de souligner que les approches relationnelles ou psychosociales sont négligées.

Envisager l'aspect relationnel de l'hypnose nous amène inexorablement à tenir compte des jeux de pouvoir et d'influence qui sont au cœur des interactions humaines. D'ailleurs, Jay Haley (1986) décrit l'hypnose comme « un type particulier d'interaction entre deux personnes » et cette particularité tient au pouvoir qui y est inhérent (Walling, 1997, p.74). En hypnothérapie les praticiens font un usage délibéré de leur position de pouvoir en utilisant l'influence, la suggestion et la prescription pour atteindre les objectifs thérapeutiques de leurs clients. Même lorsqu'il est question d'hypnose permissive ou éricksonnienne, des composantes directives y sont inhérentes. Par exemple l'imposition d'un rythme, les prescriptions et la confusion (Erickson, 1980) sont en quelque sorte des techniques de manipulation du client.

Les positions de pouvoir au sein de l'interaction thérapeutique peuvent être communiquées subtilement et même à l'insu du thérapeute. L'influence est souvent considérée comme une action secrète sur une autre personne. Mais l'influence, comme le pouvoir, agit sans cesse sur les êtres humains comme « l'arrière-plan ou le fondement de toute communication » (Roustang, 2011, p. 75). Bonvin (2012) souligne que « l'influence caractérise tout organisme, quelles que soient sa forme et sa complexité. L'homme, du fait de son aptitude biologique à l'empathie et à la parole, appartient certainement à l'espèce la plus influençable, non seulement parce qu'il perçoit la sensorialité du contexte qui peut le captiver, mais aussi parce que, sous l'effet des mots des autres, il peut se mettre à leur place et éprouver un sentiment provoqué par leurs récits (*Ibid.*, p.288).

Pour Walling (1997) il est clair que l'utilisation de l'hypnose vient accentuer la différence de pouvoir entre les acteurs. Walling mentionne deux raisons. Premièrement, la perception des gens qui considère l'hypnotiste ou l'hypnothérapeute dépositaire d'une forme de pouvoir ou d'une technique puissante; croyances ou représentations qui sont maintenues sciemment ou non par les praticiens de l'hypnose. Toutes les relations thérapeutiques comportent un potentiel de différence de pouvoir entre le thérapeute et le client, car nous retrouvons un client/patient en position basse du fait qu'il est vulnérable, et qu'il est en position de demandeur face à l'autre. Il recherche un individu en mesure de lui proposer des solutions, donc capables de l'aider à résoudre des problèmes, ce qui place l'intervenant en position haute (Kluft, 1989). Deuxièmement, les techniques, même celles dites non directives, employées lors de la procédure hypnotique impliquent que le thérapeute est « en contrôle » de la procédure et peuvent laisser croire aux clients/sujets que l'hypnotiste/hypnothérapeute est seul responsable de l'instauration d'un état modifié de conscience et/ou des changements thérapeutiques.

Walling (1997) ouvre la porte au côté positif du pouvoir en considérant comme avantageuse la différence de puissance entre les acteurs. Pour l'auteur, les clients qui croient que l'hypnose induira chez eux un changement involontaire auront tendance à bien répondre aux suggestions et ainsi bénéficier d'un résultat thérapeutique supérieur à ceux qui ne perçoivent pas le thérapeute comme « tout puissant » (*Ibid.*, p.74). Pourtant comme nous l'avons vu à la fin du chapitre précédent le pouvoir est considéré par plusieurs intervenants et particulièrement les travailleurs sociaux, comme d'une chose dont il faut se méfier. Dans le prochain chapitre, nous présentons certains éléments conceptuels concernant le pouvoir qui permettront de préciser notre pensée sur sa dynamique au sein de la rencontre thérapeutique.

CHAPITRE 3

CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Nous avons terminé le premier chapitre en présentant l'intervention en hypnothérapie comme un cas qui à tout le moins nous faciliterait l'étude de la dynamique de pouvoir au sein de l'intervention. Il nous apparaît donc essentiel à cette étape de notre projet de bien comprendre cette approche et son histoire qui suit celles des rituels de guérison mis en place depuis l'antiquité. Historiquement l'hypnose emprunte une voie parallèle à celle du travail social étant principalement rattachée à l'histoire de la médecine et de la psychothérapie. Au tournant du XIXe siècle, un rapprochement entre l'hypnose et le travail social devient possible avec le développement du volet communicationnel de l'hypnose initié par Milton Erickson. Rappelons que le psychiatre américain a eu une influence considérable sur les maîtres d'œuvre de l'École de Palo Alto qui ont initié un mouvement de renouveau thérapeutique associé au développement des thérapies brèves et de la théorie des systèmes très prisés en travail social.

La première partie du chapitre relate les moments charnières de l'histoire de l'hypnose et les enjeux de pouvoir qui l'ont jalonné. Nous soulignons l'importance du pouvoir et des représentations sociales sur cette pratique. Nous terminons par une description du contexte québécois de l'hypnose, son implantation et sa pratique. Nous consacrons la deuxième partie du chapitre au développement des concepts de pouvoir et de représentation sociale. Dans l'élaboration de la problématique nous avons abordé le travail social et les enjeux de pouvoir qui ont jalonné son évolution jusqu'à sa professionnalisation. Nous avons démontré que la perception des intervenants à propos du pouvoir pouvait avoir un impact sur les

pratiques d'intervention. Nous avons aussi souligné l'importance des représentations sociales autant dans l'évaluation des situations problématiques que dans l'élaboration des interventions. Les concepts de pouvoir et de représentation sociale, éléments centraux de notre projet de recherche, nous apparaissent imbriqués l'un dans l'autre. Après avoir démontré l'étendue de l'usage du concept de pouvoir, ses significations, ses dimensions et les formes qu'il recèle, nous présentons quelques modèles théoriques de sa dimension relationnelle. Nous terminons cette section en présentant quelques tactiques du pouvoir selon la perspective de Foucault. En fin de chapitre nous abordons le concept et la théorie des représentations sociales. Cette dernière permet de mettre en lumière les processus qui permettent d'intégrer les objets sociaux à la pensée collective. Nous terminons cette section avec la genèse des représentations sociales à partir de trois lieux spécifiques : la famille, l'école et les milieux de pratique.

3.1 LE CONCEPT DE POUVOIR

Ce qui a été énoncé jusqu'à maintenant à propos du pouvoir et de son articulation au sein des interactions nous amène à considérer le concept dans son ensemble et à préciser la représentation qui guidera la collecte et l'analyse des données dans le cadre de notre projet de recherche.

La littérature sur le pouvoir est riche et vaste et le concept peut être relié à plusieurs sphères de la vie sociale. Étant donné notre intérêt pour l'interaction thérapeutique nous avons orienté notre lecture de la littérature scientifique vers des auteurs qui ont spécifiquement traité de l'aspect relationnel du pouvoir. Nous nous sommes intéressés aux perspectives du pouvoir présentées par Michel Foucault, Michel Crozier, Erhard Friedberg, Simone Landry et

Felicia Pratto, qui nous sont apparues les plus fécondes pour notre recherche. Ces auteurs situent le pouvoir dans une perspective relationnelle, au cœur des interactions entre individus, ce qui lui confère un caractère universel. Selon cette perspective, tout le monde est en mesure d'exercer un pouvoir, car celui-ci considéré comme une particularité des interactions humaines nécessaire à la satisfaction des besoins et l'appropriation des ressources. Cette perspective permet en outre de faire l'examen des interactions et des dynamiques de pouvoir de manière beaucoup plus globale.

Pour Foucault, le pouvoir est un mécanisme inconscient qui n'existe qu'en acte. Il n'est pas de l'ordre du consentement et il se manifeste dans les actions d'un sujet agissant sur un autre sujet agissant. Landry souligne le rôle des ressources dans les relations de pouvoir. Elle stipule que tous les individus possèdent des ressources et que tous sont en mesure d'exercer un pouvoir, car ce sont les ressources convoitées ou redoutées qui donnent du pouvoir. Friedberg précise que l'incertitude quant à ces ressources incite les acteurs à se mobiliser et à développer des collaborations pour atteindre un but personnel ou collectif. Friedberg ajoute que les individus ne sont pas tous équipés équitablement pour faire face aux incertitudes. Dans le même sens, Pratto définit le pouvoir comme la capacité à atteindre ses buts. Elle fait une distinction entre capacité d'agir et atteinte de ses buts. Ce sont les possibilités d'action qui s'offrent aux individus dans l'atteinte de leurs buts qui les distinguent. Ces possibilités d'action sont tributaires du contexte et des capacités de l'individu.

Nous avons tous été un jour ou l'autre confrontés au pouvoir et à ses effets, car celui-ci « traverse toutes les relations sociales : les groupes, les élites, les familles, les ensembles sociaux divers, des entreprises économiques aux multiples champs intellectuels » (Russ, 1994, p. 246). L'exercice du pouvoir peut être écrasant et ceux qui le subissent font parfois l'expérience de l'impuissance. Ils en ressortent généralement insatisfaits et accusent le pouvoir d'être la source de leurs maux. Landry (2007) cite l'exemple des femmes qui « voient

souvent le pouvoir comme dangereux à cause des images de toute-puissance menaçante qui survivent de l'enfance et de l'absence d'expériences positives découlant de son exercice, lesquelles auraient pu équilibrer les images premières » (*Ibid.*, p. 349). Le pouvoir n'a pas bonne presse et Friedberg (1993) va jusqu'à dire qu'il relève du tabou : on l'évite, il est « caché et refoulé, parce qu'il est identifié avec l'univers des magouilles, des compromissions et de l'exploitation sans limites des rapports de force, bref avec l'abus de pouvoir » et son corollaire, la poursuite d'intérêts invouables, parce que strictement égoïste » (*Ibid.*, p. 108).

Au XX^e siècle, la recherche sur le pouvoir sort de l'arène politique pour s'intéresser à sa dimension microsociologique et son articulation au sein de la rencontre thérapeutique. Les déséquilibres de pouvoir entre thérapeute et client, la transgression des frontières sexuelles et la discrimination des minorités ont été d'abord explorés (Bates, 2006 ; Lago, 2006 ; Landry, 2007 ; Masson, 1989 ; Smail, 2008). Les chercheurs se sont appuyés sur les théories du pouvoir et de l'influence sociale et sur les perspectives féministes et poststructuralistes pour analyser les comportements des professionnels. Lemay (2004) fait remarquer que « ces écrits, fort intéressants depuis une perspective critique de l'idéologie égalitaire, ne demeurent toutefois que des réflexions d'ordre théorique, éthique et critique, parfois élaborées à partir d'un exemple de cas clinique ». Par ailleurs, les études réalisées, essentiellement quantitatives, « ne réussissent pas à rendre compte de la complexité du rapport [intervenant-client] » (*Ibid.*, p. 58). Ces recherches soulignant le côté sombre du pouvoir ont contribué à lui associer des images d'oppression, de mauvais traitements et d'injustice qui nous enferment dans une logique binaire et nous éloignent d'une démarche de compréhension de sa nature.

Landry (2007) remarque que cette situation de polarisation du pouvoir a entraîné chez les intervenants « à la fois la négation des phénomènes associés [aux] manifestations [du pouvoir] au sein des groupes et la réprobation à l'endroit de ceux et celles qui, sciemment ou non, pouvaient tenter d'en assumer l'exercice » (*Ibid.*, p. 125). Autres conséquences de cette

polarisation, certains intervenants se méfient du pouvoir comme d'une force au potentiel destructeur (Enns, 1988) ; d'autres enfin adoptent un point de vue opposé et envisagent le pouvoir comme une ressource à acquérir, à utiliser et à échanger avec le client/patient (Gaventa et Cornwall, 2008). La relation thérapeutique est alors conçue comme un processus de libération qui permet l'autonomisation du client/patient (Erickson, 2009).

Pour Landry (2007), la représentation du pouvoir comme « matière » susceptible d'être détenue, échangée ou perdue « demeure la façon habituelle de concevoir [le pouvoir] du point de vue du sens commun » (*Ibid.*, p. 350). En plus de donner l'image d'un client passif et sans défense face au thérapeute détenteur d'un pouvoir qui lui permet de faire le bien ou le mal, cette représentation suppose « la négation de la dimension relationnelle du pouvoir, plus visible au niveau psychosocial que dans les grands ensembles sociaux » (*Ibid.*, p. 313), et accentue les « caractères indésirables et la négation de ses aspects positifs » (*Ibid.*, p. 350). Par ailleurs, selon la théorie de la dissonance de Festinger (1957), l'incorporation dans le système de pensée de cette représentation du pouvoir comme substance, renforcée par la croyance que le pouvoir est une donnée naturelle, permet d'atténuer la dissonance et d'accepter la soumission.

3.1.2 Différentes perspectives du pouvoir

Comme le pouvoir traverse toutes les relations sociales, il est possible d'observer ses manifestations sous différentes focales. Du point de vue macrosocial c'est l'aspect structurel du pouvoir qu'il est possible d'observer. La structure réfère à la stratification sociale, aux hiérarchies et aux différences de ressources, d'influence et de statut entre les individus, les groupes et l'État. C'est le « pouvoir sur ». Le pouvoir y est « réifié en même temps qu'associé aux personnes qui occupent des positions d'autorité ou qui se situent au sommet des diverses hiérarchies — religieuses, militaires, organisationnelles, gouvernementales —

présentes dans la société » (Landry 2007, p. 313). Dans ses fonctions exécutives, législatives, judiciaires et gouvernementales, le pouvoir permet de mettre en relation les individus et la conduite de la collectivité ainsi que le maintien de l'ordre en son sein. D'un point de vue microsocial, le pouvoir est la capacité individuelle d'imposer sa volonté, de sauvegarder ses ressources et de résister à l'assujettissement. Par exemple, l'exercice du contre-pouvoir, en s'opposant aux abus de pouvoir fait vivre aux individus des expériences de résistance et de libération. C'est aussi, « être capable de » construire sa réalité, de faire du sens, c'est la force intérieure du pouvoir qui est déployée afin de répondre à ses besoins et de réaliser ses objectifs, la capacité « d'agir, de faire, de produire, de créer » (*Ibid.*, p. 312), c'est le « pouvoir de ». C'est la puissance individuelle qui représente le côté positif du pouvoir, celui qui réfère à l'autodétermination et à l'empowerment. Mais ce pouvoir personnel est aussi limité par la reconnaissance et la légitimité que les autres lui confèrent (Jovchelovitch, 2008). Une autre dimension du pouvoir individuel peu explorée se révèle au niveau ontologique entre des entités telles le moi, le surmoi et le moteur qui autorisent la maîtrise de soi.

Toutes les dimensions que nous venons de décrire brièvement ne sont pas totalement séparées ni incompatibles. Les dimensions macros et microsociales du pouvoir s'entremêlent, les micro-interactions étant façonnées par les différences structurelles et l'idéologie, tandis que l'enchaînement des microrencontres génère les symboles culturels et les caractéristiques de l'organisation sociale (Collins, 1981). Un exemple de l'imbrication des différents niveaux peut être illustré par une séance de thérapie. Celle-ci peut être considérée comme une forme abusive d'assujettissement d'un patient prisonnier de sa situation problématique et qui doit suivre scrupuleusement les recommandations du thérapeute. Par ailleurs, ce dernier œuvrant au sein de l'institution est, comme le patient, confronté à différents effets de pouvoir : pressions budgétaires, exigences managériales, idéologies et

valeurs d'efficacité et d'efficaces. Aussi dans l'exercice de la thérapie, il est susceptible de faire face aux attitudes de résistance, d'abandon, parfois même d'hostilité de son patient.

3.1.3 Quelques formes du pouvoir

Dans la littérature il est surtout question des effets du pouvoir et de ce point de vue le pouvoir revêt plusieurs formes : la richesse, les forces, l'autorité, l'influence qui inclut la manipulation, le leadership ou la domination. Il y a le pouvoir politique, le pouvoir sur soi, le pouvoir qui s'exerce sur les choses et la nature, le pouvoir magique, etc. Ces concepts qui partagent un air de famille ont soulevé les controverses sur la nature du pouvoir et sa définition. Pour Russel (2003), aucune forme de pouvoir ne peut être considérée comme subordonnée à une autre, et il n'en existe aucune dont les autres soient dérivées.

Pour Lasswell et Kaplan (2017), ce qui distingue le pouvoir de la force, de la manipulation, de l'influence et de l'autorité est le fait d'impliquer un choix entre se conformer ou non au désir de l'autre et l'application de sanctions s'il n'y a pas conformité. « It is the threat of sanctions which differentiates power from influence in general. Power is a special case of the exercise of influence: it is the process of affecting policies of others with the help of (actual or threatened) severe deprivations for nonconformity with the policies intended » (*Ibid.*, p. 76). Par exemple, la force peut être utilisée pour tuer, emprisonner, terrasser sans que cela implique un choix pour celui qui subit cette force. La force permettra d'atteindre les objectifs de A, que B décide de se conformer ou non (Zelditch, 2001). Il en va de même avec la manipulation. A peut contrôler B en manipulant les informations dont dispose B, en limitant les choix possibles à B, ou en stimulant les motivations de B afin de le pousser à acquiescer à la volonté de A. Avec la manipulation et contrairement à l'usage de la force, B a l'impression de faire des choix et A n'oblige pas B à choisir entre conformité et non-conformité (*Ibid.*). L'autorité quant à elle se réfère à une allégation de A, acceptée par B,

selon laquelle A s'attend légitimement à la conformité de B, même si celle-ci ne correspond pas aux souhaits et préférences de B (*Ibid.*). Quant à l'influence, celle-ci « désigne [...] l'action sur les attitudes, les représentations, les croyances, par les moyens de la persuasion, sans recours à la contrainte et éventuellement, sans promesse de rétribution ou de récompense » (Akoun et Ansart, 1999, p.283). Pour Landry, cette distinction entre influence et pouvoir est chimérique, et elle précise que « l'action sur les attitudes, les représentations et les croyances peut découler de la coercition, comme de la promesse de récompense. La coercition vécue dans les rapports de domination comme dans les rapports d'emprise entraîne des modifications dans les attitudes, les représentations et les croyances » (*Ibid.*).

À l'instar de Lasswell et Kaplan (2017), Russ (1994) stipule que l'influence sociale est une forme de pouvoir qui utilise la séduction, la persuasion et parfois la manipulation. Ici, nul besoin de contrainte pour « administrer [...], gérer le social, [régler] la communication dans la société (médias), le fonctionnement de l'universel (intellectuels, idéologies diverses) ou l'anxiété et le désordre (religion) ». Les pouvoirs d'influence sont « intégrés dans des ensembles souvent informels, ils représentent des ensembles diffus, insaisissables, énigmatiques. Pouvoirs des intellectuels, des médias, des idéologies, etc. donnent à voir des réseaux ambigus et fluctuants, mais néanmoins très puissants en leur évanescence. » (*Ibid.*, p. 245)

Les théoriciens de la psychologie sociale considèrent l'influence sociale comme une force ou une action qui s'exerce sur un groupe ou un individu. Pour Cartwright (1959), c'est la mise en acte du pouvoir ou encore son exercice. D'après French et Raven (1959), l'influence recèle deux composantes : la force induite par A pour obtenir un changement chez B et la résistance de B engendrée par l'action de A. Le changement provoqué chez B peut être compris comme la définition de l'influence sociale seulement lorsque toutes les forces ayant un effet sur B sont éliminées (*Ibid.*, p. 151).

Pour Moscovici (1991), l'influence sociale est « un processus réciproque qui implique action et réaction et de la source et de la cible » (p. 82). Ainsi, les personnes en viennent à accepter des idées, à adopter des attitudes ou des expressions, à faire les choses différemment à cause de l'influence exercée par les pairs, les vedettes médiatiques ou d'autres personnes significatives à leurs yeux. L'influence sociale est le fait de « suggestibilités, de forces irrationnelles qui captent les individus et les entraînent à accomplir des actes contraires ou différents de ceux que dictait leur volonté première » (Moscovici et Ricateau, 1972, p. 7). Moscovici (1991) spécifie que, dans le cas où « l'intervention d'un "médiateur" entre l'individu et son environnement est indispensable », par exemple lorsque « l'individu est incapable d'affronter la réalité », l'intervenant peut profiter de son rôle d'expert et exercer son influence « pour modifier le point de vue ou l'opinion de l'autre » (*Ibid.*, p.38). Moscovici ajoute que « moins une personne est certaine de ses aptitudes sensorielles et intellectuelles, plus elle est disposée à accepter l'influence de quelqu'un à qui elle attribue des capacités sensorielles et intellectuelles supérieures » (*Ibid.*). Les raisons pour lesquelles on exerce, recherche ou accepte l'influence ont toujours rapport à l'incertitude (Moscovici et Ricateau, 1972).

Généralement, l'influence est un acte intentionnel, mais elle peut s'exercer de manière passive et inconsciente. Dans le cadre d'une intervention psychosociale, une force inconsciente est susceptible d'être appliquée à l'objet et/ou au sujet à l'étude (Devereux, 2012). Par exemple, les caractéristiques cognitives et physiologiques de l'intervenant peuvent avoir un impact sur son interlocuteur. Des traits physiques comme le sexe, la taille, l'apparence ou le timbre de la voix sont susceptibles d'influencer les réactions du destinataire de l'intervention.

Les aspects cognitifs comme la posture intellectuelle et morale affichée, consciemment ou non, par l'intervenant, et l'interprétation positive ou négative de cette posture par la personne à qui s'adresse l'intervention sont aussi déterminants pour l'issue de la rencontre. Les

appréhensions et attentes de l'intervenant à l'égard du sujet sont aussi susceptibles d'en influencer les réactions et comportements (effet Rosenthal⁴², effet Pygmalion). En retour, les perceptions et interprétations du sujet à propos de l'intervenant et du processus d'intervention sont susceptibles de provoquer des réactions chez l'intervenant (Parot et Richelle, 1992). Ainsi, l'influence passive exercée par chacun des acteurs facilite ou non l'instauration d'un climat propice à la confiance et au bon déroulement de l'intervention (Watzlawick et Weakland, 1981).

3.1.3.1 Le pouvoir magique comme forme d'influence

Le pouvoir du magicien est une forme d'influence qui rappelle celle exercée par le spécialiste et/ou l'expert. Ce lien entre pensée magique et méthode thérapeutique est universel et immémorial (Ceccarelli et Lindenmayer, 2012 ; Moscovici, 2000 ; van Meerbeeck et Jacques, 2009). Jusqu'à il n'y a pas très longtemps la médecine fût « entouré de prescriptions religieuses et magiques, prières, incantations, précautions astrologiques » (Mauss, 2013, p.12). C'est en faisant usage de mots cabalistiques et même ésotériques que le magicien exercera son pouvoir.

Le langage, loin d'être simple désignation, représente une force et un geste créateur. Chez les primitifs, en particulier, le nom est la chose. Connaître le nom, c'est donc imposer (éventuellement) un vouloir. La thaumaturgie du nom et du langage se trouve au fondement de la magie, ce pouvoir d'influence décisif (Russ, 1994, p.243).

Outre le discours, le magicien aura recours aux rites pour maîtriser les hommes et les phénomènes inexplicables. En cela la magie rejoint la religion en raison des rituels des cultes

⁴² Le psychologue américain Robert Rosenthal, suite à une expérience sur la subjectivité des chercheurs, proposa pour la décrire le terme de « prophétie autoréalisatrice » ou « effet Pygmalion », en référence au sculpteur chypriote de l'Antiquité tombé amoureux de son œuvre, une statue d'une grande beauté, et qui demanda aux dieux de lui donner vie. L'expérience de Rosenthal a consisté à transmettre à un groupe d'expérimentateurs des informations arbitraires à propos de soi-disant capacités cognitives de deux groupes de rats. Les résultats des chercheurs concernant les capacités cognitives de ces animaux ont reflété les informations préalablement reçues. Au début des années 1960, la même expérience a été tentée cette fois auprès de professeurs et d'enfants de la région de San Francisco avec les mêmes résultats (Rosenthal et Jacobson, 1971).

et de la médiation avec des forces qui dépassent les hommes. Le magicien par médiation maîtrise l'énergie mystérieuse qui lui permet de dominer les hommes et les choses. Par ailleurs, Mauss (2013) précise que pour être magiques, les rites doivent respecter certaines caractéristiques. Ils sont d'abord issus d'une tradition, ils sont donc transmissibles et plébiscités par le groupe. Les actes isolés ou individuels (par exemple, les pratiques superstitieuses) qui n'ont pas révélé leur efficacité ne sont pas considérés comme magiques. Ce qui est fondamental dans la magie, c'est « cette confusion de l'agent, du rite et des choses : [...] le pouvoir de sorcier, qualité magique d'une chose, chose magique, être magique, avoir du pouvoir magique, être incanté, agir magiquement » (*Ibid.*, p.101-102).

3.1.3.2 Le pouvoir pastoral

Une autre forme de pouvoir décrite par Foucault (1984) comme le pouvoir pastoral mérite d'être citée étant donné le parallèle entre les objectifs thérapeutiques du travailleur social et ceux de ce type particulier de pouvoir. Le pouvoir pastoral est en fait une « tactique de pouvoir » individualisante qui selon Foucault (1984) comporte quatre caractères spécifiques : 1) l'objectif de cette tactique est d'assurer le salut des individus ; 2) l'instigateur de ce pouvoir est prêt à se sacrifier pour le salut de l'autre contrairement au pouvoir souverain qui exige de l'autre le sacrifice pour la gloire du trône ; 3) ce type de pouvoir va au-delà de la collectivité, car le « pasteur » prend soin de chaque individu et les accompagne tout au long de leur vie ; 4) pour s'exercer, cette forme de pouvoir doit avoir accès au plus profond des âmes, ce qui implique une aptitude à diriger les consciences.

Cette forme de pouvoir est apparue en Occident avec le christianisme, seule religion à s'être organisé en Église. Cette dernière a proposé au monde antique une forme nouvelle de relation de pouvoir qui s'est insinuée dans tout le corps social, se liant au pouvoir politique et traversant une foule d'institutions comme la famille, la médecine, la psychiatrie, l'éducation et

le monde de l'emploi pour arriver jusqu'à nous. L'évolution de ce type de pouvoir a connu vers le XVIIIe siècle un changement de ses objectifs et de ses agents. Le salut des gens qui devait s'assurer dans l'autre monde doit désormais s'assurer ici-bas. Les objectifs terrestres prennent le pas sur les visées religieuses et le mot « salut » prend signification de « santé, bien-être (c'est-à-dire niveau de vie correct, ressources suffisantes), sécurité, protection contre les accidents » (Foucault, 1984, p.306). Le pasteur devient philanthrope, agent de l'État providence, de l'institution publique, de l'entreprise privée, de la société d'assistance. Cette multiplication des « agents du pouvoir pastoral a permis de centrer le développement du savoir sur l'homme autour de deux pôles : l'un, globalisant et quantitatif, concernait la population ; l'autre, analytique, concernait l'individu (*Ibid.*, p.307).

3.1.4 Comment définir le pouvoir ?

Il est difficile, voire impossible, de trouver dans la littérature une définition générale du pouvoir qui, comme le précise Dahl (1957), arrive à bien rendre le sens de la notion et sa compréhension intuitive. Kadushin (1968) de son côté remarque la pluralité des définitions qu'il attribue d'une part au fait que le concept de pouvoir est issu des sciences politiques et que les théoriciens de la sociologie ont voulu présenter leurs propres définitions. Aussi le pouvoir est souvent assimilé à une sorte de capital que l'on détient ou possède. Mais le pouvoir n'est pas en soi un attribut, mais s'articule au sein d'une relation ce qui implique la réciprocité. Nous présentons quatre auteurs qui se sont intéressés aux perspectives relationnelles du pouvoir et qui le définissent ainsi :

Max Weber (1947):

« Power (Macht) is the probability that one actor within a social relationship will be in a position to carry out his own will despite resistance, regardless of the basis on which this probability rests » (p.152).

Robert Dahl (1957):

« My intuitive idea of power, then, is something like this: A has power over B to the extent that he can get B to do something that B would not otherwise do » (p.202-203).

John R. P. French et Bertram Raven (1959):

« The strength of power of O/P in some system a is defined as the maximum potential ability of O to influence P in a. By this definition influence is kinetic power, just as power is potential influence » (p.152).

Peter Michael Blau (1964):

« The ability of persons or groups to impose their will on others despite resistance through deterrence either in the form of punishment, inasmuch as the former as well as the latter constitute, in effect, a negative sanction » (p.117).

Tableau 5 : Définition du pouvoir

Il a été reproché à ces auteurs de « présenter le pouvoir comme la propriété des acteurs en relation, et non pas comme la propriété d'une relation » (Goetschy, 1981, p. 448) ce qui fait du pouvoir un attribut des acteurs et non celui d'une relation. Pour Bachrach et Baratz (1963) ces définitions ne prennent pas en compte les aspects insidieux du pouvoir comme celui des groupes dominants qui limitent subtilement les actions des individus afin que celles-ci correspondent à leurs valeurs et intérêts. Kadushin (1968) quant à lui fait remarquer qu'en sciences sociales le pouvoir est assimilé à un concept de disposition. Pour illustrer son propos, l'auteur donne un exemple relié aux sciences physiques à l'aide du concept *magnétisme* décrit comme une disposition de certains objets physiques à afficher des réactions spécifiques (attraction de petits objets en fer) et dans certaines circonstances (la

présence de petits objets en fer dans l'environnement). Ainsi chaque définition du pouvoir ne présente qu'un aspect de ce dernier et ne peut rendre compte de la totalité du concept.

3.1.5 Pouvoir potentiel et pouvoir réel

D'autres théoriciens ont apporté des nuances à la définition du pouvoir. Suivant les perspectives de Weber, qui fondent le pouvoir sur la menace ils départagent le pouvoir potentiel (la menace) du pouvoir réel (l'exécution de la menace). Pour être réel, le pouvoir doit être mobilisé par une volonté qui suppose un but, un objectif et des moyens susceptibles de le mettre en action. Par exemple, Bierstedt (1950) définit le pouvoir comme la capacité à recourir à la force et non à sa mise en œuvre. Ainsi certains groupes sociaux n'ont pas la capacité d'exercer du pouvoir étant donné qu'ils ne détiennent pas de moyens coercitifs et qu'ils ne peuvent brandir la menace et imposer des sanctions.

Power itself is the predisposition or prior capacity which makes the application of force possible. Only groups which have power can threaten to use force and the threat itself is power. Power is the ability to employ force, not its actual employment, the ability to apply sanctions, not their actual application. Power is the ability to introduce force into a social situation; it is the presentation of force. Unlike force, incidentally, power is always successful; when it is not successful it is not, or ceases to be, power (*Ibid.*, p.733).

Pour Dahl (1957), un acteur détient un pouvoir réel dans la mesure où il parvient à transformer son pouvoir potentiel à travers un processus de prise de décision qu'il parvient à contrôler. Le pouvoir n'a un effet que s'il est utilisé et tout le pouvoir potentiel n'est pas nécessairement utilisé.

Bachrach et Baratz (1963) et Zelditch et Ford (1994) ont fait ressortir le rôle important que joue la menace dans les relations de pouvoir. Ils soutiennent que la simple existence d'un pouvoir potentiel a un effet, qu'il soit utilisé ou non. L'effet n'a même pas besoin d'être connu ni même souhaité. Ainsi B pourrait se conformer aux préférences de A en raison d'une

récompense ou d'une punition anticipée, même si A ne dit ou ne fait rien qui exige ouvertement de B une adhésion comportementale aux préférences de A. Aussi certains types d'actions se produiront sans que B ne fasse rien (des non-décisions) et sans que B ait même besoin de savoir ce que A fera, simplement parce que B sait ce que A pourrait faire. Par exemple, les membres influents d'un groupe agiront de sorte que les décisions apparemment spontanées prises par le groupe leur seront favorables. Pour ces auteurs ce sont les « non-décisions » qui révèlent la véritable structure du pouvoir : « Thus the sheer existence of a power structure delays or prevents change of an inequitable structure of inequalities even if no power is used, or even if no use of power is intended » (Zelditch et Ford, 1994, p.72).

Pour Chazel (1974), le pouvoir ne se résume pas à son potentiel. L'auteur stipule que la menace (le pouvoir potentiel) et la force (le pouvoir réel) sont tous deux du pouvoir. Il précise que « c'est d'abord à travers ses résultats — dommageables — pour autrui que nous saisissons le pouvoir ; et nous avons tout au plus l'intuition — encore imprécise — d'une vraisemblable liaison entre l'application — virtuelle — de sanctions et les conséquences observées chez autrui » (*Ibid.*, p.450). Le détenteur du pouvoir dispose donc de deux registres qui lui permettent de brandir la menace ou de procéder à la mise en œuvre effective des sanctions. Les deux registres pouvant être considérés comme du pouvoir.

Ces différents registres ont été analysés d'un point de vue sémantique par Raymond Aron. En français, les notions de pouvoir et de puissance sont distinctes. La « puissance » est un concept plus général que celui de « pouvoir », qui désigne une forme particulière de puissance. L'auteur fait remarquer que cette distinction n'existe pas en anglais, *power* se référant à la fois au potentiel et à l'action, soit aussi bien à la capacité de faire quelque chose qu'à son exercice réel (Aron, 1964, p. 31). Arendt souligne quant à elle un relâchement dans la conceptualisation des termes utilisés pour parler du pouvoir en sciences politiques :

À son stade actuel, la terminologie de notre science politique est incapable de faire nettement la distinction entre divers mots clefs, tels que « pouvoir », « puissance », « force », « autorité » et finalement « violence », dont chacun se réfère à des phénomènes distincts et différents. [...] L'usage correct de ces mots n'est pas seulement une question de grammaire, mais aussi de perspective historique. Les utiliser comme s'il s'agissait simplement de synonymes, non seulement dénote une certaine insensibilité à leur signification linguistique, ce qui paraît assez grave, mais témoigne en outre d'une ignorance regrettable des réalités auxquelles ce langage se réfère. Il est toujours tentant, en ce cas, de proposer des définitions nouvelles. (Arendt, 1972, p. 152).

3.1.6 Les théories relationnelles du pouvoir

À la suite de Weber plusieurs auteurs ont développé des théories du pouvoir qui mettent l'accent sur l'aspect relationnel du pouvoir, c'est-à-dire qui implique la capacité et la possibilité des individus et des groupes à agir sur d'autres individus ou groupes.

	Auteurs	Caractéristique	Définition
Collectif	Max Weber (1864-1920)	Politique - Relationnel	Victoire de la volonté sur toutes les formes de résistances. Le pouvoir naît du désir de l'humain d'asseoir sa domination sur soi et sur les autres. La domination légitime. Le monopole de la violence.
	Hanna Arendt (1906-1975)	Collectivité - Relationnel-	Aptitude de l'homme à agir de manière concertée. Une propriété du groupe. L'individu reçoit d'un certain nombre de personnes le pouvoir d'agir.
	Bertrand Russel (1872-1970)	Relationnel	Le pouvoir est la production d'effets attendus. Un moyen et une propriété des individus. Il naît du désir de réaliser ses désirs. L'insatisfaction donne naissance au désir.
	Talcott Parsons (1902-1979)	Collectivité - Relationnelle	L'argent est nécessaire à la satisfaction des besoins; le pouvoir permet de menacer l'autre; l'influence permet de convaincre l'autre de rallier nos objectifs. Posséder des moyens permet d'atteindre ses buts. Le pouvoir, l'influence et l'argent sont des caractéristiques du système social.
	Kurt Lewin (1890-1947)	Un champ de force	Les champs de forces imbibent les relations humaines. Le pouvoir est une force a) intrinsèque : l'individu veut atteindre ses buts; b) induite : la volonté de l'autre s'impose à soi; c) transpersonnelle : en provenance de l'environnement social.
	Robert Dahl (1915-2014)	Relationnel - individuel	La capacité d'influence physiquement et psychologiquement. L'ensemble des actions que A peut obtenir de B.
Individu	Felicia Pratto (1961 -)	Individuelle- relationnelle	La capacité d'atteindre ses buts. Tous possèdent la capacité d'agir, mais tous n'ont pas les mêmes possibilités d'action.

Tableau 7: Les théories du pouvoir

Max Weber s'impose dès le début du XX^e siècle avec ses travaux sur les aspects philosophique et politique du pouvoir (Freund, 2019). Il élabore une conception du pouvoir qui n'est pas purement politique ni purement relationnelle, Weber (1963) s'intéresse au gouvernement des hommes et à toutes les formes de domination, féodale, patrimoniale, charismatique, etc., et conclut que toute société doit reposer sur un type de domination reconnue comme légitime. Dans cette perspective, l'État est « une communauté humaine qui [...] revendique avec succès pour son propre compte le *monopole de la violence physique légitime* » (*Ibid.* p. 100). Le pouvoir est envisagé comme une domination que seul l'État est en mesure d'imposer par la violence et la coercition (police, armée, etc.). La domination est donc toujours légitime, car elle est issue de l'activité de la communauté. Par ailleurs, Weber (1963) soutient que le pouvoir est la victoire de la volonté sur toutes les formes de résistance, et qu'il ne saurait se comprendre sans le désir de l'être humain d'asseoir sa domination, tant sur soi, sur ses pulsions, que sur les autres. C'est la capacité d'un acteur de réaliser sa volonté aux dépens de celle des autres personnes qui pourraient lui résister et « tout homme qui fait de la politique⁴³ aspire au pouvoir — soit parce qu'il le considère comme un moyen au service d'autres fins, idéales ou égoïstes, soit parce qu'il le désire “pour lui-même”, en vue de jouir du sentiment de prestige qu'il confère » (*Ibid.*, p. 101). Weber distingue trois types de domination qui reposent tous sur une forme de croyance. La domination *rationnelle-légale* repose sur la croyance que les lois, les règlements et les directives sont légitimes. La domination *traditionnelle* s'appuie sur la croyance que les traditions sont inviolables et sacrées. Enfin la domination *charismatique* repose sur la croyance que la personne exerçant le pouvoir possède un caractère exemplaire, voire héroïque.

⁴³ Weber (1963) entend « par politique l'ensemble des efforts que l'on fait en vue de participer au pouvoir ou d'influencer la répartition du pouvoir, soit entre les États, soit entre les divers groupes à l'intérieur d'un même État » (*Ibid.*, p. 101).

Contrairement à Weber, Hanna Arendt (1972) ne considère pas le pouvoir comme une domination, mais comme

l'aptitude de l'homme à agir, et à agir de façon concertée. Le pouvoir n'est jamais une propriété individuelle ; il appartient à un groupe et continue de lui appartenir aussi longtemps que ce groupe n'est pas divisé. Lorsque nous déclarons que quelqu'un est « au pouvoir », nous entendons par là qu'il a reçu d'un certain nombre de personnes le pouvoir d'agir en leur nom (*Ibid.*, p. 144).

Ainsi décrit, le pouvoir n'est pas un « pouvoir-sur », mais un « pouvoir-en-commun » (*Ibid.*). Pour Arendt, le pouvoir se fonde sur un aller-retour entre légitimité et contrainte, et doit pour se maintenir trouver un équilibre entre les deux. Le pouvoir est délégué à des agents appartenant aux organisations reconnues pour leur capacité à maintenir l'ordre, qui n'ont de pouvoir que dans un domaine spécifique (politique, économie, éducation) ou dans certains contextes (hôpital, salle de classe ou tribunal).

Le sociologue américain Talcott Parsons (1963) apporte une vision fonctionnelle du pouvoir. Il conçoit la société comme un ensemble de sous-systèmes comportant les mêmes structures logiques et obéissant aux mêmes principes d'ensemble. En étudiant les moyens dont dispose un individu pour parvenir à ses fins, Parsons établit que le pouvoir, l'argent et l'influence sont des mécanismes caractéristiques du système social. Quatre modes d'action se dégagent de son analyse : l'argent est nécessaire pour satisfaire ses besoins, le pouvoir permet de menacer pour éviter une action indésirable de la part d'autrui et l'influence sert à le convaincre et à le persuader des avantages de se rallier à ses buts, les obligations du vivre-ensemble faisant en sorte que l'on ne peut refuser son aide à autrui.

Power then is generalized capacity to secure the performance of binding obligations by units in a system of collective organization when the obligations are legitimized with reference to their bearing on collective goals and where in case of recalcitrance there is a presumption of enforcement by negative situational sanctions-whatever the actual agency of that enforcement (*Ibid.*, p. 237).

Le pouvoir est ici compris comme une composante intrinsèque de la société et ne s'exerce pas nécessairement au détriment de l'autre. Il s'agit d'une ressource essentielle à la vie de la société, elle est produite, distribuée, partagée ou assignée à certains groupes ou individus, en vue d'accomplir les fonctions collectives nécessaires au maintien de l'organisation sociale. En ce sens le pouvoir est une capacité générale et non spécifique aux individus et transportable d'une relation à l'autre.

Blau (1964) en prenant appui sur les travaux de Marcel Mauss (1923, 2007) « *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives* » et de Homans (1958) « *Social behavior as exchange* » a élaboré la théorie de l'échange social. Ce dernier conceptualise les relations sociales comme des échanges d'activités, matérielles (bénéfices ou faveurs) ou relationnelles (approbation, respect, confiance, estime, affection), plus ou moins enrichissantes ou coûteuses, entre au moins deux personnes. Les individus s'engagent dans ce processus d'échanges dès leur enfance et développent des attentes vis-à-vis d'autres individus quant à la réciprocité ainsi qu'à l'équité dans ces échanges. Les conduites sociales relèvent donc à la fois de la psychologie du comportement et des principes économiques élémentaires qui régissent les échanges.

Les individus A détiennent un pouvoir sur B lorsque celui-ci dépend de A étant donné qu'il ne peut le contraindre pour obtenir ce qui lui paraît indispensable et qu'il ne peut trouver ailleurs. Ainsi la distribution inégalitaire des ressources, place ceux qui en ont besoin en position de vulnérabilité face à ceux qui disposent de ces mêmes ressources. Le surplus de ressource se transforme alors en pouvoir étant donné que les détenteurs du surplus peuvent exiger un changement de comportement en contrepartie de la cession de ressources.

Il est possible d'observer partout ces échanges, même en amour et en amitié. Blau donne en exemple les voisins qui s'échangent des faveurs ; les enfants des jouets ; les collègues, de l'assistance ; les amis et connaissances des politesses ; les ménagères des recettes. Ces

échanges relationnels peuvent être décrits en termes d'échange et de pouvoir. Pour Blau (1964) le pouvoir « refers to all kinds of influence between persons or groups, including those exercised in exchange transactions, where one induces others to accede to his wishes by rewarding them for doing so. [...] (*Ibid.*, p.115-116). Blau apporte une distinction entre les tentatives d'influence fondées sur des sanctions positives (récompenses réelles ou promises) et les tentatives d'influence fondées sur des sanctions négatives (sanctions réelles ou menacées). Dans les échanges entre un bijoutier et son client, ce dernier, techniquement, impose sa volonté au bijoutier qui lui remet une bague en échange d'un paiement. Mais il ne faut pas confondre cette situation avec celle du voleur qui force le bijoutier à lui remettre une bague en pointant une arme sur lui. Pour Blau il est possible d'utiliser un concept du pouvoir social qui permet de préserver cette distinction.

Russel (1938) apporte une perspective plus individualiste puisqu'il considère le pouvoir comme une propriété des individus et pas seulement de la société. Il décrit le pouvoir comme « capacité de » et le définit ainsi : « *Power may be defined as the production of intended effects* » (1938, p. 23). Considérant le désir de produire des effets sur le monde et le « refus de reconnaître que la puissance individuelle puisse avoir des limites » (Russel, 2003, p. 2), Russel (2003) en conclut que les humains sont mus par l'amour du pouvoir : « Tout désir, s'il n'est pas satisfait sur-le-champ, donne naissance au souhait d'être en mesure de le satisfaire, et donc à telle ou telle forme d'amour du pouvoir » (*Ibid.*, p. 197-198). Pour Russel, le pouvoir est le moyen utilisé pour satisfaire les désirs humains et il est mesurable, c'est un concept quantitatif : « *Given two men with similar desires, if one achieves all the desires that the other achieves, and also others, he has more power than the other* » (*Ibid.*, p. 23).

Kurt Lewin, a marqué l'histoire et influencé nombre de chercheurs en sciences sociales, particulièrement en psychologie sociale, avec ses études microsociologiques concernant les rapports entre l'individuel et le collectif, et par l'emploi de concepts et procédés

expérimentaux issus des sciences mathématiques (Allport, 1947). En étudiant les comportements de l'adulte envers l'enfant, Lewin a schématisé le pouvoir à l'aide de cercles concentriques : le « champ de pouvoir » de l'adulte englobant l'espace vital de l'enfant (Lewin, 1935, p. 131). Il explique que l'enfant exécute sans hésitation des tâches désagréables, car il a intériorisé la volonté de l'adulte. Cette conception du « champ de pouvoir » englobe un large éventail d'activités humaines. En mettant l'accent sur les interactions, Lewin (1997) considère le pouvoir en termes de forces, d'influence et de résistance, et le définit comme « la possibilité d'exercer des forces d'une certaine ampleur sur une autre personne » (*ibid.*, p.198). Le concept de force employée par Lewin se distingue de la contrainte ou de l'application de sanctions et se réfère à la modification de certaines propriétés de l'espace vital des individus (Lewin, 1938, p. 83). Lewin distingue trois types de forces : les forces *intrinsèques*, qui découlent de la satisfaction d'un besoin et provoquent un mouvement vers l'atteinte d'un objectif ; les forces *induites*, qui trouvent leur origine dans la volonté d'une autre personne ; et les forces *transpersonnelles*, qui proviennent de l'environnement social. Lewin réfléchit au pouvoir en termes mathématiques : « nous pourrions définir le pouvoir de b sur a ($P_{b/a}$) comme le quotient de la force maximale que b peut induire sur a ($f_{a,x}^{max}$), et la résistance maximale que a peut y opposer ($f_{a,x}^{max}$) » (Lewin, 1951, p.336). Dans cette conception, le pouvoir renvoie aux forces psychologiques déployées par un individu b pour influencer un individu a et à la résistance que cette tentative d'influence de b provoque chez a . Le comportement de a étant déterminé à un moment donné par une multitude de forces, le pouvoir de B sur A ne concerne que les influences en provenant de B . À la suite de Lewin, plusieurs chercheurs ont mis l'accent sur l'aspect relationnel du pouvoir et sur la place qu'il occupe au sein des interactions (Cartwright, 1959 ; Crozier et Friedberg, 1981 ; Dahl, 1957 ; French et Raven, 1959).

Robert Dahl (1971) s'est davantage intéressé à la répartition des pouvoirs entre groupes qu'aux processus en jeu lors de l'exercice du pouvoir. Ainsi, il a étudié les groupes restreints⁴⁴ de la ville de New Haven aux États-Unis. Ces groupes différenciés et concurrents discutent, négocient, transigent et arrivent ainsi à faire valoir leur point de vue auprès des élites. Dahl constate la pluralité des modes d'influence et une forme de polyarchie, et à « l'idée d'une élite homogène [il] substitue la notion [de] dispersion des influences, aucun groupe ne monopolisant les ressources du pouvoir » (Russ, 1994. p. 171). Les conclusions de Dahl (1971) ont été publiées dans *Qui gouverne*, ouvrage désormais classique. Dahl (1957) définit ainsi le pouvoir : « A has power over B to the extent that he can get B to do something that B would not otherwise do » (*Ibid.*, p. 202). Le pouvoir, loin d'être un attribut, se présente comme une relation et implique l'idée de réciprocité. Le but recherché par A est d'obtenir de B ce que A désire, B doit agir autrement qu'il ne l'aurait fait sans l'intervention du détenteur du pouvoir. « En d'autres termes, le pouvoir de A sur B correspond à la capacité de A de parvenir à ce que, dans sa négociation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables » (Russ, 1994, p. 13). La portée du pouvoir de A, c'est l'ensemble des actions de B que A peut obtenir. Nous sommes bien en présence d'une conception relationnelle du pouvoir qui se dégage de ses conceptions politiques. Ce pouvoir « relationnel » est susceptible d'agir dans toutes les sphères de la société, publics comme privés.

Selon Dorwin Cartwright (1959), le pouvoir ne doit pas être assimilé aux abus, à la force brute, à la coercition et autres tactiques machiavéliques comme la ruse et la manipulation pour arriver à ses fins. Avoir du pouvoir signifie être en mesure d'influencer par une action physique sur le corps, par des récompenses et/ou des punitions ou par des idées (*Ibid.*, p. 184). Cartwright a ainsi mis l'accent sur l'influence, dans la définition qu'il a empruntée à

⁴⁴ Landry (2007) définit le groupe restreint comme « un système psychosocial composé de trois à environ vingt personnes qui, en coprésence, agissent et interagissent ensemble, leur action étant sous-tendue par le partage d'une visé plus ou moins précise qui leur est commune » (*Ibid.*, p. 63).

Lewin. La formule de Lewin comporte deux variables : la force que O peut « induire » sur P et la « résistance » que P peut lui opposer. L'apport de Cartwright (1959) a été de considérer uniquement les forces pouvant être activées par un acte de O. Le pouvoir y est défini de la façon suivante : le pouvoir d'une personne O sur une personne P est le maximum de la force résultante que O peut mettre en jeu sur P. Cette force résultante est déterminée par les grandeurs relatives des forces d'obéissance et de résistance activées par O. Autrement dit, la force induite et la résistance sont toutes deux activées par un acte de O. La résistance est générée par la tentative d'influence et se distingue de « l'opposition » qui découle d'autres facteurs (*Ibid.*, p. 194). Cartwright a en outre proposé un ensemble de conditions pour l'exercice du pouvoir, dont les plus importantes sont le répertoire comportemental de O (en fonction de l'habileté sociale, de la possession de ressources et de la position sociale) et les fondements moteurs de P (besoins et désirs). Plus le répertoire comportemental de O est fort, plus il est enclin à exercer le pouvoir.

Pratto (2016) propose une définition du pouvoir beaucoup plus individuelle que celle que nous avons vue. Elle le définit simplement comme la capacité d'atteindre ses buts. Par ailleurs, elle établit une distinction entre la capacité d'agir des individus et leur capacité à atteindre leurs buts. Selon Pratto, tout le monde a une capacité d'agir (*agency*), une capacité de poser des actions. Par exemple, les individus, les groupes et les entreprises peuvent agir, et la plus petite action a des conséquences. En ce sens, la capacité d'agir ne distingue pas les individus les uns des autres, ce sont les possibilités d'action qui s'offrent à eux qui les différencient. Or, ces possibilités d'action sont tributaires du contexte et des capacités des individus (Willis et Guinote, 2011), ce qui implique que chaque acteur est, à un moment donné, confronté à un ensemble de possibilités d'action qu'il est libre ou non de réaliser. De manière générale, les individus ne disposent pas des mêmes ensembles de possibilités d'action. La qualité de ces ensembles varie selon le contexte et reflète plusieurs types

d'inégalités sociales. Tout le monde définit et poursuit des objectifs et ceux-ci, conscients ou non, varient avec le temps (Aarts, 2007). Selon Pratto (2016), être « *empowered* » signifie pour un individu être dans un état qui lui permet d'atteindre ses objectifs. Le degré d'empowerment des ressources financières, de l'environnement et des capacités que l'individu peut mettre à profit dans l'atteinte de ses objectifs. Par conséquent, la capacité d'agir (*agency*) n'est pas la même chose que le pouvoir. En effet, on peut agir sans toutefois atteindre ses objectifs, à cause d'un contexte défavorable, d'un manque de capacités ou d'un piètre réseau social. Le degré d'empowerment est donc variable selon les individus, le moment, le lieu. Par contre, la capacité d'agir est universelle et constante.

3.1.7 Les bases du pouvoir selon French et Raven

À partir du modèle de Cartwright, French et Raven (1959) se sont intéressés à certaines caractéristiques des relations interpersonnelles qui permettent de comprendre pourquoi certains individus exercent leur pouvoir et dans quelle mesure d'autres individus sont prêts à accepter ce pouvoir. Les auteurs ont identifié six sources ou fondement du pouvoir qui permettent d'influencer et/ou contraindre l'autre à adopter ou modifier un comportement : la récompense, la coercition, la légitimité, la référence, l'expertise et l'informationnel.

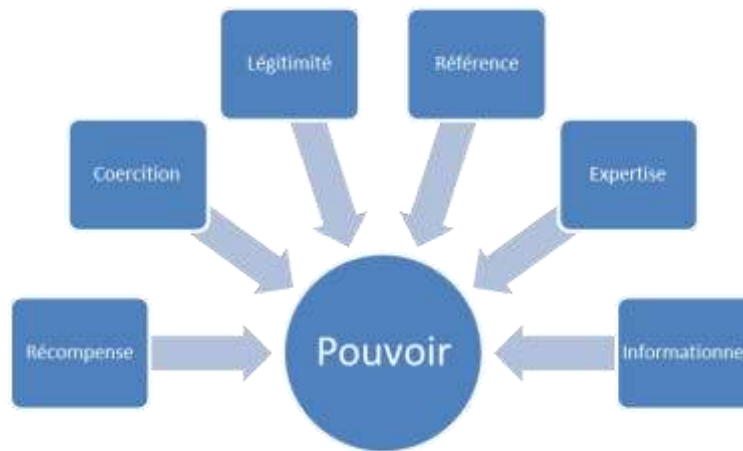


Schéma 3 : Les bases du pouvoir selon French et Raven (1959)

1) **La récompense.** Pour French et Raven (1959), le fondement de ce type de pouvoir est la capacité d'un individu à administrer des valences positives et à éliminer ou à réduire les valences négatives. Par exemple, le travailleur d'usine recevant une prime s'il dépasse ses objectifs de production. Ainsi, plus la récompense apparaît généreuse, plus fort est le pouvoir de récompense (*Ibid.*, p. 156). Par ailleurs, récompense et punition sont si indissolublement liées qu'il devient difficile de les traiter comme des processus distincts. Refuser une récompense équivaut à imposer une pénalité, et refuser une pénalité équivaut à donner une récompense. C'est-à-dire que A doit être capable de donner ou de retirer quelque chose, selon que B ne se conforme pas ou non.

2) **La coercition.** Le pouvoir de coercition implique la manipulation de valences négatives et il est l'envers du pouvoir de récompense, car il découle de l'attente d'une punition. D'un côté, une offre de bonus à la pièce sert de base au pouvoir de récompense, de l'autre, le licenciement, si le travailleur n'atteint pas un certain niveau de production, sert de base au pouvoir coercitif. La force du pouvoir coercitif dépend de l'ampleur de la valence négative

multipliée par la probabilité d'éviter la sanction en cas de non-conformité (*Ibid.*, p. 157). Par ailleurs, les pouvoirs de récompense et de coercition doivent être perçus comme légitimes pour s'exercer (Landry, 2007). Si la coercition apparaît illégitime, elle engendre de la résistance et de l'hostilité et apparaît comme de la manipulation ou de l'intimidation. Dans un cadre de légitimité et dans certaines circonstances, la coercition peut aller jusqu'à la violence.

3) **La légitimité.** Selon French et Raven, ce type de pouvoir est le plus complexe et regroupe des notions issues de la sociologie, de la psychologie sociale et de la psychologie clinique. Le pouvoir légitime d'un individu A se définit comme le pouvoir découlant de valeurs ou de normes intériorisées par les individus B-Z et qui leurs dictent que A a le droit de légiférer et d'influencer et qu'ils ont l'obligation d'accepter cette influence. Conceptuellement, on peut penser la légitimité comme une norme ou une valeur intrinsèque qui suppose des représentations sociales, des croyances et des idéologies pour s'exercer (Van Dijk, 2012). Cette norme ou valeur est un pouvoir en raison de sa capacité à induire des champs de force.

Landry (2007) considère la récompense, la coercition et la légitimité « comme les dimensions formelles et fonctionnelles du pouvoir » (*Ibid.*, p. 323). Enrichissez ajoute que les personnes exerçant une forme ou une autre de pouvoir en recherchent la légitimité : « Tout pouvoir veut être fondé en raison et entraîner de ce fait une adhésion unanime (acceptation et intériorisation des critères estimés rationnels). [...] Ce qui apparaît caractéristique, c'est la tentation de tout pouvoir, quels que soient ses fondements réels, de se définir comme légitime » (*Ibid.*, p. 42). Cette nécessaire légitimité, ainsi que l'accord des acteurs intéressés, se manifeste dans l'expression consacrée : « En vertu des pouvoirs qui me sont conférés... ». Les mots prononcés par un agent non légitimé ne produisent pas les effets escomptés. Les mots et les symboles eux-mêmes tirent leur pouvoir du système de

reconnaissance qui lie les producteurs et les récepteurs de discours. Le pouvoir est une affaire publique et il repose toujours sur une certaine complicité (Jovchelovitch, 2008, p. 6).

4) **La référence.** Le pouvoir de référence est basé sur le désir de A d'être identifié à B, détenteur de qualités et/ou d'attributs qui suscitent admiration et amour. Si B est une personne vers laquelle A est fortement attiré, A voudra être étroitement associé à B. Si B est un groupe très attractif, A développera un sentiment d'appartenance ou un fort désir d'en faire partie. Si A est étroitement associé à B, A souhaitera maintenir cette relation. Le pouvoir de référence se retrouve dans les relations amoureuses. On accepte l'influence de l'autre par amour (Landry, 2007). Le pouvoir de référence peut facilement être confondu avec d'autres types de pouvoir. Un individu fortement attiré par un groupe et qui craint d'en être expulsé s'il ne se conforme pas à ses exigences est sous l'emprise d'un pouvoir de coercition. Un individu qui se conforme aux normes d'un groupe dans le but d'obtenir des éloges ou des récompenses est sous l'emprise d'un pouvoir de récompense. Un individu qui se rallie à la sagesse collective du groupe est soumis au pouvoir d'expert. Il est donc important de distinguer ces phénomènes de « pression vers l'uniformité » du pouvoir de référence. Le critère du pouvoir de référence est le fait que l'individu attiré par un groupe est lui-même médiateur de la peine ou de la récompense, dans la mesure où il évite l'inconfort ou gagne la satisfaction grâce à la conformité par sa seule identification au groupe (French et Raven, 1959, p. 161).

5) **L'expertise.** Le pouvoir d'expert est une autre forme d'attribut personnel reliée à l'étendue des connaissances développées par un individu dans une sphère précise d'activités pratiques ou théoriques. Par exemple, accepter les conseils d'un avocat en matière juridique ou suivre les instructions routières d'un résident local (*Ibid.*). Le pouvoir expert est convoité et valorisé dans nos sociétés (Landry, 2007) et il est évalué par rapport à des standards

dominants et/ou aux connaissances des individus. Les compétences qui confèrent l'expertise ne sont pas transférables.

6) **L'informationnel.** Aux cinq bases du pouvoir décrites par French et Raven (1959), Raven (1965) a ajouté le pouvoir informationnel qui ne repose pas sur des compétences individuelles, mais plutôt sur la possibilité d'accéder de manière privilégiée à certaines sources d'information ou encore sur la détention d'informations ou d'arguments logiques présentés à un individu dans le but d'obtenir de lui un changement ou des ressources. Le pouvoir informationnel peut s'exercer de manière directe et indirecte. Par exemple un infirmier suggérant un médicament à un médecin dira : « Cette médication a semblé bien fonctionner avec ce patient au bout du couloir qui vivait le même type de problématique » (Raven, 1993, p. 235). Ici, les arguments de l'infirmier sont présentés de manière indirecte, ce qui parfois est plus efficace et moins susceptible d'occasionner une confrontation. Russ (1994) ajoute à ce sujet que tous les types d'informations et de connaissances spécialisées s'intègrent dans de nouvelles formes de pouvoir issues des nouvelles structures technologiques. Ainsi, « le réseau d'information participe largement au phénomène de domination, laquelle se dissocie et de la propriété et de la forme juridique du pouvoir » (*Ibid*, p. 172).

3.1.8 Caractéristique de la nature relationnelle du pouvoir

En quoi le pouvoir est-il une caractéristique des relations sociales ? Pour Foucault (1984) les relations de pouvoir se manifestent dans les actions d'un sujet agissant sur un autre sujet agissant. C'est donc une action sur une action. Cette vision relationnelle soutient que le pouvoir est inhérent à toutes les relations et qu'il permet à la fois de limiter l'action en limitant les frontières, mais aussi en permettant de les élargir. Dans cette perspective, le pouvoir est partout, parce qu'il vient de partout (Foucault, 1984). Foucault insiste sur l'aspect inconscient

des processus de pouvoir, car l'essentiel de la relation pouvoir-savoir ne relève pas des individus. Certes, ceux-ci peuvent détenir des connaissances ou un savoir, gouverner et diriger, mais personne n'a en propre ce savoir et personne n'exerce ce pouvoir. Foucault cite en exemple la bourgeoisie qui, depuis le XIX^e siècle, a bénéficié des formes du pouvoir-savoir, mais dont les membres jouent un rôle qui leur est assigné sans savoir comment s'y prendre pour détenir et entretenir cette relation de pouvoir. Savoir et pouvoir ne se possèdent ni ne s'exercent. Le pouvoir n'existe qu'en acte et il n'est pas de l'ordre du consentement, car le pouvoir-savoir foucaldien est un mécanisme inconscient. Lorsqu'il est conscient, il s'agit de domination et, comme il n'y a alors plus d'espace pour la liberté, il ne s'agit plus de savoir-pouvoir (Foucault, 1984).

Foucault a établi une connexion entre savoir et pouvoir et mettant de côté l'acquisition du savoir et sa légitimation, il s'intéresse aux rôles de la connaissance dans l'articulation des mécanismes de pouvoir.

Or j'ai l'impression qu'il existe, j'ai essayé de faire apparaître, une perpétuelle articulation du pouvoir sur le savoir et du savoir sur le pouvoir. Il ne faut pas se contenter de dire que le pouvoir a besoin de telle ou telle découverte, de telle ou telle forme de savoir, mais qu'exercer le pouvoir crée des objets de savoir, les fait émerger, accumule des informations, les utilise.[...] L'exercice du pouvoir crée perpétuellement du savoir et inversement, le savoir entraîne des effets de pouvoir (1994, p. 752).

Dans la perspective de Foucault, le savoir et le pouvoir sont inséparable. D'un côté les éléments produits par l'institution de pouvoir doivent être conformés, selon les époques et les contextes à des règles et des normes, comme la rationalité scientifique. De l'autre les mécanismes du pouvoir, comme la prison ou l'institution psychiatrique, devront pour se déployer être validés dans des systèmes de savoir.

Foucault place le pouvoir au centre des relations humaines, ce qui suppose que tous les individus sont en mesure de l'exercer. Seule l'analyse de la relation dans son contexte permet de qualifier le pouvoir de juste ou d'abusif, de symétrique ou d'asymétrique. Dans

cette acception il faut considérer à la fois le pouvoir interpersonnel (le pouvoir « sur ») et la capacité d'un acteur d'atteindre un but (le pouvoir « de ») ainsi qu'un certain nombre de points décrit comme suit par Zelditch (2001) : 1) le pouvoir prend appui sur les ressources détenues par A et qui sont déterminantes à l'atteinte des objectifs de B. Ce sont les bases du pouvoir ; 2) les manières dont A utilise ses ressources afin de modifier le comportement de B représentent les moyens du pouvoir ; 3) les coûts pour B si B ne se conforme pas aux exigences de A sont relatifs à la force du pouvoir ; 4) les coûts pour A de l'exercice du pouvoir sur B représentent les couts reliés à l'exercice du pouvoir ; 5) la mesure du pouvoir déployée par A afin d'obtenir que B fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait autrement équivaut à la quantité de pouvoir nécessaire pour obtenir un changement ; 6) la nature des actes à l'égard desquels le pouvoir de A sur B est supérieur à zéro représente le domaine du pouvoir ; et enfin, 7) les personnes sur lesquelles le montant du pouvoir de A est supérieur à zéro représentent l'étendue du pouvoir.

Landry (2007) a aussi présenté certaines caractéristiques de la nature interactive et relationnelle du pouvoir qu'elle résume en cinq énoncés (*Ibid.*, p. 316) :

Conceptualisation du pouvoir en tant que relation

1) Le pouvoir peut se conceptualiser comme étant la capacité, consciente ou non, d'une personne ou d'un groupe A de modifier les attitudes, les valeurs, les idées ou les comportements d'une personne ou d'un groupe B

2) Le pouvoir de A repose sur la perception de B que A dispose de ressources ou d'attributs lui permettant de modifier ses attitudes, ses valeurs, ses idées ou ses comportements, l'ensemble de ces ressources et attributs constituant, aux yeux de B, la base du pouvoir de A sur B.

3) La possession et par A et par B de ressources ou d'attributs perçus comme étant pertinents pour l'autre leur permet de s'influencer mutuellement.

4) La légitimité des tentatives et des modes d'influence de A et de B aux yeux de l'un et

de l'autre est centrale à l'exercice de leur pouvoir, sauf lorsque la base du pouvoir repose principalement sur la possession d'attributs et de ressources punitives.

5) La contrainte ou la coercition dans les rapports de pouvoir se situe sur un continuum allant de la contrainte totale à l'absence totale de contrainte.

Tableau 8 : Conceptualisation du pouvoir relationnel selon Landry (2007)

Premier énoncé : « Le pouvoir peut se conceptualiser comme étant la capacité, consciente ou non, d'une personne ou d'un groupe A de modifier les attitudes, les valeurs, les idées ou les comportements d'une personne ou d'un groupe B » (Landry, 2007, p. 316). L'approche relationnelle du pouvoir met l'accent sur le fait que, en dépit de la nature asymétrique du pouvoir, la réciprocité n'est pas complètement exclue même si elle est parfois tenue (Friedberg, 1993). Pour Landry (2007), quelle que soit la nature du changement que provoque l'influence, il s'agit de pouvoir. Elle donne l'exemple d'un adolescent privé de sortie qui se dérobe au regard de ses parents et quitte la maison. En défiant l'autorité, ce dernier a modifié son comportement et, d'une certaine manière, exercé un pouvoir.

Deuxième énoncé : « Le pouvoir de A repose sur la perception de B que A dispose de ressources ou d'attributs lui permettant de modifier ses attitudes, ses valeurs, ses idées ou ses comportements, l'ensemble de ces ressources et attributs constituant, aux yeux de B, la base du pouvoir de A sur B » (*Ibid.*, p. 316). Cette proposition repose sur deux axiomes : a) l'individu B a perçu les ressources dont dispose A et il les redoute ou leur accorde assez de valeur et d'intérêt pour b) être disposé à accepter l'influence de A et ainsi modifier certaines de ses attitudes ou idées. Ces axiomes permettent à Landry de régler la question de la « substantialité du pouvoir » (*Ibid.*, p. 318), étant donné que ce sont les ressources, convoitées ou redoutées, qui donnent du pouvoir sur autrui et non le pouvoir en tant que tel.

En outre, les ressources et leur valorisation varient avec le temps et le contexte parce que les individus occupent des positions sociales différentes et détiennent (ou non) des

ressources échangeables, de sorte qu'ils sont affectés différemment par le pouvoir et les forces qui s'exercent sur eux. Comme le souligne Van Dijk (2012), les ressources qui permettent d'exercer le pouvoir « sont généralement constituées d'attributs ou de biens socialement valorisés, mais inégalement répartis, telles que la richesse, la position, le rang, le statut, l'autorité, les connaissances, l'expertise ou les privilèges ou même la simple appartenance à un groupe dominant ou majoritaire » (*Ibid.*, p. 20). Landry (2007) précise que les rapports de pouvoir entre individus sont perpétuellement mouvants et ne peuvent être parfaitement réciproques, car les ressources et attributs des individus « varient dans le temps et aussi en fonction des multiples contextes où s'insèrent les acteurs, leur valorisation par ceux et celles que l'on cherche à influencer variant de la même façon » (*Ibid.*, p. 318). Landry dresse une liste exhaustive des ressources que peut détenir un individu :

Charisme, charme, beauté ; expertise, intelligence, compétence stratégique ; accès à certains renseignements ou à des sources d'information valorisées ; statut, prestige, richesse, contrôle de récompenses matérielles ou psychologiques ; force physique, armes symboliques ou réelles, contrôle de punitions matérielles ou psychologiques ; position dans la structure groupale ou organisationnelle, dans l'appareil d'un parti, au sein d'un réseau (*Ibid.*, p. 317).

Troisième énoncé : « La possession et par A et par B de ressources ou d'attributs perçus comme étant pertinents pour l'autre leur permet de s'influencer mutuellement » (Landry, 2007, p. 316). Pour Landry, cette troisième proposition « récuse le caractère essentiellement asymétrique des relations de pouvoir » (*Ibid.*, p. 318). Les individus possèdent tous des ressources et l'asymétrie d'une relation découle de leur intérêt et de leur attrait pour l'autre partie. La répartition des ressources est évaluée par les acteurs de manière subjective : il s'agit toujours d'une interprétation et non d'un calcul objectif. Les relations asymétriques ne conduisent pas nécessairement à la domination, toutefois la domination peut découler de relations asymétriques (Jovchelovitch, 2008)

Concernant le rôle des ressources dans le comportement d'influence, Landry (2007) rappelle qu'une négociation s'amorce seulement lorsque les ressources sont également valorisées par les acteurs et « que la demande de l'un paraît excessive ou peu attrayante à l'autre » (*Ibid.*, p. 318). C'est la satisfaction de ses besoins et l'atteinte de ses objectifs qui motive à acquérir les ressources adéquates. Ainsi débute la négociation pour l'acquisition où l'échange des ressources ou alors une des parties tente de les obtenir en imposant sa volonté. Cette négociation a amené les chercheurs à s'intéresser à la nature des besoins (Maslow, 1943) qui poussent les individus à rechercher des ressources, ainsi qu'à la réciprocité et au caractère interactif des relations de pouvoir (Élias, 1981 ; Friedberg, 1993).

Erhard Friedberg (1993) considère l'incertitude comme le moteur de la négociation entre acteurs dans une organisation. Ceux qui peuvent la contrôler ont un avantage indéniable et occupent une position de pouvoir. Ainsi, une personne en mesure de reconnaître, définir et solutionner un problème est une ressource négociable au sein d'une entreprise. Friedberg rappelle que « les acteurs sont fondamentalement inégaux devant les incertitudes pertinentes qui conditionnent la solution d'un problème » (*Ibid.*, p. 103). Cette inégalité est plutôt « un rapport de négociation asymétrique par lequel s'échangent des ressources entre des acteurs foncièrement inégaux et qui permet à certains "entrepreneurs sociaux" de s'affirmer face aux autres » (*Ibid.*, p. 149-150). Au sein des organisations, le pouvoir des acteurs suppose l'exploitation des incertitudes et, comme nous l'avons vu, donne lieu à une négociation pour la recherche d'une solution adéquate à un problème. C'est la disponibilité ou la possession d'un savoir, en l'occurrence pratique, qui permet la maîtrise des incertitudes. Par ailleurs, les individus développent des compétences pour faire face aux incertitudes, mais une compétence peut aussi être à la source d'une incertitude : « Aucune incertitude ni aucune compétence ne sont données une fois pour toutes, et surtout aucune incertitude n'est que donnée, elle est toujours aussi construite par les compétences mêmes qui servent à la

contrôler. » (*Ibid.*, p. 150) Friedberg rappelle que nous aimons bien garder « nos “trucs” pour nous et [que nous] valorisons les moments où nous apparaissions comme les “dépanneurs”, c’est-à-dire comme les sauveurs » (*Ibid.*, p. 153).

Maslow (1943) a présenté une théorie de la motivation qui stipule que les actions des êtres humains sont motivées par la satisfaction de certains besoins. Il présente à ce titre une pyramide comprenant cinq niveaux. Lorsqu’un niveau de besoins est satisfait, l’individu cherche à satisfaire le suivant. Le premier niveau concerne l’entretien de la vie et est constitué des besoins biologiques et physiologiques (respirer, se nourrir, s’abriter du froid, se reproduire, dormir, etc.). Le deuxième niveau comprend les besoins de sécurité et de protection de l’intégrité (survie, confort, tranquillité). Le troisième niveau regroupe les besoins d’appartenance (fraternité, solidarité, convivialité, affection, amour). Le quatrième niveau est aussi relié à des caractéristiques sociales et inclut les besoins d’estime (pouvoir, honneur, indépendance). Le dernier niveau est le besoin de réalisation de son potentiel personnel (plénitude psychologique). Cette théorie a été contestée principalement pour sa hiérarchisation, mais il demeure incontestable que la notion de besoin s’applique aux êtres humains et non aux groupes, que le besoin est une notion à la fois physiologique et psychologique et que l’intensité de certains besoins et la réponse qui y est apportée varient d’un individu à l’autre (Landry, 2007). Aujourd’hui, les besoins humains ne sont plus envisagés hiérarchiquement, mais selon un modèle horizontal qui reconnaît chez les êtres humains une tendance innée à l’actualisation et qui motive la recherche chez les autres et dans l’environnement d’éléments permettant de s’accomplir (*Ibid.*). Ce qui a pour effet de mettre sur un même plan les besoins d’ordres social et biologique. Pour répondre à ses différents besoins, l’être humain doit disposer d’une certaine force afin de disposer des ressources présentes chez les autres et dans son environnement. Pour Landry, la question de la disposition et de la recherche de ressources permet de faire un sort au pouvoir comme

substance, car « ce n'est pas le pouvoir que l'on possède, mais plutôt ces attributs et ressources qui, lorsque les autres les perçoivent, les valorisent ou les redoutent nous permettent d'obtenir d'eux les changements qui nous paraissent désirables et, pourrait-on dire abusivement, nous donnent du pouvoir sur eux » (*Ibid.*, p. 318).

Comme le souligne Friedberg, du fait de son caractère social, le pouvoir est intimement lié à l'interdépendance des individus qui doivent collaborer, coopérer et échanger dans le but de réaliser leurs projets personnels ou d'atteindre un but commun. Pour Friedberg (1993), cette interdépendance est essentielle à la société : « Dans la résolution de sa tâche, ou, plus généralement, pour la réalisation de ses désirs quels qu'ils soient, un acteur se trouve placé dans un réseau de dépendances, ou mieux d'interdépendances, qu'il lui faut gérer, c'est-à-dire dans lesquelles il lui faut se ménager des contreparties par et dans ses propres comportements » (*Ibid.*, p. 116). Le pouvoir serait donc un mécanisme toujours à l'œuvre et incontournable, puisqu'il ne pourrait y avoir de rapports sociaux sans échanges et d'échanges sans rapports de force, donc sans pouvoir. Le pouvoir permet de réguler et de médiatiser les « échanges de comportement indispensables au maintien, voire à la réussite, d'un ensemble humain marqué par la coexistence » d'individus, de groupes et d'institutions autonomes ayant des intentions parfois divergentes ou « non spontanément convergentes » (*Ibid.*, p. 115). En d'autres termes, ce sont les autres qui donnent un sens au pouvoir de l'individu (ou du groupe) et qui le rendent pertinent dans une relation sociale donnée.

Norbert Elias (1981) a développé une théorie sociologique de l'interdépendance et il se refuse à penser la société en termes d'antagonismes individu/société. À ses yeux, les individus s'insèrent dans des réseaux plus ou moins complexes de dépendances réciproques : « Ce qu'on a coutume de désigner par deux concepts différents "l'individu" et "la société" ne constitue pas, comme l'emploi actuel de ces deux termes nous le fait souvent croire, deux objets qui existent séparément, ce sont en fait des niveaux différents, mais

inséparables de l'univers humain » (*Ibid.*, p. 156). Par ailleurs, Élias récusé les conceptions traditionnelles du pouvoir qui est, selon lui, une caractéristique de toutes les relations humaines. Les êtres humains sont en situation d'interdépendance perpétuelle, ils ne sont ni totalement libres, ni totalement déterminés par des forces émanant de la société ou d'un individu. Pour Élias, les notions de « force » et de « pouvoir » sont souvent employées à tort comme s'il s'agissait d'un objet que l'on transporte avec soi. On ne peut posséder le pouvoir, ce « n'est pas une amulette que l'un possède et l'autre non » (*Ibid.*, p. 85-86). Cette conception du pouvoir « est une relique qui date de l'ère où dominaient les représentations magico-mythiques » (*Ibid.*).

Pour Élias, les besoins et leur satisfaction sont à l'origine des interactions et supposent l'expression du pouvoir : « Dans sa recherche des satisfactions, l'homme aspire à rencontrer d'autres hommes, et pour ce faire, il dépend en grande partie des autres et non pas seulement de son propre corps. Il s'agit là d'une des interdépendances universelles qui relient les hommes sur le plan social » (*Ibid.*, p. 164). Dans les cas où les forces sont très inégalement réparties (relations parent-enfant, maître-esclave, etc.), « l'interdépendance fonctionnelle » (*Ibid.*, p. 85) fait en sorte que les forces trouvent un équilibre. Les relations de pouvoir sont des modèles relationnels qui se forment au cours des interactions, résultats inévitables du vivre-ensemble et de l'interdépendance. Cette perspective permet de nuancer le désir de domination et de pouvoir généralement attribué à l'homme⁴⁵. Selon Van Dijke et Poppe (2006) les individus cherchent à augmenter leur pouvoir personnel (*personal power*) afin de diminuer leur dépendance vis-à-vis des autres, au lieu de s'efforcer d'accroître leur pouvoir sur autrui (*social power*), et ils vont même jusqu'à réduire ce dernier lorsqu'il est très supérieur à celui des autres.

⁴⁵ Notamment : Adler, 1966 ; Frieze et Boneva, 2001 ; Kipnis, 1974 ; McClelland, 1975, 1987 ; Mulder, 1977 ; Ng, 1977 ; Schmidt et Frieze, 1997 ; Winter, 1973, 1996 cités dans Van Dijke et Poppe, 2006, p. 537.

Quatrième énoncé : « La légitimité des tentatives et des modes d'influence de A et de B aux yeux de l'un et de l'autre est centrale à l'exercice de leur pouvoir, sauf lorsque la base du pouvoir repose principalement sur la possession d'attributs et de ressources punitives » (Landry, 2007, p. 316). Comme nous l'avons vu avec Arendt, la légitimité est déterminante dans l'exercice du pouvoir. On se plie d'autant plus à la volonté de l'autre que celle-ci nous apparaît légitime. Cette légitimité repose sur des représentations et des croyances intériorisées qui veulent que le statut de certains individus les autorise à imposer leur volonté et qu'il faille leur obéir. Weber nous a montré que cette légitimité pouvait aller jusqu'à l'emploi d'une certaine forme de violence.

Cinquième énoncé : « La contrainte ou la coercition dans les rapports de pouvoir se situe sur un continuum allant de la contrainte totale à l'absence totale de contrainte » (*Ibid.*, p. 316). Comme nous venons de le rappeler, la violence peut être légitimée dans certains contextes normatifs et axiologiques. La violence constitue l'extrémité d'un continuum sur lequel se situent les différentes formes de coercition, l'autre extrémité étant l'absence totale de contrainte. Pour maintenir l'ordre, les instances légitimées peuvent avoir recours à la coercition, mais les individus sont d'abord invités à accepter les conduites prescrites par l'incitation et la persuasion.

3.1.9 Les dispositifs du pouvoir

Après avoir discuté du concept et des différentes formes du pouvoir et présenté un survol des principales théories relationnelles il nous reste à aborder la question la plus pertinente à notre projet de recherche, soient les modalités de la mise en exercice du pouvoir. À ce sujet, Patrice Lépine (2013) a repéré quatre visées du pouvoir qui sont généralement présentées comme des actions sur des éléments appartenant aux sphères collective et individuelle, soit la norme et la mise en forme du réel, la volonté et l'identité.

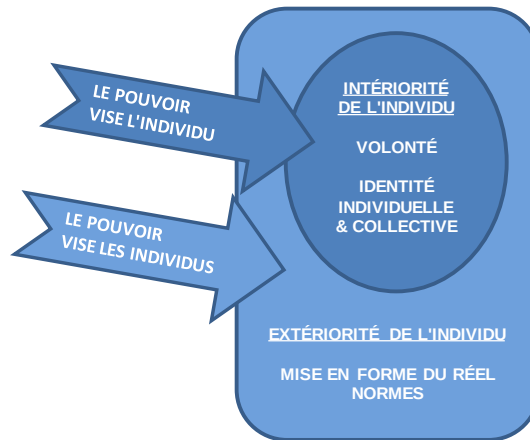


Schéma 4 : Visée individuelle et collective du pouvoir

Le schéma 3 : *Visée individuelle et collective du pouvoir* illustre les points de contact de l'exercice du pouvoir lorsque celui-ci vise la modification ou le contrôle de l'individu ou de la collectivité. Le contrôle ou la modification de l'individu passera par des actions sur sa volonté et son identité. Le contrôle ou la modification de la collectivité passera par des actions normatives et interprétatives. Ces visées individuelles et collectives sont perméables l'une à l'autre. Ainsi, selon le contexte et à des degrés variables, les effets attendus sur le collectif auront inexorablement un effet sur les individus et inversement les effets attendus sur l'individu se répercuteront sur le collectif. Les travaux de Foucault à propos de la subjectivation et de la normalisation sont l'illustration de ce principe. Pour l'auteur la relation de pouvoir se définit comme un mode d'action qui agit non pas sur les individus, mais sur leurs actions.

Foucault a observé l'évolution des tactiques de pouvoir et son analyse a mis en évidence les contextes sociaux dans lesquels se sont développées différentes tactiques de pouvoir. Par exemple dans les sociétés de souveraineté, le monarque absolu exerce son droit de glaive, il a autorité de vie et de mort sur ces sujets. Les tactiques du pouvoir et la violence sont alors prééminentes. On punit, on torture publiquement le délinquant. Au cours de l'histoire, les

tactiques du pouvoir et leurs lieux d'exécution se sont peu à peu raffinés et déplacés. Elles sont plus insidieuses et leurs violences plus discrètes « c'est la condamnation elle-même qui est censée marquer le délinquant du signe négatif et univoque publicité donc des débats, et de la sentence » (Foucault, 1975, p.16). Au XVIII^e siècle « a disparu [...] le corps supplicié, dépecé, amputé, symboliquement marqué au visage ou à l'épaule, exposé vif ou mort, donné en spectacle. A disparu le corps comme cible majeure de la répression pénale » (Foucault, 1975, p.14), en conséquence la source du pouvoir tend à s'estomper, ce qui était visible et explicite est de plus en plus évanescent et difficile à saisir. Imperceptible le pouvoir n'en fonctionne que mieux, jamais il ne contraint sévèrement préservant ainsi l'illusion de la liberté individuelle. Dans les sociétés disciplinaires du XVIII^e et XIX^e siècle, les tactiques de pouvoir, évacuées de l'arène publique, s'insinuent désormais dans les espaces de vie, l'école, l'usine, l'hôpital, la prison et la famille. Lemoine (2013) considère ces espaces comme des lieux de pouvoir, comme une « machine à faire faire, à faire dire, voir à faire être » (*Ibid.*, p. 261). Soit faire faire des actions attendues aux personnes qui fréquentent ces lieux et les transformer selon des objectifs précis. Pour Foucault (2005), ce sont des milieux d'enfermement dans lesquels les individus sont soumis à des dispositifs de pouvoir. Pour l'auteur un dispositif est « un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments » (*Ibid.*, p.299). Ainsi, le dispositif organise les espaces physiques et temporels, régule les manières d'être, les relations humaines et les discours. Pour Lemoine (2013), dans cette nouvelle configuration des sociétés où la source du pouvoir est hors du champ de conscience des individus et les lieux de pouvoir « naturalisé », « nous nous pensons suffisamment lucides et maîtres de nous » (*Ibid.*, p.304) et l'influence des dictats qui circulent dans les milieux de

pouvoir est sous-estimée. Pourtant un regard attentif sur les rapports des individus avec le dispositif permet de dévoiler l'organisation du pouvoir et de constater que le dispositif devient condamnable lorsque l'individu n'est plus respecté. Par exemple, les restrictions budgétaires mises en place dans les structures de santé et des services sociaux ne privilégient que la quantité et l'efficacité au détriment de la relation. Lorsque les impératifs sont économiques avant d'être moraux inévitablement cela crée un terrain propice aux abus de pouvoir et selon les termes de Lemieux aux « micros violences ». L'individu cède à cette violence, car elle est naturalisée, elle est normale et dans l'ordre des choses. Nous l'avons vu les travailleurs sociaux suite aux réformes des services sociaux et de santé pris dans des injonctions de performance doivent se conformer. Sous le regard de l'ordre professionnel et de leur employeur, les travailleurs sociaux se sentent ligotés et bâillonnés, ils adoptent les manières imposées qui n'ont d'autres objectifs que la rentabilité des services et la réduction des dépenses. Victime de ces microviolences ils les feront subir à leurs clients qui eux aussi devront se conformer :

Force est de constater que les exigences de productivité fondées sur des mécanismes de contrôle comptable des actes professionnels des travailleurs sociaux contraignent ces derniers, non seulement à se faire complices de l'effritement des services relationnels offerts aux usagers, mais aussi à modifier le type de services de façon à ce que l'usager puisse se conformer aux prescriptions comportementales attendues des intervenants, dont celle de ne pas s'attendre à recevoir des services publics, ou du moins à ne pas en avoir la certitude (Parazelli et Ruelland, 2017, p.141).

Mais il ne faut pas chercher l'ordonnateur de ces pouvoirs, car, le rappelle Foucault (1975), le pouvoir est diffus. De plus, les sujets insérés dans les dispositifs disciplinaires sont patiemment et finement régulés. « Il ne s'agit pas de traiter le corps, par masse, en gros, comme s'il était une unité indissociable, mais de le travailler dans le détail d'exercer sur lui une coercition ténue, d'assurer des prises au niveau même de la mécanique mouvement, gestes, attitudes, rapidité pouvoir infinitésimal sur le corps actif. L'objet, ensuite, du contrôle non pas ou non plus les éléments signifiants de la conduite ou le langage du corps, mais

l'économie, l'efficacité des mouvements, leur organisation interne » (*Ibid.*, p.161). C'est la subtilité et la récurrence du dispositif qui permet l'assujettissement : « ce sont mille points avec lesquels on aura été en contact mille fois, qui vont de manière souvent lente et imperceptible, conduire les conduites et même dire les sujets » (Lemoine, 2013, p.27-28).

Une manière subtile d'agir sur l'individu est de disposer autour de lui des discours, des représentations et des objets minutieusement choisis pour leur efficacité motivatrice et transformatrice, celui-ci les adoptera convaincu de faire un choix. La diffusion d'un discours adroitement choisi pour ses effets sur les conduites nous apparaît être le procédé le plus efficace du dispositif. Comme le précise Lemoine (2013) c'est « en contenant certaines vérités et en en diffusant d'autres [qu'] il est possible de provoquer régulièrement des conduites particulières » (*Ibid.*, p.303). C'est aussi à travers les discours qu'est présentée une vision spécifique du monde qui permettra la formation et la transmission d'une représentation distinctive du monde et de soi-même. Dominés par cette vision du monde et cherchant à s'y conformer les individus iront quérir l'aide des coachs et autres thérapeutes qui les aideront à trouver à l'intérieur d'eux-mêmes « la volonté de se dépasser, pour agir de concert avec ce que l'on attend [d'eux] ; le dispositif prétendant favoriser [leurs] épanouissement. Il s'agit bien, encore, de produire de la subjectivité, comme simple pendant d'un être précis requis » (Lemoine, 2013, p.309-310). À cet effet la théorie des représentations sociales se révèle particulièrement intéressantes étant donné le rôle joué par les représentations sur les conduites et la dynamique de pouvoir au sein de l'intervention.

3.1.10 Conclusion

Au cours de ce chapitre, nous avons vu qu'il est difficile de trouver une définition du pouvoir qui arrive à rendre compte du sens de la notion et de sa compréhension intuitive. Celui-ci est souvent assimilé à une forme de capital que l'on détient ou possède et il est généralement

perçu négativement. Cette perception négative est en partie due à la recherche qui s'intéresse essentiellement aux abus et aux déséquilibres du pouvoir dans la relation thérapeutique. L'incidence de cette perception se répercute sur les pratiques d'intervention et les intervenants. Par exemple, ces derniers vont se méfier du pouvoir ou encore nier sa présence au sein de la rencontre thérapeutique et aussi prôner la mise en place d'approches qui n'accorde pas beaucoup d'importance au savoir expérientiel des patients/client. Nous avons vu que le pouvoir recèle des dimensions macro et micro sociologiques et que ces dernières sont interreliées. Par exemple, patients/client et intervenants sont soumis aux pressions budgétaires ou aux lourdeurs de l'appareil bureaucratique.

Nous nous sommes attardé aux théories relationnelles du pouvoir qui décrivent plus une propriété des acteurs que de la relation. Pour Michel Foucault le pouvoir est au cœur des échanges sociaux; il est immanent à l'interaction; pour Blau il est au cœur de la négociation entre les individus pour l'attribution et la répartition des ressources; Parson le décrit comme une caractéristique du système social qu'il compare à l'argent qui permet la satisfaction de nos besoins ; Weber considère le pouvoir comme l'imposition d'une force légitime appliquée contre les résistances ; Russel le décrit comme une propriété de l'individu, soit la capacité de réaliser ses désirs ; pour Lewin et Dahl c'est un champ de force qui permet d'atteindre ses objectifs. Pratto quant à elle distingue capacité d'agir et capacité d'atteindre ses buts comme des possibilités d'action qui sont inéquitablement réparties dans la société. C'est probablement l'acception qui est la plus proche de notre objet de recherche.

3.2 CONCEPT ET THÉORIE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Tantôt concept (Jodelet, 1989a) tantôt théorie (Flament et Rouquette, 2003a ; Negura, 2006) ou approche (Bangerter, 2008), la représentation sociale désigne d'abord un processus cognitif, une opération mentale qui s'insère dans un contexte sociohistorique conférant à la représentation un caractère cognitif et social. Cette perspective à la fois psychologique et sociologique donne prise à plusieurs interprétations et usages qui ne sont pas nécessairement compatibles les uns avec les autres. S'ajoute à cette complexité le fait que le concept relève de la psychologie sociale et que cette discipline a subi au fil du temps l'influence de courants culturels, philosophiques et méthodologiques diversifiés⁴⁶.

Nous commencerons donc notre entreprise de clarification avec l'exploration du processus cognitif qui sous-tend la représentation, en présentant la perspective cognitiviste.

3.2.1 Le concept de représentation sociale

Les cognitivistes s'entendent pour définir la représentation « comme la plus petite entité cognitive dotée d'une signification et se rapportant à un "objet du monde" » (Gallina, 2011, p. 21). Ces entités, fruit du traitement des informations provenant de l'environnement, sont conservées puis classées selon certains critères, afin d'être accessibles et réutilisables rapidement (Abric, 2003). Ainsi se forment chez l'individu des ensembles de pensées, d'affects, de savoirs, de visions, de définitions et de symboles qui sont véhiculés et utilisés au gré des interactions au sein du groupe (Meyer, 2007). Pour leur part, Giami, Humbert et

⁴⁶Selon Jean Pierre Pétard (2007), la psychologie sociale américaine a été très influente en Europe sauf en France, probablement en raison de la langue de diffusion. Serge Moscovici s'est appuyé sur les sciences sociales françaises pour développer le concept de représentation sociale. L'ensemble théorique français a connu du succès en Europe et moins en Amérique. La complexité méthodologique mise en place par certains chercheurs européens à l'étude des représentations sociales est probablement à l'origine du peu d'engouement en Amérique. La psychologie sociale américaine s'appuyant principalement sur des méthodes expérimentales pour développer ses connaissances.

Laval (1983) définissent le concept de représentation comme « l'activité psychologique qui consiste à construire un objet en y associant des éléments de perception extérieure et des éléments liés à la fantasmatisation individuelle, en relation avec la position occupée par rapport à l'objet » (*Ibid.*, p. 52). De son côté, Jodelet (1989b) insiste sur la nécessité de l'objet :

Représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet. Celui-ci peut être aussi une personne, une chose, un évènement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc. ; il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis (*Ibid.*, p. 54).

Abric (1994) précise que l'objet est toujours représenté dans un contexte :

Cet objet est inscrit dans un contexte actif, ce contexte étant plus ou moins partiellement conçu par la personne ou le groupe, en tant que prolongement de son comportement, de ses attitudes et des normes auxquelles il se réfère (Abric, 1994, p. 12).

Le contexte social et les valeurs individuelles interférant à toutes les étapes du processus d'élaboration des représentations ces dernières sont toujours susceptibles de se transformer (Abric, 2003). Par ailleurs, on qualifie la représentation de sociale parce que « son élaboration repose sur des processus d'échange et d'interaction [au sein du groupe] qui aboutissent à la construction d'un savoir commun » (Moliner, 2001, p.8). Certains critères sont requis pour qu'un objet social soit représenté socialement : d'abord, cet objet doit apparaître sous plusieurs formes ; ensuite, la notion qui lui est liée doit représenter un enjeu identitaire pour les groupes sociaux concernés ; et finalement, cet objet doit être de portée générale (par exemple, la maladie mentale ou le travail). Autre condition, la représentation sociale ne peut s'élaborer qu'au sein d'un groupe qui n'est pas soumis à une idéologie régulant la production et le contrôle des informations et des connaissances à propos de cet objet social (Moliner, 1996). Moscovici a ainsi montré que l'image de la psychanalyse était intégrée différemment chez les catholiques et les communistes.

Les représentations sociales sont à la fois produit et processus. Produit, car ce sont les images, les « traces représentationnelles » que l'individu construit à partir de son environnement (Abric, 1994). Processus, car c'est l'élaboration d'un système d'interprétation, d'un guide d'action qui permet les interactions, les échanges et la communication avec l'entourage social (Jodelet, 1989).

3.2.2 La théorie des représentations sociales

Les travaux de Serge Moscovici sur la psychanalyse ont donné naissance au premier courant théorique sur le phénomène représentationnel dans la société contemporaine. Cherchant à comprendre comment « la psychanalyse [était entrée] dans la vie, les pensées, les conduites, les mœurs et le monde des conversations d'un grand nombre d'individus » (Moscovici, 1961/2014, p. 20), l'auteur a explicité les modes d'organisation et de transformation d'un objet social (la psychanalyse) par la pensée collective, dans une société où prolifèrent les informations à caractère scientifique et technique. Moscovici remarque alors que les scientifiques ne contrôlent pas la diffusion de l'information, celle-ci est dispersée puis récupérée par des individus et des groupes qui l'adaptent et la transforment pour la rendre plus « manipulable » dans leurs échanges. Ces informations « transmutées » donnent leur structure aux représentations sociales qui sont à la base des modifications des modes de pensée et d'action.

Pour élaborer sa théorie, Moscovici a exploré les travaux de plusieurs chercheurs. Ainsi il reprend le concept de représentation collective élaboré par Durkheim et s'inspirant des travaux d'Halbwachs sur l'impact du langage et des trames narratives dans l'organisation et la construction du monde social, il remet en question l'aspect déterministe des représentations collectives (Moscovici, 1997) et stipule que les représentations sociales sont construites par les individus à travers les interactions langagières (Moscovici, 1984). Les

travaux de Freud sur les théories sexuelles des enfants — expliquant comment ils construisent des représentations pour appréhender des phénomènes à la fois captivants et inquiétants (Freud, 1901-1905) — ont amené Moscovici à décrire les mécanismes d'intériorisation qui font passer les représentations du niveau conscient au niveau inconscient. Pour expliquer la nature spécifique et l'élaboration du savoir scientifique et du savoir de sens commun — pièce maîtresse de la théorie des représentations sociales —, Moscovici s'est appuyé sur les travaux de Lévy-Bruhl sur le savoir dans les sociétés primitives. Lévy-Bruhl (1927, 1963) avait constaté que les sociétés tournées vers le surnaturel attribuaient aux phénomènes sociaux une nature mystique, interprétation de l'univers qui est incompatible avec la rigueur et la rationalité scientifiques. S'éloignant de l'ethnocentrisme de son époque, Lévy-Bruhl conclut que les différences de mode de vie entre sociétés civilisées et primitives ne résultent pas d'une infériorité des secondes, ni de limitations psychologiques, mais simplement de la nature des représentations qui circulent en leur sein. De la même manière, Moscovici (1984) considère le savoir scientifique et le sens commun comme deux modes de connaissance distincts régis par des règles de fonctionnement différentes. Sur la base de ces réflexions, Moscovici a formulé l'hypothèse de la polyphasie cognitive, selon laquelle il existe plusieurs formes de rationalité, de mentalité ou de savoir, qui stipule qu'aucun groupe social n'a l'usage exclusif d'une de ces formes. Les connaissances et savoirs utilisés par les sujets dans leurs interactions sont polymorphes. Pour Moscovici (2013), il est hasardeux d'attribuer la responsabilité de nos faits et gestes à une seule forme de pensée, car en la matière, la diversité est la règle. Ainsi, la connaissance serait polyphasique comme le langage est polysémique. « À la différence de la pensée scientifique qui cherche à accéder à la connaissance scientifique, la pensée du sens commun conduit à des représentations sociales de phénomènes naturels et sociaux. La science cherche la vérité grâce au pouvoir de la rationalité individuelle. Les représentations

sociales recherchent la vérité à travers la confiance qu'inspirent les croyances, le sens commun, et grâce au pouvoir d'une rationalité dialogique » (Marková, 2007, p. 5).

3.2.3 Genèse des représentations sociales

Les représentations sociales s'élaborent essentiellement au sein du groupe d'appartenance. Elles s'inscrivent dès lors dans un contexte mouvant, la société étant en perpétuel changement, et elles ont du même coup une histoire : elles naissent, ont une vie durant laquelle elles se stabilisent, se transforment, et finalement disparaissent (Rateau, 2007). Plusieurs générations de représentations sociales peuvent ainsi se succéder. À travers les époques, des images se relaient et sont influencées par les pratiques culturelles, avec cependant un dénominateur commun qui se révèle parfois selon le contenu affectif et cognitif des représentations. Par exemple, l'évolution de la nature du travail consécutive à l'industrialisation et à l'informatisation fait en sorte qu'il est aujourd'hui représenté plutôt comme une activité plaisante génératrice de liens sociaux que comme une tâche contraignante à caractère économique (Negura, 2006b).

Moscovici (1961/2014) a divisé l'enchaînement des phénomènes qui participent à la formation des représentations sociales en deux grandes phases : l'objectivation et l'ancrage. Ces deux processus rendent compte de la façon dont les individus transforment une connaissance scientifique en représentation et de la manière dont cette représentation aide à redéfinir les aspects de la réalité.

3.3.3.1 Objectivation

L'objectivation permet de synthétiser l'information sur un phénomène, une substance ou une loi qui fait irruption dans l'environnement social. Ces objets sociaux sont transformés en images explicatives concrètes et compréhensibles, utilisables dans la communication au sein

du groupe (Moscovici, 1961/2014). Le processus d'objectivation comporterait trois étapes : la construction sélective, la schématisation structurante et la naturalisation. Lors de la première, les éléments de l'objet apparus dans l'espace social sont sortis de leur contexte initial et sélectionnés en fonction de critères culturels (accès des individus aux sources d'information selon leur statut social) (Abric, 1994) et normatifs (les éléments retenus sont en concordance avec le système de valeurs du groupe). Par la suite, durant l'étape de la schématisation structurante, les éléments sélectionnés forment un noyau, une image cohérente, un schéma reproduisant l'objet de manière concrète et cohérente avec la culture et les normes sociales du groupe. Enfin, en vertu de sa cohérence culturelle et normative, la nouvelle représentation est intégrée par le groupe au point de se substituer à la réalité de l'objet et de jouir d'« un statut d'évidence » (Rateau, 2007, p. 171). C'est l'étape de la naturalisation.

3.3.3.2 Ancrage

La nouvelle représentation est intégrée au système de référence des individus en prenant appui sur des éléments représentationnels déjà en place. L'objectivation ayant rendu l'objet « manipulable » par l'esprit, l'ancrage permet de l'inscrire dans l'expérience du groupe à propos de cet objet. Ainsi les gens se sont-ils appropriés les concepts de la psychanalyse en convoquant des notions comme la conversation et la confession : ils les ont « accrochées » à quelque chose de familier, pour créer du sens et pouvoir en parler (Doise et Palmonari, 1986, p. 22). Ce processus d'ancrage permet d'intégrer la représentation et son objet à un « univers d'idées, de normes, de modèles de pensée déjà présents » (Rateau, 2007, p. 172). Au terme du processus d'objectivation et d'ancrage, la représentation se « présente comme un ensemble de croyances, d'opinions et d'attitudes spécifiques à un groupe donné, à propos d'un objet donné » (Rateau, 2007, p. 172). Pour finir, « la société [a converti] l'objet social en un instrument dont elle peut disposer » (Moscovici, 1961/2014, p. 171).

Tels sont les processus à l'œuvre dans la genèse des représentations sociales pour comprendre, assimiler, maîtriser et enfin utiliser un objet qui fait irruption dans l'espace social. Précisons que l'élaboration de représentations sociales peut aussi être le fait d'individus entrant en contact avec des objets déjà présents dans un espace social donné, par exemple un immigrant découvrant une culture ou un apprenti initié à un nouveau métier. Les processus d'objectivation et d'ancrage se déroulent alors de la même manière.

3.2.4 Fonction des représentations sociales

Selon Jean-Claude Abric (1994), les représentations sociales ont pour fonction 1) d'interpréter notre réalité; 2) d'orienter nos pratiques et nos conduites; 3) de nous identifier au sein du groupe et entre les groupes et 4) de permettre la cohésion sociale. Voici brièvement la description de chacune de ces fonctions.

3.2.4.1 Fonction d'interprétation de la réalité

Le processus cognitif de représentation permet d'assimiler et d'acquérir un nouveau savoir et c'est en considérant ce nouveau savoir que nous interprétons le monde et expliquons notre réalité (*Ibid.*). Dans ce processus de construction le contexte social et les valeurs individuelles interfèrent à tous moments, c'est pourquoi les représentations sociales ne sont jamais figées et toujours en évolution.

3.2.4.2 Fonction d'orientation des pratiques et des conduites

Élaborées à partir du contexte social et partagées par les membres du groupe, les représentations sociales permettent de prendre position au sein du groupe et d'entrer en relation avec les autres, d'interagir dans un contexte particulier (Tremblay, 2005). Elles permettent en outre de justifier nos comportements et notre prise de position (Abric, 1994).

Le processus d'élaboration des représentations est inconscient, l'« idée » à propos d'un objet social s'impose à l'esprit et une fois installées elles vont orienter nos attitudes et nos comportements.

3.2.4.3 Fonction identitaire

Le terme de fonction identitaire n'est probablement pas très approprié étant donné que représentations sociales et identité sont entremêlées et ne peuvent être considérées isolément (Cohen-Scali et Moliner, 2008). Le sentiment de soi et de notre position dans l'espace social résulte en partie des informations et du savoir à propos du monde qui nous entoure, ce qui suppose l'importance du rôle des représentations sociales sur le processus identitaire et sur notre manière d'être face à soi et face aux autres (Tremblay, 2005, p.46). Comme nous l'avons souligné au 1^{er} chapitre à la section *La question identitaire*, les individus, en partageant les représentations sociales circulant au sein du groupe, adoptent en quelque sorte une identité en harmonie avec les normes et les valeurs véhiculées au sein du groupe (Abric, 1994).

3.2.4.4 Fonction de cohésion sociale

Les valeurs, les objectifs et les buts, permettent la liaison entre les individus du groupe. Par exemple, les idéologies politiques ou religieuses, les mythes et légendes folkloriques et les croyances partagées au sein d'une collectivité marquent l'identité du groupe dans l'espace social. Par exemple, les psychiatres et la maladie mentale, les psychologues et la psychothérapie, les travailleurs sociaux et la marginalité (Chauffaut et David, 2003). En partageant un savoir de sens commun, « les représentations fournissent un code commun à la communication [qui permet de distinguer] les groupes sociaux les uns des autres » (Moscovici, 1992), assurant ainsi la cohésion du groupe.

3.2.5 Contextes d'acquisition et de transformation des représentations sociales

En considérant la place du sujet dans son environnement, Jodelet (2013) a identifié les lieux et contextes de production et d'échange des représentations sociales qu'elles présentent en fonction des sphères subjective, intersubjective et transsubjective. C'est à l'intérieur de la sphère subjective que se déroulent les processus cognitifs d'élaboration ou de transformation des représentations sociales mis en branle par l'individu lors de ses interactions avec l'environnement. Ces processus sont eux-mêmes soumis, d'une part à des facteurs intrinsèques tels les intérêts, les désirs ou les émotions du sujet, et d'autre part à des facteurs extrinsèques : les caractéristiques particulières du milieu et des interlocuteurs, et la position de l'individu au sein de cet espace social (Doise, 1990), qui constituent la sphère intersubjective, le lieu des interactions et de la communication verbale. La sphère transsubjective correspond à la culture, aux normes et valeurs en vigueur dans l'espace public et social, lieu de circulation et d'élaboration des représentations sociales : les institutions économiques, politiques, sociales, médicales, etc., relayées par les médias de masse, qui transmettent les modèles de comportement et les images servant à colorer nos identités individuelles. Le développement du Web et des réseaux sociaux a créé un nouvel espace d'interaction sociale qui influence la manière dont les individus se perçoivent eux-mêmes et se représentent leur réalité (De Rosa *et al.*, 2016). Des publications comme le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 2013) et l'abondante littérature concernant le développement personnel et la responsabilisation individuelle (Marquis, 2014), ou encore la prolifération d'informations nutritionnelles souvent contradictoires (Carpenter *et al.*, 2015), auxquelles s'ajoutent les images stéréotypées du corps véhiculées par le cinéma et circulant sur le Web (Savard *et al.*, 2008), ont un impact majeur sur l'interprétation des problématiques de santé mentale par la population et les professionnels (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.). La sphère

transsubjective est la structure symbolique et idéologique qui domine et dirige à la fois les individus et les contextes d'interaction, en même temps que la construction des systèmes discursifs et intersubjectifs assurant le lien social et l'identité collective (Doise, 1990).

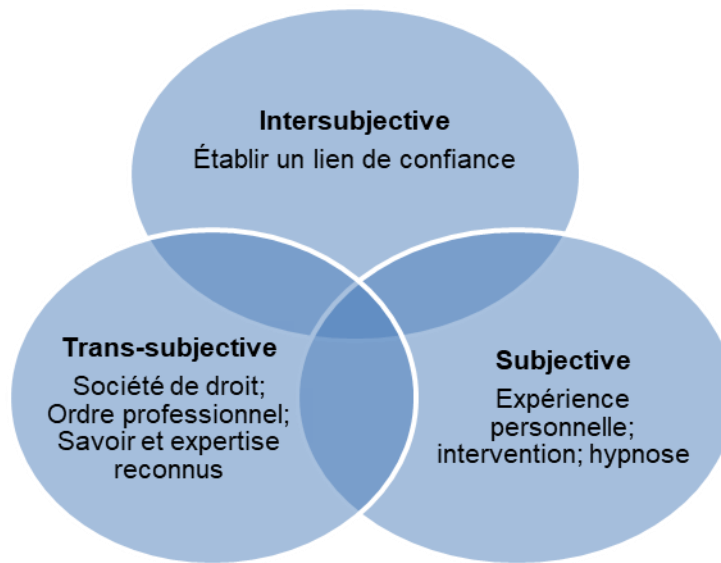


Schéma 5 : Sphères de production et d'échange des représentations sociales (Jodelet, 2013)

Les théories fonctionnalistes (Parsons, 1937; Merton, 1950) ont souligné le déterminisme que la structure sociale est susceptible d'imposer à l'individu étant donné son influence et le conditionnement qu'elle opère sur l'existence humaine. Par exemple, Bourdieu et Passeron (1970) ont proposé le concept d'habitus culturel pour illustrer le rôle de l'institution scolaire dans la reproduction de la structure de classe. Les thèses fonctionnalistes et leurs perspectives déterministes ont par la suite été nuancées. L'interactionnisme symbolique (Blumer, 1969) a permis d'inverser le déterminisme. Ainsi, le sens conféré à ce qui nous entoure détermine nos actions et s'élabore dans l'interaction. C'est le processus d'interprétation mis en branle par chacun qui modifie ce sens. Il s'agit en d'autres termes d'une co-construction. Selon cette perspective, l'individu conserve sa liberté et ses capacités

d'initiative, il est en mesure de formuler des arguments et aussi d'entendre et de comprendre les arguments des autres. Il peut aussi refuser l'identité qu'on lui impose (Schnapper, 1989 ; Paugam, 1991 ; Messu, 1991). L'individu n'est plus le fruit de la structure sociale, mais l'élément fondamental à l'origine de la société et de ses institutions.

3.2.6 Pratiques sociales et représentations sociales

Celso Pereira de Sá (1994) a envisagé la contribution des *pratiques sociales* sur l'acquisition et la transformation des représentations sociales. En sciences sociales, la notion de « pratique sociale », ou simplement de « pratique » est d'usage courant. Elle a suscité un intérêt tout particulier au cours des dernières décennies, probablement en raison du déplacement de l'attention des chercheurs des processus globaux vers les aspects plus microsociologiques des comportements humains (*Ibid.*). Pour De Sá, le concept de pratique recouvre l'ensemble des actions concrètes qui s'exercent sur la réalité. Toute pratique est liée à une réalité qui se révèle à l'individu sous deux facettes : d'une part, la réalité extérieure, le contexte social, historique et temporel dans lequel le sujet agit et évolue ; d'autre part, la réalité intérieure, soit la manière dont le sujet saisit son environnement à l'aide de ses outils perceptifs et cognitifs pour construire sa réalité. Les pratiques sociales, engagées dans plusieurs sphères de la vie humaine, sont considérées comme génératrices de représentations sociales. Il s'agit en fait de moments clés associés à des lieux spécifiques tels : les premiers lieux de socialisation, de formations et d'apprentissage et les milieux d'intervention.

3.2.6.1 Les lieux de socialisation

Avant même sa naissance et son insertion dans les espaces de socialisation préexistants, l'enfant est précédé par une réalité actualisée dans les pensées de ses parents. Cette

construction représentationnelle de l'enfant comme objet social lui confère une place dans l'espace social et régule les conduites et attitudes de ses parents à son endroit (Duveen, 1999). C'est dans ce contexte que l'enfant bâtit son système représentationnel, suivant un processus partiellement « insidieux », c'est-à-dire que l'information à propos de certains objets sociaux est absorbée de manière inconsciente. Les apprentissages informels et implicites sont en effet assimilés sous l'influence d'agents de socialisation qui sont la courroie de transmission des messages et des enseignements de la société (Percheron, 1974). Certaines activités d'acquisition de savoir s'effectuent de manière ludique. Mead et Morris (1962) ont par exemple montré comment, à travers des jeux de rôle, l'enfant donne du sens aux gestes et attitudes de ses proches et construit progressivement un personnage pertinent pour ses pairs. À travers ces jeux d'imitation, l'enfant organise un répertoire intérieur de réactions et d'interactions attendues, « un système de référence et d'évaluation du réel » (Dubar, 2002, p. 32) qui, à son insu, guide sa conduite et lui permet non seulement de répondre aux attitudes des autres, mais aussi de les influencer.

Pour l'individu, la socialisation n'est pas que transmission de règles et de normes : déterminant l'unité du Soi, les expériences et les interactions vécues dans ces premiers espaces de socialisation impriment dans l'inconscient des enfants des représentations liées à leur futur rôle social. Par exemple, des travailleurs sociaux interrogés sur les motifs qui les ont incités à ce choix de carrière ont mentionné leurs expériences familiales et la rencontre avec une personne significative comme des déterminants de leur image de la profession et de leur orientation professionnelle (Lavoie, 2014).

3.2.6.2 Les lieux de formation et d'apprentissage

L'école occupe une place centrale dans les sociétés modernes en offrant des espaces propices à la genèse des représentations sociales. Lautier (2001) rappelle que « cette forme

inédite de relation sociale [...] entre un maître et un écolier dans un lieu [...] et dans un temps tout aussi spécifique » (*Ibid.*, p. 82) est récente dans l'histoire occidentale. Les savoirs et compétences transmis ont fait l'objet d'un consensus et reçu l'aval de la société qui les estime en mesure de permettre à l'individu de participer pleinement à la vie politique (*Ibid.*). Dans cet espace formalisé, l'acquisition des savoirs comporte une obligation de résultat et différents outils sont utilisés pour s'assurer que la transmission est effective.

Les professionnels de l'intervention psychosociale acquièrent les connaissances et le savoir pratique nécessaires à l'exercice de leur profession lors de cette phase d'apprentissage. C'est pourquoi Bataille (2000) fait une distinction entre représentations sociales et professionnelles : les premières sont celles que les acteurs sociaux se font de la profession suite à l'interprétation de leurs perceptions concernant celle-ci ; les individus bâtissent les secondes durant leur formation et au gré de leurs expériences professionnelles. Bataille considère ces dernières comme une catégorie de représentations. Elles ne relèvent ni du savoir scientifique ni du savoir de sens commun. C'est seulement à travers les actions professionnelles, formatives et pratiques, et en interaction avec d'autres professionnels qu'elles peuvent être élaborées. La question du sens donné à leurs pratiques par les professionnels est donc cruciale (Bataille *et al.*, 1997).

Le futur professionnel arrive avec des représentations du métier qui sont renforcées ou modifiées au fil de ses apprentissages et de ses expériences (interactions avec les patients/bénéficiaires/clients) pour finalement constituer un savoir spécifique. Il se forge ainsi un système d'interprétation qu'il utilisera pour appréhender et affronter sa future réalité professionnelle (Bataille, 2000). Le professionnel détient un savoir et une compétence technique que son diplôme atteste et qui lui confère une identité de métier. L'activité spécifique qu'il exerce dans un champ particulier est à la fois reconnue par ses pairs et par

l'ensemble de la société, et elle ne peut être considérée ni comme un emploi ni comme un travail (Bataille *et al.*, 1997).

Comme nous l'avons signalé, les représentations sociales prennent forme chez les intervenants à travers leurs expériences de socialisation et d'éducation, durant leur formation professionnelle et au contact de l'information en provenance de sources diverses tels les médias et l'entourage professionnel et personnel. Ce qui fait qu'à l'intérieur d'un même groupe professionnel, il existe des disparités d'interprétation des problématiques sociales et de celles vécues par les personnes à la recherche d'aide. Ce constat a été fait chez les travailleurs sociaux tenants des approches psychodynamiques et chez leurs collègues utilisant des approches basées sur les données probantes (Rosen et Livne, 1992).

Par ailleurs, l'insertion contextuelle et sociale du professionnel a aussi un impact sur ses représentations sociales. Denise Jodelet (2014) a décrit en détail ces éléments contextuels. Ainsi, elle prend en considération : l'appartenance à un groupe social, et plus particulièrement professionnel, et son incidence à la fois sur l'identité de l'intervenant et sur la nature des rapports que celui-ci entretient avec les autres ; sa condition sociale et ses contraintes matérielles, l'environnement normatif et les contraintes matérielles imposées par les milieux institutionnels ; l'idéologie et les théories à propos de la santé et de la maladie en circulation dans l'espace social ; « la culture à laquelle il [appartient] et qui fournit des outils et des ressources pour interpréter les situations [problématiques] ; les « communications sociales par lesquelles se transmettent les codes et les cadres permettant de construire leur réalité quotidienne, les images et les valeurs dont ils investissent les objets de leur monde de vie » (*Ibid.*, p. 69).

3.2.6.3 Les pratiques d'intervention

Pratiques d'intervention et représentations sociales sont indissociables et se déterminent réciproquement, de sorte que toute intervention suppose que les acteurs en présence (praticien et sujet) activent leurs systèmes représentationnels (Negura et Lavoie, 2016). Ce qui fait dire ceci à Renaud et Thoer (2007) :

L'analyse des représentations sociales s'avère un prérequis à toute intervention, à toute pratique de proximité favorisant un rapprochement à l'autre et nécessaire pour le cerner davantage. Elle est une condition pour développer des interventions congruentes avec la conception de la santé des acteurs. (*Ibid.*, p. 352)

Claudine Herzlich (1969) a démontré que les représentations sociales orientaient les pratiques d'intervention et qu'une pratique pouvait être influencée par plus d'une représentation. Par exemple, Denise Jodelet (1989a) a démontré le lien entre comportements et représentations sociales après avoir étudié les attitudes et les comportements des habitants d'Ainay-le-Château⁴⁷ envers les personnes vivant une maladie mentale. Une corrélation a aussi été établie entre représentations sociales, interprétation des problématiques en santé physique et mentale, et comportements.

Ainsi, « les représentations sont ancrées dans des pratiques » (Rouquette, 2000, p.138), et pratiques et représentations sont indissolublement liées. Cette influence peut être comprise comme une condition, lorsque les représentations sont prises en compte dans l'analyse de la situation et jouent un rôle dans la mise en place de l'action, ou encore comme une détermination, lorsque les pratiques participent à l'acquisition des connaissances et au façonnement des représentations (*Ibid.*).

⁴⁷ Ainay-le-Château, « une commune rendue étrange par ses hôtes singuliers, par le mélange de gens normaux et anormaux, de civils et de bredins, pour reprendre une expression frappante de ce terroir. Elle vit déterminée par les miroirs flottants de la folie, à l'instar des deux ou trois autres communes de par le monde où des malades mentaux sont placés hors d'asile, dans des familles » (Moscovici, préface, dans Jodelet, 1989, p. 10).

Par ailleurs, Boutanquoi (2008) attire l'attention sur le fait que

« si les pratiques sont liées à des représentations, elles s'inscrivent nécessairement dans des cadres institutionnels, organisationnels, collectifs, dans des contextes qui ne sont pas sans peser sur leur orientation ; elles sont mises en œuvre par des sujets qui ne peuvent être réduits aux représentations qu'ils partagent avec d'autres » (*Ibid.*, p. 127).

Ainsi, dans leurs pratiques d'intervention, les professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) et leurs sujets (patients/bénéficiaires/clients) mettent en jeu non pas une seule représentation, mais un système cognitif complexe qui constitue leur « environnement symbolique et social » (Abric, 2003, p.98).

Selon Jodelet (2013), la corrélation entre représentations sociales et pratique d'intervention peut prendre plusieurs formes. L'une d'elles s'actualise lorsque l'exploration des représentations sociales modifie les modes de pensée. L'identification des représentations sociales se transforme alors en intervention en raison de l'étroite interaction entre le chercheur et son interlocuteur. Une autre forme de corrélation survient lorsque le but n'est pas d'apporter ou de provoquer un changement. L'intervention s'effectue par la découverte des pensées de l'autre et permet la prise de conscience, sans poursuite d'un but délibéré. Ainsi procède par exemple le psychologue qui, par ses questions, aide son patient à verbaliser ses pensées, contribuant à la prise de conscience d'aspects de sa problématique qui lui demeuraient jusque-là cachés. D'autres pratiques d'intervention visent expressément la modification des représentations sociales d'un individu ou d'un groupe.

Lors des pratiques d'intervention se produit une rencontre d'individus (isolés ou en groupe) qui, dans un contexte culturel lié au moment et au lieu de cette rencontre, apportent un bagage distinctif de représentations, de croyances, d'opinions et d'idéologies qui influence le type et la qualité de la relation. En milieu hospitalier, par exemple, les actions des

intervenants œuvrant auprès de personnes âgées sont influencées par leur manière d'interpréter la vieillesse : l'attitude d'un intervenant sera plus positive et réceptive s'il considère la vieillesse non comme une maladie, mais comme une étape inéluctable et enrichissante de la vie (Balahoczky, 2003).

Pour Florence Giust-Desprairies (2004) les pratiques d'intervention offrent un espace de changement qui

engage avant tout un processus de remaniement des représentations, des positions et des conduites à partir d'une élaboration sur leur sens. Ce qui change c'est le regard porté par les acteurs sociaux sur les situations, sur eux-mêmes et sur les autres, qui se trouve déplacé par le travail d'élucidation [...]. Dans ce sens, il serait plus juste d'utiliser le terme de mobilité, mobilité des représentations, de la pensée et donc de la pratique (*Ibid*, p.80).

Certaines pratiques d'intervention, s'adressant plus à des populations qu'à des individus, ont stimulé l'élaboration de théories à propos du changement social (Kotler et Lee, 2008). Selon Apostolidis (2012), « ces théories considèrent les comportements de santé comme des comportements sociaux, conçus schématiquement comme étant fonction des attitudes et des croyances des individus et des groupes par rapport à des objets ou des situations » (*Ibid.*, p. 69). Les techniques du marketing commercial ont alors été transposées afin d'inciter la population à transformer ses attitudes et croyances pour adopter les comportements souhaités (Flament, 2003). Cette approche, appelée marketing social, a pour objectif la modification des comportements sociaux, mais vise en outre à mettre au jour les réticences qui empêchent le changement (Kollmuss et Agyeman, 2002).

3.2.6.4 Les représentations sociales engendrent des pratiques

Flament (2003) spécifie que les représentations sociales ont sur les pratiques un effet prescriptif, mais que celui-ci est modulé par les caractéristiques de la situation au moment de la mise en place de l'action ou du comportement. Il est possible de considérer les pratiques

d'intervention comme un moyen pour réorganiser les représentations et les croyances d'un individu et, ultimement, modifier un comportement jugé inadéquat dans un contexte socioculturel précis (Otéro, 2003). Par exemple, les tenants des approches cognitivocomportementales vont tenter de modifier le comportement inadéquat en remettant en question les croyances et les représentations et les valeurs de l'individu.

Rouquette (2000) soutient aussi que nous agissons comme acteurs sociaux selon nos idées, nos systèmes de représentations et de croyances, mais que nos actions comportent un aspect réflexif :

Je m'approprie donc les représentations dont je suis porteur au point d'être persuadé que j'en fais constamment dériver mes actes. Je ne suis pas le relais mécanique d'une force qui me pousserait malgré moi, je suis un centre de décision, une instance d'approbation ou de refus et une source de rationalité (*Ibid.*, p.136).

3.2.6.5 Les pratiques engendrent des représentations sociales

Les travaux de Festinger (1957) appuient la thèse du rôle des pratiques sur la cognition. L'auteur de la théorie de la dissonance cognitive postule que les individus recherchent constamment la cohérence entre comportement et système de valeurs. La dissonance étant source d'inconfort, les individus réinterprètent leurs conduites et actions pour les mettre en accord avec leur système de valeurs. Sur le plan thérapeutique, la prescription de tâches, propre à l'approche centrée sur les solutions (De Shazer *et al.*, 2007), est un bon exemple de pratique utilisée de manière délibérée pour modifier les cognitions. La transformation des pratiques, qu'elle soit survenue de manière fortuite (à la suite de l'évolution des modèles sociaux et culturels) ou de manière intentionnelle (en raison d'une intervention), a donc un effet direct sur l'organisation et les significations de nos représentations sociales.

3.2.6.6 Remarques sur les conditions de modification des RS

Certains mécanismes (l'attribution, la catégorisation sociale, l'influence sociale, la norme d'internalité, etc.) président ou à tout le moins influencent la modification des représentations sociales.

Se référant à Piaget, Duveen (1999) rappelle que lorsque l'espace propice à la genèse des représentations sociales ne permet pas le raisonnement et le débat et que seuls l'autorité et le pouvoir assurent la légitimité des croyances, par exemple lors des pratiques éducatives, les « processus d'élaboration cognitive » sont perturbés, ainsi, seule « la coopération [...] conduit à la connaissance » (*Ibid.*, p. 133).

Abric (1994) précise que l'intervenant ne peut atteindre une modification de l'une ou de l'autre que si l'individu est en accord avec cette démarche et qu'il y consent de manière délibérée (Joule et Beauvois, 1998). Pérez et Mugny (1993) spécifient que l'individu redoute la perte de son autonomie et qu'il évitera d'être englouti par le pouvoir.

Souchet et Tafani (2004) soulignent que c'est par nécessité d'adaptation à son milieu que le sujet changera, et ce changement s'effectuera alors de la manière la plus économique possible. Pour Moliner, les modifications des représentations sociales sont le fait d'une crise ou d'une rupture « seules [...] susceptibles de provoquer le phénomène de transformation » (Moliner, 1998, p.63).

3.2.7 Développements théoriques

Les travaux de Moscovici ont été largement diffusés en Europe et ont engendré diverses orientations conceptuelles et théoriques permettant l'étude des phénomènes sociaux (Rateau et Lo Monaco, 2013). Trois grandes approches des représentations sociales sont

élaborées. Il s'agit de l'approche sociogénétique (Moscovici, 1961; Jodelet, 1984), de l'approche structurale (Abric, 1993) et de l'approche sociodynamique (Doise, 1986).

3.2.7.1 L'approche sociogénétique

L'approche sociogénétique est au fondement de la théorie élaborée par Moscovici qui s'est employé à décrire les processus impliqués dans la genèse des représentations sociales. Dans l'étude de la psychanalyse Moscovici appréhende la psychanalyse comme un phénomène social et comme le précisent Kalampalikis et Apostolidis (2016) la caractéristique principale de cette approche est donc de

saisir l'objet représentationnel comme phénomène dynamique, sa genèse comme une trajectoire dans le temps présent et l'histoire, son expression en tant que connaissance sociale et pratique, fruit des conjonctures historiques, politiques et culturelles et de la communication sociale (*Ibid.*, p.71).

Denise Jodelet (1989) en précisant les aspects cognitifs et intrapsychiques appartenant à l'individu et les aspects sociaux appartenant à la culture et aux interactions sociales, élabore une approche holistique et anthropologique des représentations sociales distinctives de celles élaborées en recherche cognitiviste.

La représentation sociale est avec son objet dans un rapport de « symbolisation », elle en tient lieu, et « d'interprétation », elle lui confère des significations. Ces significations résultent d'une activité qui fait de la représentation une « construction » et une « expression » du sujet. Cette activité peut renvoyer soit à des processus cognitifs - le sujet est alors considéré d'un point de vue épistémique - soit à des mécanismes intrapsychiques (projections fantasmatiques, investissements pulsionnels~ identitaires, motivations, etc.) - le sujet est alors considéré d'un point de vue psychologique. Mais la particularité de l'étude des représentations sociales est d'intégrer dans l'analyse de ces processus l'appartenance et la participation sociales ou culturelles du sujet. C'est ce qui la distingue d'une perspective purement cognitiviste ou clinique (*Ibid.*, p.61).

Cette perspective holistique et anthropologique des représentations sociales implique une méthodologie qualitative et ethnographique qui permet de faire ressortir les aspects

historiques et symboliques de la pensée sociale tout en mettant en évidence le caractère construit des représentations et leur inscription dans un contexte et une époque donnée.

3.2.7.2 L'approche structurale

L'approche structurale, parfois présentée comme l'approche structurale de l'École d'Aix, est assurément la plus connue et la plus usitée lorsqu'il est question de recherches convoquant la théorie des représentations sociales. Comme le souligne Rateau et Lo Monaco (2013) elle est à ce point importante pour le développement et la popularisation de la théorie des représentations sociales que cette dernière « ne serait sans doute pas ce qu'elle est devenue aujourd'hui » sans l'apport théorique de Jean-Claude Abric (Rateau et Lo Monaco, 2013, p.1). Abric a postulé que « toute représentation est organisée autour d'un noyau central » (Abric, 1989, p.215), qui est sa partie stable. Sous-ensemble de la représentation sociale, le noyau aurait une fonction organisatrice et génératrice de sens. Il est unificateur et englobant, car il contient des éléments qui sont partagés par les membres d'un groupe : le noyau « est déterminé par la nature de l'objet, par le type de relations que le groupe maintient avec cet objet et, finalement, par le système de valeurs et de normes qui constituent l'environnement idéologique du moment et du groupe » (De Sá et Oliveira, 2002, p.110). Par ailleurs, le noyau renferme des éléments toujours pertinents puisés dans le passé et la mémoire collective du groupe, lesquels peuvent être révélés par l'étude de la structure de la représentation (Bovina, 2006).

Le système périphérique, quant à lui, permet de concrétiser les différents éléments de la représentation, c'est là que certaines notions complexes sont simplifiées afin d'être plus facilement manipulables cognitivement. Les éléments de ce système sont le reflet des différences individuelles (Moliner, 1995) et comparativement au noyau central il contient des éléments de natures hétérogènes. Par exemple, selon le modèle proposé par Abric nous

trouverons chez les travailleurs sociaux des éléments communs concernant leur définition de la maladie mentale ou de la notion de trouble en santé mentale, mais aussi des différences individuelles qui auront été acquises par les différentes formations ou expériences professionnelles ou personnelles vécues par les individus au sein de leur groupe d'origine.

Pour Moliner (2001) les éléments périphériques donnent ses caractéristiques à la représentation. Ce système remplit trois fonctions : concrétisation, régulation et défense du noyau central. Ces fonctions permettent d'utiliser la représentation sociale en terme concret et échangeable au sein du groupe, de l'adapter au contexte en permettant des changements individuels de la représentation, mais toujours en étant compatible avec le noyau central. Ces modifications individuelles se traduisent par des comportements différents. La dernière fonction du système périphérique est de permettre la stabilité du noyau central lorsque celui-ci est menacé dans des situations de confrontations.

Flament (1989), quant à lui présente les éléments périphériques comme des schèmes organisés autour du noyau central. Cet ensemble « assure le fonctionnement quasi instantané de la représentation comme grille de décryptage d'une situation » (*Ibid.*, p. 229). En outre, il permet de départager « ce qui est normal (et par contraste, ce qui ne l'est pas), et donc ce qu'il faut comprendre et mémoriser » (*Ibid.*, p.229). Cette fonction s'ajoute à celles proposées par Moliner.

3.2.7.3 L'approche des principes organisateurs

L'école de Genève s'est distinguée par son approche sociocognitive des représentations sociales, qui s'intéresse à leur utilisation et à leur rôle dans la communication en rapport avec la position des individus au sein du groupe. Influencé par les travaux de Bourdieu (1980) sur l'*habitus* et l'*hexis*, Willem Doise a développé la théorie des principes organisateurs. Cette théorie met en évidence les aspects individuels de la représentation sociale en postulant que

la dynamique représentationnelle s'élabore à travers les postures et les rôles que les personnes s'attribuent au sein du groupe. Ainsi, les représentations sociales sont décrites « comme des principes générateurs de prises de position qui sont liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux » (Doise et Palmonari, 1986, p.89). La position de l'individu au sein du groupe détermine son accès aux informations et aux types d'expériences à vivre, et exerce une influence majeure sur son point de vue à l'égard des objets sociaux de son environnement.

Toutefois, les représentations sociales se développent en respectant les principes organisateurs des représentations partagées par le groupe (Negura et Maranda, 2004), sans que le fait de partager des références communes n'implique un consensus au sein du groupe à propos de l'objet social en question. Clémence (2001) distingue l'aspect déterministe et consensuel de la connaissance commune et les spécificités individuelles liées à la prise de conscience, au positionnement social, ainsi qu'aux normes et valeurs acquises par l'individu lors de ses expériences de socialisation :

Sharing common points of reference does not imply consensual agreement, while a debate implies shared knowledge. Social positioning derives from the anchoring of the shared knowledge in different groups. These groups are not only different because they do not have access to the same information, but also because their members share specific beliefs and experience (*Ibid.*, p. 87).

Ces trois approches que nous avons brièvement décrites ont aussi donné lieu à l'élaboration de méthodologies spécifiques et ont servi d'appui à d'autres avenues de recherches qui à leur tour ont donné lieu à des approches spécifiques des représentations sociales. Par exemple, Duveen & Lloyd (1990) se sont intéressés au développement des processus identitaire et à la microgenèse des représentations sociales au sein des interactions sociales; Jovchelovitch (2007) s'est penché sur la diversité des connaissances et leurs développements dans les contextes personnels, interpersonnels et socioculturels; Howarth

(2011)¹ a étudié les liens entre les représentations sociales et l'identité sociale; et Marková (2007) entre dialogicité et représentations sociales.

Dans le prochain chapitre nous reprendrons certains éléments appartenant aux approches sociogénétique et des principes organisateurs afin de préciser nos postures épistémiques et méthodologiques.

3.2.8 Conclusion

Selon Moscovici les représentations sont construites à travers les interactions langagières. Leur fonction est d'interpréter le monde, d'expliquer la réalité et d'orienter les conduites. Elles créent de plus un terrain commun pour les interactions d'un groupe, dont elles fondent la cohésion et l'identité. Nous avons présenté le processus d'ancrage et d'objectivation qui préside à la formation des représentations sociales. C'est en considérant l'individu dans son environnement que Denise Jodelet propose son modèle des sphères des sphères subjectives, intersubjectives et transsubjectives qui représente autant de lieux et de contextes au sein desquels se déroule la production et l'échange des représentations sociales. La perspective de Sá (1994) s'attarde aux pratiques sociales comme lieu de production et d'échange, nous avons précisé les pratiques de socialisations, les pratiques éducatives et les pratiques d'intervention. Ces dernières mettant en présence des individus (praticiens et usagers) porteurs de représentations, de croyances et d'idéologies, dont dépendent la qualité et le succès de l'intervention. Nous avons souligné l'importance de l'assentiment du sujet dans la modification des représentations sociales, aucune modification ne pouvant être obtenue sans qu'il souscrive à la démarche. Autrement dit, les représentations sociales ont un impact sur la nature des pratiques d'intervention et sur leurs résultats. Nous avons vu que pratiques et représentations étaient indissociables et se déterminaient réciproquement, de sorte que toute pratique d'intervention suppose que les

acteurs en présence reconsidèrent leurs représentations sociales. Ce qui laisse supposer le rôle des représentations sociales dans l'articulation de la dynamique de pouvoir.

CHAPITRE 4

LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Dans ce chapitre nous présentons la méthodologie qui nous a permis d'atteindre nos objectifs et de répondre aux questions de recherche. Nous les rappelons : l'objectif principal de cette recherche est de comprendre le rôle des représentations sociales dans l'articulation du pouvoir en contexte de communication et d'intervention thérapeutique. Nos questions de recherches sont les suivantes : comment les intervenants font l'expérience du pouvoir avec leurs clients, plus spécifiquement, comment se représentent-ils le pouvoir et sa distribution dans ce cadre ? Et, quel est le rôle des représentations sociales sur l'expérience du pouvoir des intervenants ?

Comme d'autres objets sociaux en évolution, le pouvoir fait l'objet de représentations et ces dernières ont nécessairement un impact sur la dynamique relationnelle. C'est pourquoi nous avons choisi d'encadrer la cueillette et l'analyse de nos résultats avec la théorie des représentations sociales. Ce choix a des implications à la fois sur notre posture épistémologique et sur le choix de méthodes de collecte de données et d'analyse.

Dans les prochaines lignes, nous précisons les raisons qui justifient ces choix en répondant aux questions suivantes : pourquoi choisir la théorie des représentations sociales pour encadrer notre recherche ? Quel est l'impact de l'adoption de cette théorie sur notre posture épistémologique ? Et enfin, considérant l'atteinte de nos objectifs et les réponses aux questions de recherche, quelle serait la méthode la plus appropriée ? Nous décrivons ensuite les éléments contextuels qui ont présidé à l'élaboration de notre échantillon et les étapes de

prise de contact et de recrutement des participants. Nous terminons en énumérant les éléments subjectifs, temporels, organisationnels et éthiques qui ont pu avoir une incidence sur les données recueillies et qui ont pu introduire un biais à la fois dans les données et dans les résultats.

4.1 LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE

Quel est l'impact de l'adoption de cette théorie sur notre posture épistémologique ?

En accordant une telle importance à la communication, aux interactions et aux facteurs sociaux et culturels dans l'élaboration et le partage des représentations sociales, Moscovici conférait aux représentations sociales un rôle prépondérant dans la construction de la réalité. C'est la représentation de la réalité qui génère la conduite humaine et jamais la réalité elle-même.

la représentation sociale est un corpus organisé de connaissances et une des activités psychiques grâce auxquelles les hommes rendent la réalité physique et sociale intelligible, s'insèrent dans un groupe ou un rapport quotidien d'échanges, libèrent les pouvoirs de leur imagination. [Les représentations sociales] ont une fonction constitutive de la réalité, de la seule réalité que nous éprouvions et dans laquelle la plupart d'entre nous se meuvent (Moscovici, 1961/2014, p. 26-27).

À propos du caractère construit des représentations Flick et Foster (2017) précisent que celles-ci sont le fruit d'un processus social, d'une élaboration entre les individus d'un groupe. Ce processus s'appuie sur des connaissances acquises et partagées par le groupe. Une fois élaborées on les considère comme allant de soi, constituant alors notre réalité.

Firstly, representing is a social process, that is, it is undertaken by individuals within a social group, in order to create and maintain a shared 'code' (Moscovici, 1973: xiii). Representations are not created anew, or as an individual enterprise: rather, they are represented, as members of social groups draw on existing, socially shared stocks of knowledge. Secondly, social representations, once developed and elaborated, come to constitute our reality: they are the ways in which we come to order and understand the

world, and can become taken for granted. We cease to see them as the way we represent and understand a concept, and begin to see them as the concept itself (Marková, 1996); as such we are socialized by our representations (Moscovici and Hewstone, 1983). However, while representations develop and exist against a background of historically constrained social knowledge (Rose *et al.*, 1995), they are created and sustained by a thinking society (Moscovici, 1988), thereby balancing the influence of the individual and the social (Flick et Foster, 2017, p. 338).

C'est donc en nous situant dans le paradigme constructiviste que nous appréhenderons la réalité des hypnothérapeutes. Considérer les objets sociaux comme des constructions sociales c'est mettre l'accent sur la construction interprétative des réalités par les acteurs sociaux. Cette approche conduit donc à déconstruire la réalité sociale et à la remettre en question.

4.1.1 Précisions sur l'adoption d'une perspective constructiviste

Souhaitant préciser notre posture épistémologique nous avons effectué un rapide examen de la littérature scientifique concernant la métaphore de la construction sociale. Nous avons été confrontés à sa popularité et à une multitude de définitions et d'utilisations pour expliquer différents phénomènes sociaux (Dortier, 2008). Certains auteurs (Lynch, 2001 ; Keucheyan, 2007) prétendent que toute tentative définitionnelle du concept de construction sociale est vouée à l'échec. Ils spécifient le caractère protéiforme du concept et nous préviennent du danger de le figer dans une doctrine.

Selon Hacking (1999) il est possible de se prévaloir du constructivisme social, du constructionnisme social et du constructionnalisme lorsqu'il est question de construction sociale de la réalité. Ces différentes facettes de la construction sociale seraient apparentées et partageraient des affinités, un air commun qui les rassemblent tous, comme cela est le cas pour les membres d'une même famille. Issus d'univers théoriques différents (Dumora et Boy, 2008) elles ont en commun de remettre en question le concept de réalité et de ce qui est considéré comme naturel. C'est à partir de l'idée selon laquelle les choses ne seraient pas ce

qu'elles semblent être qu'émergerait cette remise en question de ce qui semble normal (Hacking, 1999).

Constructivists, constructionists, and constructionalists live in different intellectual milieus. Yet the themes and attitudes that characterize these isms are not so different. From all three we hear that things are not what they seem. All three involve iconoclastic questioning of varnished reality, of what the general run of people take for real (*Ibid.*, p.49).

4.1.2 Constructivisme, constructionnalisme et constructionnisme

Selon Carpenter et Brownlee (2017) la perspective « constructiviste » est issue de la psychologie individualiste (Piaget, 1970 ; Kelly, 1955) et présume que l'individu utilise sa cognition pour construire le monde. Le « constructionnalisme » est un concept forgé par le philosophe Nelson Goodman (1978) qui se définit comme un sceptique, un nominaliste et un constructionnaliste. Selon Goodman la réalité est construite par les individus et cela se fait de concert avec les autres, mais selon Hacking (1999) le constructionnalisme n'étudie pas les événements ou les processus historiques ou sociaux impliqués dans la construction des objets sociaux. Tout en demeurant sceptiques à l'égard des objets construits, les partisans du constructionnalisme n'affirment pas catégoriquement que les objets sociaux n'existent pas ni que nous avons des raisons de croire qu'ils existent. Quant à la perspective « constructionniste », elle ne considère pas que la réalité se construit à l'intérieur des personnes, mais entre elles. Ce qui accorde au langage une importance capitale dans la construction de la réalité. Le langage est ainsi considéré comme la source de la pensée et de la construction mentale (Gergen, 2005). Cette dernière perspective nous apparaît la plus appropriée pour considérer l'objet de notre recherche.

4.1.3 Le constructionnisme social

Le philosophe Luc Faucher (2006) précise que le constructionnisme social « met l'accent sur le rôle des conditions sociétales dans la construction des phénomènes étudiés (races,

genres, émotions), par opposition aux croyances et désirs individuels, d'une part, et aux forces physiques ou biologiques, d'autre part» (*Ibid.*, p. 149). Il se caractérise par le scepticisme et l'antiréalisme qu'il entretient envers les objets sociaux (*Ibid.*, p.150). Se prévaloir du constructionnisme social, c'est mettre l'accent sur la construction interprétative des réalités du monde social par les acteurs sociaux en remettant en question ce qui est considéré comme inéluctable, et ce autant dans nos découvertes que dans nos manières de faire les choses (Gergen, 2005). Pour les tenants du constructionnisme social, les problèmes psychosociaux n'existent pas en tant que tels, mais sont élaborés à travers le discours, les valeurs et les normes culturelles (Carpenter et Brownlee, 2017).

Quelle est l'implication d'une telle posture pour la recherche ? Adopter une posture constructionniste s'est opposer au paradigme positiviste et à cette tendance, en sciences humaines et en psychologie, qui cherche à imiter les sciences de la nature en s'efforçant de produire des catégories « naturelles » (Hacking, 2001, p.149). Comme le souligne Jodelet (2002), c'est mettre l'emphase sur la manière et le contexte qui ont permis et favorisé la construction des objets sociaux plutôt qu'au traitement des données. Par ailleurs, cette perspective suppose l'engagement du chercheur dans le processus de construction/déconstruction. En somme, adopter une perspective constructionniste « amène à déconstruire le point de vue des autres et son propre point de vue, mais n'empêche pas que l'on puisse prendre parti » (Poupart, 2001, p.90). À cet effet, Howarth (2002) fait remarquer que le chercheur ne peut se dégager de ses propres représentations, étant donné que ces dernières sont impliquées dans l'élaboration de l'identité personnelle et professionnelle (Duveen, 2001). Il vaut mieux alors reconnaître ses représentations, les examiner et les comparer avec celles des participants (Howarth, 2002). En effet, du point de vue de la théorie des représentations sociales, les divergences de point de vue entre le chercheur et le participant peuvent en soi devenir un outil de recherche important, dans la mesure où elles mettent de l'avant des connaissances lors des étapes de la socialisation ou

de la professionnalisation en plus de remettre en question des hypothèses et des définitions acceptées de tous (Flick et Foster, 2017).

Michael Polanyi physicien et philosophe a aussi mis en évidence le rôle prépondérant du chercheur et de son implication personnelle dans l'acquisition des connaissances et de leur validation. « Every interpretation of nature, whether scientific, non-scientific or anti-scientific, is based on some intuitive conception of the general nature of things » (Polanyi, 1964, p.10). Dans les sciences exactes, il est universellement reconnu que l'acquisition des connaissances doit s'inscrire dans une perspective objective et impersonnelle, Polanyi (1998) soutient que dans tout acte de connaissance, la contribution passionnée du chercheur et de ses connaissances n'est pas une imperfection méthodologique, mais une composante vitale de la recherche et du développement des connaissances.

4.2 MÉTHODOLOGIE ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Pourquoi choisir la théorie des représentations sociales pour encadrer notre recherche ?

Lors de l'élaboration de notre devis de recherche, nous nous sommes demandé comment les praticiens de l'hypnose, qui utilisent et font la promotion d'une technique d'intervention qualifiée de puissante, peuvent se représenter le pouvoir lorsqu'ils interviennent avec leur clientèle, et de plus quel est l'impact de ces représentations sur leurs manières d'intervenir et d'interagir. Comme nous l'avons vu au chapitre 3, la théorie des représentations sociales a été conçue comme un moyen de comprendre comment les individus s'appropriaient les nouvelles connaissances et les théories scientifiques en circulation dans une société. En s'appuyant sur ces prémisses, un cadre théorique beaucoup plus large s'est développé et peut désormais être appliqué à la compréhension d'une grande variété de processus et

d'objets sociaux et culturels. La particularité du travail de Moscovici a été de mettre l'accent sur l'aspect social des représentations. En effet, les représentations sociales se développent, s'exposent et se renforcent dans l'environnement social, les actions, les pratiques (Foster, 2014) et les structures sociales, « qu'il s'agisse de clubs, de musées, de bibliothèques publiques ou politiques, de cafés, d'associations économiques ou politiques, de mouvements écologiques [...], de groupes thérapeutiques, de cours de formation pour adultes, etc. » (Moscovici, 2001, p. 21). Cette particularité des représentations confère à la communication, au langage, aux discours et aux interactions un rôle prépondérant dans leur circulation et leur genèse.

I would recall that the recent turn in the theory of social representations consist in articulating them with communication through conversation and the media. In making this articulation, we have followed a path opened by our predecessors, for they conceived common representations which, seen from outside, were capable of changing means of action, especially rituals and social institutions, into symbols. Seen from inside, however, these representations are grafted onto and amplify the rules of language. For my part, I think that no other theory of psychosocial phenomena has inscribed them in the linguistics field more than ours (Moscovici, 1994, p. 163-164).

Cette corrélation entre discours et représentations sociales fournit un cadre qui permet l'examen des processus sociaux à petite et à grande échelle. Par exemple, Wagner (2015) précise que la théorie tient compte de l'individu et de sa psychologie, de ses idées, de ses souvenirs, de ses perceptions et de ses sentiments, et dans un contexte social plus large, elle permet de considérer leur influence sur les attentes, les actions et les comportements, ainsi que sur la construction de la réalité et des formes de connaissances qui, dans la perspective de Foucault, sont liées au pouvoir.

La théorie des représentations sociales est donc tout indiquée dans l'étude du discours des intervenants et permettra d'en faire ressortir les représentations sociales et leur rôle sur la dynamique de pouvoir. En suivant Potter et Linton (1985), qui considèrent que l'étude des représentations sociales gagne à être sensible au langage et au contexte d'utilisation des

mots, et en tenant compte de notre objectif de recherche, l'étude spécifique de la structure de la représentation sociale ne nous est pas apparue nécessaire étant donné que notre intérêt se porte essentiellement sur le rôle de la représentation sociale du pouvoir.

Considérant l'atteinte de nos objectifs et les réponses aux questions de recherche, quelle serait l'approche des représentations sociales la plus appropriée ?

Au troisième chapitre nous avons fait état des trois grandes approches des représentations sociales : l'approche sociogénétique (Moscovici, 1961 ; Jodelet, 1984) ; l'approche structurale (Abric, 1993) et l'approche sociodynamique (Doise, 1986), ces approches basées sur les travaux de Moscovici ont donné lieu à la mise en place de méthodologies spécifiques. Par exemple, pour élaborer sa théorie, Moscovici a utilisé une approche de type ethnographique et des méthodes qualitatives, privilégiant les études sur le terrain, les enquêtes plus ou moins approfondies et l'analyse de contenu. Les approches développées par Abric et Doise se sont basées sur des méthodes plutôt quantitatives et des études de type expérimental. La recherche de la structure de la représentation a nécessité des techniques de mise en cause et des analyses des similitudes ; le développement de la théorie des principes organisateurs, des méthodes factorielles. Les courants théoriques et méthodologiques développés par Abric et Doise, connues comme les écoles aixoise et genevoise, ont exercé une influence considérable sur la popularisation de la théorie élaborée par Moscovici ainsi que sur l'utilisation de méthodologies particulièrement complexes, ce qui a d'ailleurs donné lieu à certaines controverses (Jahoda, 1987). Pour certains auteurs, cet intérêt pour la sémantique et la structure représentationnelle des objets sociaux occultent l'ancrage sociologique de la représentation ainsi que l'articulation des composantes individuelle et sociale en son sein.

Wagner (1995) a remarqué cet engouement pour le contenu cognitif des représentations sociales. Des titres tels : *les représentations sociales « de » la maladie mentale*, « de »

l'intelligence, « *de* » *la pauvreté*, etc. démontrent la distance prise par les chercheurs avec l'ancrage sociologique et la contextualisation des représentations.

The vast majority of research on social representations is titled - and the following is an arbitrary selection of topics without suggesting that their authors might be unaware of social construction - social representations *of* mental illness, *of* intelligence, *of* AIDS, *of* poverty, etc., indicating, first, a conceptual separation of the representation from its object, and, second, a prime concern for the symbolic, iconic and cognitive content constituting representations. The wording of these titles stands in stark contrast to the titles of the ground breaking works in the field: *La psychanalyse, son image et son public* (Moscovici, 1961/1976) and *Folies et représentations sociales* (Jodelet, 1989) which clearly avoid the incriminated preposition <of> (*Ibid.*, p. 99).

Pour Gonzalès Rey (2002), cette emphase sur la structure et des aspects bien circonscrits des représentations est réductionniste. En esquivant une compréhension plus large de la représentation et de sa complexité, cela laisse supposer un ancrage positiviste qui dicte l'emploi d'une méthodologie en particulier, le chercheur s'éloignant ainsi du paradigme constructiviste.

Si nous comprenons que les représentations sociales sont des phénomènes subjectivement constitués, il serait impossible de les concevoir comme étant le résultat de la relation directe entre l'objet et les contenus de la représentation parce que ces contenus sont toujours intégrés dans le scénario subjectif dans lequel les représentations sont construites. L'histoire des personnes et celle des instances sociales qui sont les sujets de la construction des représentations sociales sont enchâssées dans leur constitution subjective, ce qui explique pourquoi les représentations sont toujours quelque chose de différent des objets et des événements qu'elles contiennent. Défendre la thèse que les représentations sont fondées sur l'objet permet de préserver la prétention positiviste de l'objectivité dans les recherches empiriques les concernant avec comme résultat que le positivisme continue d'influencer la méthodologie de la recherche sur les représentations sociales. Les problèmes théoriques sur l'étude des représentations sociales influencent les définitions d'ordre méthodologique et ceux-ci en même temps influencés par ces mêmes définitions (Gonzalez Rey, 2002, p.250-251).

Avec ce qui précède, nous voulons souligner le fait que la popularité des approches quantitatives soutenues par les écoles aixoise et genevoise ne signifie pas qu'il existe un consensus sur la manière d'étudier les représentations sociales. La théorie des

représentations sociales ne prescrit pas une méthodologie particulière et en outre la perspicacité de l'approche qualitative dans l'étude des représentations sociales a été démontrée (Negura, 2006 ; Dany, 2016 ; Flick et Foster, 2017). Nous partageons le point de vue de Flick et Foster (2017) lorsqu'ils spécifient qu'il ne s'agit pas d'opposer les approches quantitatives et qualitatives, mais d'articuler des méthodes de recherche qui tiennent compte de l'objectif du chercheur et des enjeux théoriques des représentations sociales qui gravitent autour de l'élaboration et de la diffusion de la connaissance sociale. À cet effet Jodelet (1984) a insisté sur les processus individuels, interindividuels, intergroupes et idéologiques et de leurs interactions dans l'élaboration et la diffusion des représentations sociales ce qui implique dans la recherche et ses méthodes la prise en compte des rapports sociaux donc de la communication ainsi que des éléments cognitifs tels le langage et les éléments affectifs qui permettent l'interaction.

Il ne s'agit pas seulement de saisir les idées, notions, images, modèles dont les représentations sont la concrétisation, et les cadres catégoriels et classificatoires qui sont les principes d'ordre assurant l'articulation entre le système de pensée et l'action. Il s'agit aussi de saisir les modalités collectives selon lesquelles les membres de la société ou d'un de ces groupes relient les éléments de représentations dans leurs opérations de pensée, c'est-à-dire les logiques et syntaxes spécifiques auxquelles obéissent les systèmes de représentation. En un mot il s'agit d'étudier globalement les processus de la pensée sociale (Jodelet, 1984, p.21-22).

Moscovici a aussi exprimé des inquiétudes quant à l'étude des représentations sociales dans un cadre expérimental et la possibilité d'en diluer leur richesse et leur complexité (Moscovici et Marková, 1998). D'un point de vue méthodologique, Moscovici (1988, 2000) a attiré l'attention sur la valeur de l'observation et de l'étude de la conversation dans son contexte social. Il a soutenu que la créativité dans la recherche est cruciale et que le chercheur ne devrait pas se limiter aux méthodes associées à un domaine particulier (Moscovici et Marková, 1998). Selon Moscovici les recherches empruntant le cadre théorique des représentations sociales devaient tenir compte des quatre principes méthodologiques suivants :

a) Il est important de se procurer le matériel d'étude à partir d'échantillons de conversations échangées dans des situations d'interaction habituelles (Moscovici, 2000, p.62). Comme nous l'avons précisé précédemment les représentations sociales sont élaborées au sein des interactions et de la communication. La conversation est au centre de nos univers consensuels, car elle façonne et anime les représentations sociales ; elle leur donne vie (*Ibid.*).

b) de considérer les représentations sociales comme un moyen de recréer la réalité. Comme le précise Moscovici (2000) c'est par le biais de la communication que les individus et les groupes donnent réalité aux idées, aux images, aux systèmes de classification et de catégorisation. Les événements, les phénomènes et les personnes avec lesquels nous traitons dans notre vie de tous les jours ne sont généralement pas des données brutes, mais le produit de la concrétisation d'une collectivité, d'une institution, etc. Ainsi, avant de se lancer dans l'étude spécifique d'un objet social, il faut s'enquérir de ses origines et le considérer comme une construction sociale et non comme de la matière brute (*Ibid.*).

c) Que le caractère des représentations sociales se révèle surtout en temps de crise et de bouleversement, lorsqu'un groupe ou ses images sont en mutation. Les gens sont alors plus disposés à parler, les images et les expressions sont plus vivantes, les souvenirs collectifs sont remués et le comportement, plus spontané (*Ibid.*).

d) Que les personnes qui élaborent les représentations soient considérées comme des « scientifiques amateurs » et que les groupes qu'elles forment comme l'équivalent moderne des sociétés savantes du XVIIe siècle, lieux d'échange du savoir et des connaissances, reflets des curiosités de l'époque et des liens sociaux, tels les rassemblements non officiels, les discussions de cafés ou les réunions politiques.

Pour Moscovici la question du sens et de l'interprétation des acteurs à propos d'un objet social est primordiale dans toute étude tenant compte des représentations sociales.

In fact, throughout the studies on the way representations are shaped and diffused in ordinary communication, I have privileged questions of meaning. This for two reasons. First in order to fight the psychologist's tendency to privilege questions of form or mental architecture. Second because the social sharing of meaning in communication is the most interesting aspect, the aspect whose elucidation, through the sciences of language, seemed the most satisfying. By the notion of anchoring of representations, I wanted to express the link between generating sense and communicating. Now it is precisely on this point that things are taking a new turn. Sticking to this point of view would not be understandable if it did not present a double advantage: facilitating our understanding of complicated phenomena [...] and building on work which was compelling in the 1970s and 1980s (Moscovici, 1994, p.164).

Pour répondre à la question posée au début de cette section nous avons considéré ce qui vient d'être énoncé concernant la recherche sur les représentations sociales et nous avons choisi de faire appel à un dispositif qualitatif. Ajoutons que notre démarche ne visait pas à formuler et à réfuter des hypothèses, mais plutôt à explorer l'interprétation des intervenants et de comprendre le rapport que ces derniers entretiennent avec le pouvoir, c'est pourquoi nous avons opté pour une approche de type inductive dans la cueillette des données et leur analyse. En recherche l'approche inductive a été initiée par les travaux ethnographiques de Malinowski (1922/2001) et popularisée par ceux de Glaser et Strauss (2006) sur la théorisation ancrée. Cette approche n'est pas très usitée dans la recherche sur les représentations sociales (Allard-Gaudreau et Lalancette, 2018) bien qu'elle jouisse d'une popularité certaine auprès des chercheurs en sciences sociales (St-Denis et *al.*, 2015) son utilisation est en concordance avec une posture épistémologique constructionniste qui s'éloigne du paradigme hypothético-déductif souvent considéré comme la voie royale menant à la reconnaissance scientifique (Guillemette et Luckerhoff, 2009).

Par ailleurs, l'approche inductive correspond au processus cognitif que nous employons lors d'une rencontre thérapeutique à titre de travailleur social ou d'hypnothérapeute. Comme le font remarquer Paillé et Mucchielli,

l'esprit humain est à la base de l'analyse qualitative, et nombre des opérations méthodologiques que va mettre en branle un chercheur ont leur racine, sinon leur équivalent dans l'activité mondaine quotidienne de construction et de validation du monde dans lequel nous évoluons, qu'il soit vu sous l'angle psychologique, social ou

culturel. La différence avec l'activité de tous les jours se situe au niveau de la systématisation, de la réflexivité et de la redevabilité du travail du chercheur scientifique (Paillé et Mucchielli, 2016, p.48).

Ainsi comme intervenant nous adoptons une posture sincère et respectueuse de curiosité face à l'être humain qui est devant nous. Dans ces circonstances nous recueillons des informations en provenance de la personne qui sont par la suite analysées et interprétées en utilisant nos représentations, notre expérience et nos connaissances personnelles et professionnelles dans le but d'élaborer un plan d'intervention. Cette posture se retrouve dans les approches humanistes et centrées sur la personne, très prisée en travail social (Devonshire, 2011) conceptualisé et popularisée par Carl Rodgers. Ce dernier reconnaissait l'importance de tenir compte du cadre de référence de la personne et de ses interprétations et considérait l'implication du thérapeute en termes d'honnêteté, d'authenticité, de présence humaine à l'autre et de mutualité comme des catalyseurs de la découverte et du renouvellement de soi. La conséquence d'une telle posture, d'un tel engagement de la part de l'intervenant a comme conséquence de favoriser l'instauration d'un climat de liberté et d'ouverture permettant la découverte de l'autre et du sens qu'elle accorde à son expérience (Rogers, 1980).

Adopter une démarche inductive et une approche centrée sur la personne c'est aussi reconnaître que la connaissance subjective est au cœur du déroulement de la thérapie ce qui confère aux représentations sociales une importance considérable.

En recherche sociale l'approche centrée sur la personne est aussi utilisée. Robert Elliot (2013) a comparé la position du chercheur et du thérapeute adoptant cette approche. Le chercheur comme le thérapeute se concentre sur la compréhension de l'expérience intime de la personne en thérapie ou du participant à la recherche, ces derniers relatent la nature de leur expérience en faisant part de leurs sentiments, de leurs pensées et des significations qui incarnent et imprègnent l'expérience vécue par le client ou le participant (Elliot, 2013).

En se basant sur les travaux de Mearns et McLeod (1984) et de Barrineau et Bozarth (1989), Elliot (2013) relate quelques principes que doit respecter le chercheur adoptant l'approche centrée sur la personne :

- a) Le chercheur se concentre sur la compréhension et l'interprétation du sujet concernant son expérience ;
- b) Le chercheur adopte une posture d'acceptation et de non-jugement face à l'expérience du sujet ;
- c) Le chercheur fait preuve d'authenticité et de transparence face au sujet, ce dernier est considéré comme un co-chercheur ;
- d) Le chercheur dans l'adoption de méthodes de recherche fait preuve de créativité et de flexibilité face au sujet et aux questions à traiter (Elliot, 2013, p.475).

Ces préceptes sont susceptibles d'être appliqués à différentes formes de recherches qualitatives telles la phénoménologie, l'ethnographie, la recherche participative et la théorisation ancrée, etc. Ce qu'il y a de particulier c'est la place accordée à l'expérience personnelle du chercheur. Carl Moustakas (1961) a démontré cette importance dans une recherche de type heuristique sur la solitude. Moustakas décrit l'approche heuristique comme un processus de recherche sur soi-même par lesquels on découvre la nature et le sens de l'expérience et à partir desquels on développe des méthodes et des procédures d'enquête et d'analyse complémentaires. Le moi du chercheur est donc présent tout au long de la procédure, il habite littéralement le phénomène étudié (*Ibid.*). Contrairement aux études phénoménologiques, le chercheur adoptant l'approche heuristique détient une expérience concrète et personnelle du phénomène étudié, car il a vécu l'expérience de manière intense et complète.

From the opening moments with this other person, I, as the therapist, immerse myself in his or her world. I become totally absorbed, curious, alert, and open, ready to enter

into each expression. I want to understand what this person is expressing not only from his or her frame of reference, but from the vantage point of my own experience. Eventually what is expressed by the other person mingles with my own knowledge and experience. The meaning that is derived is intersubjective. My understanding of the experience is not an exact copy, but there is a mutuality of meaning that connects us in our awareness and understanding. I steep myself into his or her words, silence, actions, and creations, and understand his or her meanings. My energy, thoughts, and feelings, my self is centered in the other person's life. Gradually, but definitely, we connect in knowledge, understanding, and experience. Through heuristic methods, I come to know the other person's world within the context of my own life (Moustakas, 1990, p.106-107).

C'est donc en adoptant une démarche de type inductif et une approche centrée sur la personne inspirée de la recherche et de la méthodologie heuristique (Moustakas, 1990) qui a été utilisée dans la cueillette et l'analyse du corpus recueilli auprès des hypnothérapeutes.

4.3 LA POPULATION ET L'ÉCHANTILLON

Pour répondre à la question de recherche, nous sommes entrés en contact avec des praticiens de l'hypnose répondant à certains critères. Pour rencontrer des hypnothérapeutes ayant consolidé leur pratique et accumuler des expériences, nous en avons recherché qui avaient intégré l'hypnose dans leur pratique depuis au moins deux ans et qui l'affichaient clairement dans leur communication sur internet. Les praticiens retenus étaient tous reconnus comme professionnels de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux ou psychothérapeutes) au sens du Code des professions de la province de Québec ou par une organisation de naturothérapeute qui leur permettait de remettre des reçus pour remboursement d'honoraires par les compagnies d'assurance collective. Leur nombre moyen d'années de pratique est 10, avec un minimum de 2 années et un maximum de 22.

Pour décrire le contexte de l'hypnose au Québec, nous avons fait appel aux directions d'école de formation en hypnose et aux associations de naturothérapeutes qui regroupent les

hypnothérapeutes. Des entrevues ont été effectuées avec une représentante d'association et deux dirigeants d'école. Une entrevue accordée aux médias par un hypnothérapeute a également été utilisée. Les sites web des écoles ont été consultés pour connaître leur cursus.

Code	Âge	Titre	Années d'expérience
Nicolas	36-40	Non-professionnel	2 à 5
Charles	36-40	Non-professionnel	2 à 5
Alexis	41-45	Professionnelle	2 à 5
Robin	46-50	Professionnelle	2 à 5
Martin	51-60	Professionnelle	6 à 10
Adam	46-50	Professionnelle	6 à 10
Louis	51-60	Professionnelle	6 à 10
Richard	41-45	Non-professionnel	6 à 10
Mathieu	46-50	Professionnelle	11 à 15
Salvador	51-60	Non-professionnel	11 à 15
Serge	46-50	Non-professionnel	11 à 15
Víctor	61 et plus	Non-professionnel	11 à 15
Jacob	61 et plus	Non-professionnel	15 et +
Alexis	41-45	Non-professionnel	15 et +
Emile	41-45	Non-professionnel	15 et +
Samuel	61 et plus	Professionnelle	15 et +
Adrien	46-50	Non-professionnel	15 et +
Gilbert	51-60	Professionnelle	15 et +
André	61 et plus	Professionnelle	15 et +
Jean	61 et plus	Professionnelle	15 et +
Marc	46-50	Professionnelle	15 et +

Tableau 9 : Échantillon

4.3.1 Recrutement

La question du nombre de participants s'est évidemment posée dès la mise en place du devis de recherche. La littérature sur la recherche qualitative apporte des points de vue qui diffèrent selon le type de recherche. Par exemple, Creswell (2013) considère que pour la recherche phénoménologique, un échantillon de 10 personnes est suffisant et que pour la

théorisation ancrée, 20 à 30 entrevues confèrent une certaine validité scientifique. Le critère de saturation théorique développé par Glaser et Strauss (2006) semble faire autorité dans le domaine de la recherche qualitative. Au final, comme le dit Savoie-Zajc (2000), aucune règle précise ne permet de trancher la question de l'échantillon. Pour notre part, nous avons dès le départ établi un objectif de 30 participants.

Le recrutement s'est effectué en plusieurs étapes. La première a été de lancer une recherche sur Google, avec des mots clés tels que « praticien hypnose au Québec », « école hypnose », « formation hypnose » ou « association hypnothérapeutes ». Sur la base des résultats obtenus, nous avons dressé une liste d'écoles et d'associations. Les écoles de formation à l'hypnose peuvent être séparées en deux groupes : celles qui offrent de la formation à tout le monde et celles qui sont réservées aux professionnels de la santé mentale membres d'un ordre professionnel. Toutes les écoles ont un site web où sont listés les praticiens qu'elles ont formés. Il est donc facile d'établir une liste d'intervenants, professionnels ou non, qui utilisent l'hypnose. C'est également avec Google que nous avons vérifié si les personnes recrutées étaient en activité. Pour la deuxième étape du recrutement, nous avons sollicité deux écoles de formation à l'hypnose (à Montréal et Sherbrooke) et une association montréalaise de professionnels de la santé (psychologues, dentistes) qui pratiquent l'hypnose afin qu'elles diffusent auprès de leurs étudiants et adhérents une publicité pour notre projet de recherche. Les deux écoles ont accepté d'envoyer un message aux étudiants répondant à nos critères de sélection. Ce premier coup de sonde a permis de recruter dix participants. Ensuite, troisième étape, le même procédé a été utilisé sur Facebook : nous avons diffusé une publicité dans le groupe Hypnose Québec et recruté trois autres personnes. La quatrième étape a été de constituer à l'aide d'Internet une liste de 50 hypnothérapeutes répondant à nos critères de sélection avec qui nous sommes entrés en contact par courriel, en présentant sommairement le but de notre recherche et ses modalités. Huit hypnothérapeutes se sont montrés intéressés à participer à notre étude. Nous avons

donc constitué un échantillon de 21 participants (Tableau : *Échantillon*). Comme spécifié dans la section consacrée à l'analyse, la saturation théorique a été atteinte vers le quinzième entretien, après quoi nous avons mis un terme au processus de recrutement.

4.3.2 La sollicitation des intervenants

Lors des premiers échanges de courriels, nous avons présenté le but de la recherche et décrit sommairement les questions qui seraient posées, avant de transmettre le formulaire de consentement et de prendre rendez-vous. Afin de parler de la dynamique de pouvoir, il a aussi été demandé aux intervenants de relater deux incidents critiques, soit des expériences d'intervention qu'ils estimaient avoir échoué ou mal fonctionné.

Nous étions convaincus au départ que le recrutement des participants ne causerait pas de problèmes et que les hypnothérapeutes, toujours intéressés par la validation scientifique de leur pratique, seraient ravis d'y participer. Lors des premiers contacts, le thème de l'hypnose a effectivement suscité l'intérêt des participants. Plusieurs y ont vu une occasion de mettre de l'avant le côté scientifique de l'hypnose et se sont montrés ravis de la démarche. Par contre, plusieurs autres ont carrément refusé de participer, ou bien n'ont tout simplement pas donné suite à notre invitation. Certains ont affirmé craindre de s'exposer à des représailles de la part de l'ordre des psychologues du Québec malgré le caractère confidentiel de la démarche.

4.4 LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

Selon Roussiau et Bonardi (2001), diverses « modalités de recueil » peuvent être utilisées pour étudier les représentations : l'entretien (directif ou semi-directif), le questionnaire (avec

questions fermées, à choix multiples ou ouverts), l'analyse de différents documents (films, lettres, journaux intimes, romans, presse écrite ou audiovisuelle), l'association libre et enfin l'approche monographique, qui combine plusieurs méthodes (observation, entretiens, analyse documentaire). Pour mettre en évidence les représentations sociales des participants, nous avons considéré le contexte québécois de l'intervention en hypnothérapie (Chapitre, 2), la littérature grise concernant l'hypnose et le travail social, des entrevues avec des directeurs d'école de formation à l'hypnose ainsi qu'avec la présidente d'une association de naturothérapeute qui regroupe les hypnothérapeutes en exercice. Pour recueillir le corpus d'entretien, nous avons privilégié l'entrevue semi-dirigée qui est une méthode de recueil de données prisée par les théoriciens des représentations sociales ainsi que la méthode de l'incident critique.

4.4.1 La méthode de l'incident critique

Comme nous l'avons vu au premier chapitre les questions relatives au pouvoir sont susceptibles de susciter des réactions mitigées chez les intervenants. Comme le précisent Deslauriers et ses collaborateurs (2017), « aborder les zones embarrassantes constitue donc un enjeu majeur [...] lorsque l'on veut étudier les principes d'intervention et les pratiques des professionnels » (*Ibid.*, p. 96). Par ailleurs, « il est difficile de recueillir des données sur l'expérience qu'ont des intervenants des services sociaux et de la santé sur leur pratique » (*Ibid.*, p. 94).

Paillé et Mucchielli (2016) précisent que la logique du chercheur est « à l'effet de susciter un témoignage et non d'obtenir des réponses. Il peut donc y avoir une différence marquée entre la question principale de recherche et les questions d'interview : par exemple, une recherche sur la motivation aurait avantage à se dérouler sans que ce mot ne soit prononcé en situation d'interview » (Paillé et Mucchielli, 2016, p.255).

Forts de ces remarques, nous avons évité de parler directement de pouvoir lors du recrutement et du déroulement du questionnaire et afin de recueillir l'information nécessaire nous nous sommes inspirées de la méthode de l'incident critique.

À l'origine cette méthode développée dans le secteur industriel par Flanagan (1954) était utilisée pour la formation et la sélection des équipages de l'aviation. L'incident critique se définissait alors comme une activité humaine observable de laquelle il était possible d'inférer les buts et les intentions de l'individu impliqué dans cette action.

Au cours des années qui ont suivi, l'incident critique est devenu une méthode de recherche qualitative largement utilisée et reconnue comme un outil d'exploration et d'investigation efficace permettant de comprendre les objets sociaux et les expériences subjectives et intersubjectives (Butterfield et al., 2005).

Deslauriers et ses collaborateurs (2017) précisent que la méthode est facile à déployer et particulièrement efficace pour faire ressortir des détails, des éléments émotifs et des informations qui lors d'un entretien classique ne seraient pas ressortis.

Cette technique a permis de partager des croyances, des perceptions et des limites des compétences, et parfois des échecs, ce que les intervenants ne dévoilent pas toujours. On pourrait même qualifier ces exemples de tabous, en principe inviolables (Deslauriers et al., p.102)

Dans le cadre de notre recherche, nous avons retenu la définition de l'incident critique proposée par Deslauriers et ses collaborateurs (2017), soit un évènement marquant survenu dans une situation jugée délicate. Cet évènement est réel et non imaginé; il a été vécu lors d'une interaction thérapeutique; l'intervenant est en mesure de bien le décrire; cet évènement appartient au passé et il est repérable dans le temps; il a été assez marquant pour affecter l'intervenant et/ou le déroulement de l'intervention.

Procédure de mise en application

Lors du recrutement des participants et afin d'éviter les résistances, nous avons suivi les indications de Deslauriers et ses collaborateurs (2017) nous avons donc « évité le terme incident critique » en invitant les participants à se remémorer une ou des « situations d'intervention insatisfaisantes ou [...] difficiles » (*Ibid*, .p. 98).

Par ailleurs, la méthode de l'incident critique est particulièrement usitée dans les groupes de discussion et Butterfield et ses collaborateurs (2005) remarquent que généralement les chercheurs demandent aux participants de réfléchir et d'écrire la signification des incidents critiques. En ce qui nous concerne, nous avons plutôt choisi de discuter des incidents critiques avec les participants en guidant leur réflexion à l'aide d'une sous-grille d'entrevue qui s'est ajoutée à celle de l'entrevue semi-dirigée (voir Appendice A), les éléments recueillis spécifiquement dans le cadre de la discussion concernant l'incident critique se greffant alors au corpus d'entretiens.

Les éléments de cette sous-grille étaient les suivants :

Consigne : « Pouvez-vous me parler d'une situation ou d'un incident vécu lors d'une séance thérapeutique qui vous portaient à croire que votre intervention avait échoué ou mal fonctionné ».

Plus précisément :

Description de l'environnement et du contexte dans lequel l'incident est survenu.

Description de l'interaction : paroles, gestes, réactions observées, etc.

Interprétation de l'interaction selon les critères suivants :

Compréhension : « ce que j'ai perçu et ce que je pensais »;

Intentions et intérêts : « en faisant cela, je voulais... » ;

Émotions et ressentis : « ce que j'ai ressenti et vécu sur le plan émotionnel ».

Dans certains cas et malgré notre invitation préalable, certains participants n'avaient pas de souvenir particulier concernant un tel événement, ou encore, il n'avait pas eu le loisir de chercher dans leur souvenir. Dans ces cas particuliers, nous avons abordé de front la question du pouvoir en questionnant le participant sur son rapport avec le pouvoir. Par exemple, comme intervenant est-ce que vous considérez détenir du pouvoir ? D'après vous, comment le pouvoir se manifeste-t-il lors d'une intervention ? Quels sont les indices qui vous indiqueraient que la personne en face de vous prend ou reprend du pouvoir ? Lors d'une intervention avez-vous déjà ressenti une forme ou une autre de lutte de pouvoir entre vous et la personne venue vous consulter ?

4.4.2 Les entretiens semi-dirigés

Contrairement à une démarche inductive classique, notre dispositif de recueil de données a été établi avant d'entamer les interviews. C'est en procédant avec une grille d'entretien qui guidait l'entrevue que l'information relative à la définition et à la pratique de l'hypnose a été recueillie, ainsi qu'à l'opinion des praticiens concernant le pouvoir et ses manifestations dans l'interaction thérapeutique. La grille d'entretien (voir Annexe) comprend quatre sections :

- 1) Compréhension personnelle de l'interaction thérapeutique ;
- 2) Expériences et vécu de l'hypnose ;
- 3) Différents aspects du pouvoir en intervention ;
- 4) Données sociodémographiques.

Les entretiens se sont déroulés, comme le suggère Jodelet (2003), sous la « forme d'une conversation où le chercheur manifeste son désir, son intention de bien comprendre le point de vue de l'autre » (*Ibid.*, p. 156). C'est pourquoi la grille n'a pas été suivie de manière rigide ce qui a eu pour conséquence d'obtenir des entretiens qui n'étaient pas homogènes. Ainsi, le

récit de pratique et les questions ouvertes intervenaient à différents moments suivant les entretiens. Les questions étaient posées en suivant les réponses des participants afin de respecter leur cheminement réflexif. Seuls les grands thèmes concernant les représentations de l'hypnose et du pouvoir ont été rigoureusement respectés. Selon Glaser et Holton (2004), la souplesse et la flexibilité de l'entretien permettent d'approfondir certaines questions et d'en écarter d'autres au fil de la rencontre, ce qui favorise la production de connaissances inédites. Notre position donnait une grande liberté aux participants et les mettait à l'abri de tout jugement.

Les entrevues de 60 à 90 minutes ont été réalisées individuellement et enregistrées sur support audio entre octobre et décembre 2017. Les entretiens ont été réalisés soit en personne dans l'environnement professionnel du praticien, ou compte tenu de l'éparpillement géographique des participants (Bas-Saint-Laurent, Outaouais, Laurentides, Estrie et grande région de Montréal), via la plateforme Skype ou par téléphone. Ces dernières modalités nous ont grandement facilité la tâche ainsi que celle des participants. Les participants n'avaient pas à se déplacer et pouvaient participer à partir de leur place d'affaires ou de leur domicile au moment qui leur convenait, nous n'avions pas d'enjeu de déplacement et de frais d'hôtel pour rencontrer les participants des régions éloignées. Par ailleurs, l'entrevue téléphonique a permis dans certains cas de créer un espace de liberté d'expression au point où certains participants nous ont demandé de leur confirmer que la teneur des entretiens était bien confidentielle.

4.5 ANALYSE

4.5.1 L'analyse - un processus continu

Selon Paillé et Mucchielli (2016) il n'y a pas de moment précis au-delà duquel débute l'analyse, cette dernière est présente dès que l'on considère « un thème de recherche, un angle d'approche, une problématique particulière, un design spécifique de recueil des données, un canevas d'entretiens » (*Ibid.*, p.103). On peut ainsi considérer la mise en place du premier devis de recherche et l'élaboration de la problématique de recherche comme un premier niveau d'analyse. C'est aussi le cas pour les considérations sociohistoriques du travail social et de l'hypnose que nous avons présenté aux chapitres 1 et 2. Cette première analyse socio constructionniste du travail social professionnel et de l'hypnose nous a permis d'observer le contexte d'émergence des représentations sociales et de préciser nos objectifs et questions de recherche. Nous présentons donc dans cette section un autre niveau d'analyse soit celle du corpus d'entretiens recueillis auprès des hypnothérapeutes et décrivons les différentes étapes qui nous ont conduits à l'interprétation des discours et à faire ressortir la représentation sociale du pouvoir soit le sens que les hypnothérapeutes attribuent à ce dernier.

Paillé et Mucchielli (2016) définissent cette étape de la recherche comme

l'ensemble des opérations matérielles et cognitives – actions, manipulations, inférences – non numériques et non métriques qui, prenant leur source dans une enquête qualitative en sciences humaines et sociales, sont appliquées de manière systématique et délibérée aux matériaux discursifs issus de l'enquête, dans le but de construire rigoureusement des descriptions ou des interprétations relativement au sens à donner aux actions ou expériences humaines analysées, ceci en vue de résoudre une intrigue posée dans le cadre de cette enquête (*Ibid.*, p.107).

Les auteurs précisent que l'analyse est un travail d'écriture en trois temps : 1) la transcription écrite du matériel discursif ; 2) la transposition où les mots des acteurs « sont soupesés, reconsidérés, resitués » à l'intérieur de thèmes et de catégories initiées par le chercheur ; et

3) la production d'un récit interprétatif (*Ibid.*, p.100). Nous présentons ces différentes étapes sous les rubriques suivantes : la transcription, le codage et la production du récit interprétatif.

4.5.2 La transcription et la transposition

Précisons d'abord que les étapes de la collecte des données et de l'analyse ont été intercalées. C'est-à-dire qu'il y a eu alternance entre la collecte et l'analyse ce qui a permis d'affiner les questions d'entretiens ainsi que notre manière d'aborder et de faire la transition entre les différents thèmes abordés. Par ailleurs, les éléments contextuels comme la littérature grise, les entretiens réalisés avec les directions d'école de formation à l'hypnose et l'association de naturothérapeute et l'interview de l'hypnothérapeute Sylvain Bouliane diffusé par le réseau TVA dans le cadre de l'émission « Deux filles le matin » n'ont pas été analysé en tant que telle, mais plutôt utilisé pour établir des liens et consolider l'analyse du corpus des entretiens. Pour cette dernière nous avons opté pour la méthode de l'analyse thématique reconnue dans l'étude des représentations sociales (Negura, 2006 a, Dany 2016, Flick et Foster, 2017).

La première étape de l'analyse a été de retranscrire les données recueillies. Pour accélérer cette procédure, nous avons acheminé les fichiers audio à un service de secrétariat professionnel qui nous garantissait la qualité du travail et la confidentialité. Une fois les fichiers transposés en format Word nous nous sommes assuré de l'exactitude des retranscriptions avec une première lecture, ce qui nous a aussi permis de nous approprier le contenu des discours et de réfléchir au procédé de codification qui serait déployé. La thématisation et le codage exigent de trier et de réfléchir sur les données ce qui est en soit une analyse (Miles et *al.*, 2014) et avec des lectures supplémentaires nous sommes entrés de plain-pied dans l'interprétation du corpus d'entretiens. Les codes nous ont permis de classer et de récupérer rapidement des données similaires et ainsi regrouper les segments

reliés aux grandes lignes de l'entrevue dirigée. Cette étape de l'analyse est véritablement une tâche de condensation des données qui rassemble les données les plus significatives, afin de rendre le corpus facilement lisible.

Il existe différentes procédures pour classer et ordonner les « unités de significations » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 216). Il est possible d'adopter une approche exploratoire, plus inductive ou une procédure plus ciblée, plus structurée qui rappelle l'approche hypothéco déductive. Selon Flick et Foster (2017) l'une ou l'autre de ces procédures est justifiable dans l'étude des représentations sociale, mais comme le précisent les auteurs la méthode inductive est plus appropriée à l'élaboration d'une théorie comme le proposent Strauss et Corbin (1998), ce qui n'est pas le cas dans l'étude des représentations sociales. Nous avons donc opté pour un codage descriptif (Miles et Huberman, 2014) plus proche des propos des participants et du déroulement des entretiens qui suivait généralement la grille d'entretien (voir annexe).

Pour réaliser l'opération de codage, nous avons hésité avant d'utiliser un logiciel d'analyse de données. N'étant pas très familiers avec ces outils nous nous sommes laissé influencer par des collègues pour qui l'utilisation de tels outils semblait incontournable. Le logiciel NVivo disponible pour les étudiants de l'Université d'Ottawa n'était pas accessible étant donné que nous séjournions en Argentine⁴⁸ au moment de l'analyse des données. Nous avons alors opté pour MaxQda qui présente une interface conviviale, simple et intuitive et une licence d'utilisation abordable pour un budget d'étudiant. À l'aide de ce logiciel, les segments bruts ont été identifiés en suivant la disposition du canevas d'entrevue (voir Appendice A). Par la suite, nous avons tenté de rassembler et de raffiner ces segments. Nous avons alors rencontré les limites de nos connaissances du logiciel et au lieu d'engager un temps précieux

⁴⁸ Stage d'étude à l'Université Belgrano de Buenos Aires, sous la direction du Dre Suzanna Seidmann, complété dans le cadre du doctorat européen sur les représentations sociales et la communication de l'université La Sapienza de Rome.

à développer nos compétences et habiletés, nous avons choisi d'utiliser le tableur Excel sur lequel nous avons copié les segments bruts. Nous avons par la suite raffiné le codage et inséré nos commentaires dans les segments sélectionnés. Le regroupement et l'affichage des données condensées et distillées tirées du corpus d'entretien préparent le terrain pour une autre étape de l'analyse. Miles et Huberman (2014, p.112) définissent ce regroupement comme une « matrice ». Cette dernière, que nous avons réalisée à l'aide du logiciel Excel, est essentiellement le croisement de listes organisées en colonnes permet d'avoir une vue d'ensemble des données disposées systématiquement qui permettra ultimement de répondre aux questions de recherche.

4.5.3 Production du récit interprétatif

La dernière étape du travail d'analyse est considérée comme le passage d'une « logique thématique », qui s'applique au dégagement des thèmes principaux, à une « logique interprétative » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 334), qui préside à l'articulation des thèmes et de la théorie et des concepts développés dans les chapitres précédents. C'est donc en nous référant à la question de recherche que nous avons procédé à cette étape de l'analyse en élaborant un récit analytique qui reprend les caractéristiques des données de la matrice, leur donne un sens et des interprétations. Cet exercice d'écriture est en soi un dispositif de focalisation et de forçage qui propulse une analyse plus poussée. (Miles, 2014). « L'écriture ne vient pas après l'analyse ; c'est l'analyse, qui se fait au fur et à mesure que l'auteur réfléchit à la signification des données présentées sur la matrice »⁴⁹ (Miles et Huberman, 2014, p.114). L'écriture est une réflexion, qui fait appel à la sensibilité du chercheur, à son expérience, à ses représentations de l'objet d'étude (*Ibid.*). Le chapitre 5, consacré aux

⁴⁹ In fact, the act of writing text as you ruminate over the meaning of a display is itself a focusing and forcing device that propels further analysis. Writing does not come after analysis; it is analysis, happening as the writer thinks through the meaning of data in the display. Writing is thinking, not the report of thought.

résultats se veut une description de la matrice réalisée à l'étape précédente de l'analyse et le chapitre consacré à la discussion est l'étape ultime de l'analyse étant donné que l'articulation entre les données recueillies, la théorie, les concepts, le contexte nous amène à interpréter et donner sens aux propos des hypnothérapeutes concernant leur compréhension de l'hypnose et du pouvoir.

4.6 VALIDITÉ - TRIANGULATION

Lors des différentes étapes de l'analyse, nous nous sommes assuré de la pertinence du codage en procédant à plusieurs lectures. Cela a aussi permis de nous assurer que les énoncés étaient bien représentatifs des catégories que nous avons élaborées. Ensuite, les résultats, regroupés au chapitre 5, ont été soumis à la critique de cinq participants, ce qui a aussi permis une forme de validation des analyses effectuées. Par ailleurs, la saturation théorique est apparue vers le quinzième entretien, ce qui garantit une certaine validité quant à la teneur des opinions sur le pouvoir et l'hypnose.

Nous avons aussi confronté nos résultats concernant la représentation sociale de l'hypnose à des études internationales sur les opinions et croyances à propos de l'hypnose (Bosc, 2013 ; Green *et al.*, 2006 ; Johnson et Hauck, 1999 ; Krouwel *et al.*, 2017 ; Mendoza *et al.*, 2009). La plupart des études que nous avons répertoriées ont été réalisées auprès d'étudiants universitaires avec une méthodologie quantitative. Hormis l'étude de Bosc (2013), nous n'avons trouvé aucune étude qualitative sur l'hypnose s'appuyant sur la théorie des représentations sociales. Bosc est parvenue à faire ressortir des aspects de la représentation sociale de l'hypnose qui ne sont pas apparus dans les études quantitatives. Les perspectives différentes sur les questions de recherche, la collecte et l'analyse des données peuvent contribuer à remettre en question de manière plus critique nos propres représentations (Flick,

2017). Aussi les études internationales permettent une forme de triangulation qui permet de vérifier la teneur de la représentation sociale de l'hypnose en circulation dans les groupes de praticiens que nous avons ensuite confrontée avec les participants. Cette réflexivité est un élément important pour garantir la qualité de l'analyse qualitative dans la recherche sur les représentations sociales (Howarth et *al.*, 2004).

Enfin, une autre forme de validation découle des nombreux allers-retours effectués durant la rédaction de cette thèse avec notre directeur de recherche. Grâce aux rencontres, aux discussions et aux patientes relectures du professeur Negura, des questions pertinentes ont pu être soulevées quant à nos résultats de recherche, à leur interprétation ainsi qu'à la manière de les présenter.

4.7 LIMITE DE L'ÉTUDE

Les limites de notre étude se sont mises en place au fur et à mesure que nous avons privilégié certains éléments épistémologiques, théoriques et méthodologiques au détriment d'autres. Nous avons dû circonscrire notre objet d'étude, choisir à qui nous nous adressions, auprès de qui seraient recueillis et analysés les données, avec quelle méthode, et en privilégiant quelle théorie. Comme le suggèrent Paillé et Mucchielli (2016) l'étude d'un objet est le résultat de compromis et

toute analyse est analysée à partir d'un ensemble limité de positions et représente un compromis ontologique, épistémologique et méthodologique. Il est impossible d'étudier tout à la fois l'expérience : telle qu'elle se donne dans la conscience (phénoménologie) ; en tant qu'elle masque ou révèle l'inconscient (psychanalyse) ; du point de vue de son articulation au sein d'un discours (analyse de discours) ; en ce qu'elle révèle sur l'énonciateur (analyse de contenu) ; dans son rapport à la pratique (praxéologie) ; etc. En tant qu'individu, je peux me rendre compte que j'arrive à peine, moi-même, à savoir qui je suis et comment je fonctionne. Et pourtant, s'il y a quelqu'un qui a vécu ma vie, c'est bien moi-même ! Que dire alors de la vie des autres et de leurs vécus et

comportements ? Que dire du social que je tiens comme nous réunissant ? (Paillé et Mucchielli, 2016, p.104)

Nous avons choisi de nous concentrer sur l'expérience des hypnothérapeutes. Nous aurions pu étudier la perception de la clientèle qui choisit de recourir aux services d'un hypnothérapeute ou d'un psychothérapeute. La recherche démontre que les perceptions du pouvoir et de l'alliance thérapeutique diffèrent entre intervenants et clients (Bachelor, 2011; Bohart et Greaves Wade 2013). D'autres études ont démontré que les récits des thérapeutes et des clients à propos de leur expérience de l'intervention ont tendance à être différents (Llewelyn, 1988). Ainsi une recherche sur l'expérience du pouvoir du client permettrait une comparaison intéressante avec nos données et analyse tout en élargissant la compréhension de la dynamique de pouvoir.

Cette recherche est le reflet de notre curiosité intellectuelle, alimentée par notre expérience et nos connaissances de l'objet de recherche ce qui a permis de nourrir la motivation pour la compléter. Par ailleurs, il est indéniable que la collecte de données et l'analyse ont été influencées par nos expériences professionnelles et nos connaissances sur l'hypnose et le travail social. À partir de ce constat, il devient difficile de prétendre à l'objectivité étant donné notre implication émotive non seulement dans le choix de l'objet à traiter, mais dans son analyse. C'est à travers les filtres de notre subjectivité, de notre expérience clinique et du terrain, de nos aprioris et de nos valeurs issues du travail social que nous avons interprétés les données et malgré la recherche constante d'objectivité, nous ne pouvons écarter ce biais subjectif. Ce qui pour certain peut être considéré comme une lacune représente au contraire un atout important. Pour Michel Polanyi (1964, 1988) cette subjectivité est une composante vitale de la recherche et du développement des connaissances.

Un autre élément limitatif est la taille et la qualité de notre échantillon qui ne nous autorise pas à la généralisation. La taille de l'échantillon en est une. Réalisée auprès de 21 praticiens interrogés sur une base volontaire, et n'ont pas été sélectionnées d'après un échantillon

aléatoire, ce qui peut entraîner un biais déformant la représentativité des praticiens faisant usage de l'hypnose comme technique d'intervention au Québec. Nous pouvons ajouter que les participants de notre étude représentaient un groupe particulier d'individu qui appartient au groupe des intervenants blanc québécois, de 40 à 60 ans, de même niveau d'éducation, et de profil économique semblable. Nous pouvons affirmer que l'échantillon de participants est relativement homogène en termes socioéconomiques. Par exemple, il est probable que le récit des intervenants issus de minorités à propos du pouvoir soit différent de celui des intervenants que nous avons interrogé dans le cadre de notre étude étant donné leur expérience particulière reliée à l'oppression. Il reste à découvrir l'impact de l'identité sociale et des contextes d'interventions des intervenants issus de minorités sur leur expérience du pouvoir.

Le type de méthodologie déployée impose aussi une limite à notre recherche. Par exemple, la grille d'entretien utilisée pour recueillir les données répondait à certains objectifs reliés à des choix théoriques implique dès le départ une mise en forme du discours. Ainsi suivant la grille certains aspects de l'expérience ou du phénomène auraient pu être éclairés et d'autres moins. Il faut circonscrire la collecte de données à l'objet d'étude et comme l'énonce de Sardan (2008) le chercheur ne peut éviter de teinter ses dispositifs de recherche.

Le recueil de discours ou de représentations émiques n'est pas une « collecte », mais implique évidemment que des interprétations du chercheur aient été incorporées dans le dispositif de recherche et de sollicitation des informations, ne serait-ce que sous la forme même des questions qu'il se pose, et donc qu'il pose (hypothèses, sujets d'intérêt, sans parler même de ses préconceptions). Toute stratégie de recherche sur le terrain est à interprétation minimale intégrée (de Sardan, 2008, p.127-128).

Selon Van Manen (2016), la retranscription des entretiens est déjà une altération de l'expérience. Le moment même de l'enregistrement numérique est transformé au moment de sa saisie « So, the upshot is that we need to find access to life's living dimensions while realizing that the meanings we bring to the surface from the depths of life's oceans have already lost the natural quiver of their undisturbed existence » (Van Manen, 2016, p.54).

Nous pouvons donc considérer que la modalité de recueil et d'enregistrement des discours représente une autre limite méthodologique. Les entretiens ont été récoltés soient en personne, par téléphone ou encore par vidéo-conférence. Ces dernières modalités ont limité l'examen des réactions corporelles inconscientes qui aurait pu se dérouler lorsque les participants relataient leur expérience du pouvoir. Nous n'avons pas non plus questionné les participants à propos de telles réactions de leur part lorsqu'ils par exemple relaté les incidents critiques.

Nous n'avons pas non plus questionné les participants à propos des caractéristiques psychologiques des clients. La littérature suggère que les manifestations reliées à la dynamique de pouvoir peuvent être plus importantes pour des clients souffrant de troubles de la personnalité borderline, dépendants, narcissiques ou antisociaux (Bohart et Greaves Wade, 2013)

Une autre limite possible est liée au biais de désirabilité sociale. Étant donné que le thème du pouvoir est un sujet sensible il est possible que participants relatent ce qui apparaît le plus acceptable en raison des conventions sociales, plutôt que ce qu'ils savent être vrais pour eux. Comme dans toute recherche où les participants sont interrogés sur leurs expériences et leurs sentiments, le biais de désirabilité sociale peut être présent (Willig et Roger, 2017). Nous avons fait le nécessaire pour éviter cette situation, mais il n'y avait aucun moyen d'évaluer dans quelle mesure la désirabilité sociale a influencé les récits des participants.

En terminant, nous pouvons dire malgré les limites de cette recherche que les données collectées se sont révélées riches et ont permis de bien répondre à notre question de recherche. Nous avons fait une lecture originale de la représentation sociale du pouvoir qui nous a permis une humble contribution à la compréhension de la dynamique de pouvoir en contexte d'intervention.

4.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dans le cadre du doctorat en travail social, nous avons participé à une formation sur les principes éthiques et les pratiques habituelles de la recherche avec des êtres humains. Cette formation offerte par le Groupe en éthique de la recherche du gouvernement du Canada (Les trois Conseils, 2010) a été complétée en ligne le 2 août 2016. Un projet de recherche a par la suite été déposé devant le Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa qui a donné son aval par un certificat émis le 28 juin 2017 (Appendice C). Le Bureau d'éthique s'est donc assuré que seraient respectés le consentement libre et éclairé des participants, leur dignité humaine et leur intégrité morale, et que par ailleurs, leur anonymat serait préservé à toutes les étapes de production de notre projet.

4.8.1 Consentement éclairé

C'est lors du premier contact écrit avec les candidats potentiels qu'ont été présentés les buts de la recherche et les attentes concernant leur participation. Aux personnes intéressées a ensuite été envoyé un document les informant de la teneur de la tâche demandée (Appendice B), du temps requis, de leurs droits et des mesures prises pour le respect de la confidentialité.

Les professionnels en libéral qui pratique l'hypnose au Québec ne sont pas légion et le recoupement entre femme, professionnelle et hypnose est plutôt inusité, alors dans le but de respecter la confidentialité et l'anonymat, certains participants ayant fortement insisté sur cet aspect, tous les noms, lieux de pratique, lieux de formation, et bien sûr toutes les informations personnelles, sexes et profession⁵⁰ ont été tronqués directement à la

⁵⁰ Nous avons masculinisé les noms des participants et les avons regroupés sous deux ensembles : les professionnels et les non-professionnels.

transcription des entretiens. Ces retranscriptions ont ensuite été archivées sous un pseudonyme. C'est ce pseudonyme qui est utilisé dans le présent document pour désigner les sources des différents témoignages.

4.8.2 Risques et avantages de la recherche pour les sujets

Nous croyons que le principal avantage pour les participants à ce projet de recherche est de pouvoir prendre un temps d'arrêt et de réfléchir à leur pratique d'hypnothérapeute et à des notions comme celles de « pouvoir » et d'« intervention ».

En outre, cette forme d'introspection et d'exploration de la subjectivité permet de mieux se connaître comme personne, comme intervenant : plus nous nous comprenons, plus nous serons habiles à comprendre l'autre (Miller, 1986). Un autre avantage possible est lié à la lecture du rapport de recherche qui pourra contribuer à l'élargissement des connaissances sur le pouvoir et, peut-être, concourir à l'approfondissement de la compréhension de cette notion et à l'ouverture de nouvelles perspectives pour l'intervention.

Quant aux risques encourus par les sujets, ils sont essentiellement d'ordre psychologique. De par leur nature, ils sont difficiles à circonscrire et leurs répercussions sont subtiles. Par ailleurs, en raison de leur qualité d'intervenant, nous avons estimé très faibles les risques psychologiques pouvant être encourus par les participants. Ils étaient d'ailleurs assurés dès le début que les entretiens pouvaient être interrompus à tout moment si, par exemple, certaines questions étaient jugées embarrassantes. À cet effet nous n'avons aucun incident malheureux de cet ordre à signaler.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

La présentation des résultats suit le déroulement des entretiens et est répartie sous quatre thèmes : la représentation sociale de l'hypnose, la pratique de l'hypnose, la représentation sociale du pouvoir et enfin la dynamique du pouvoir. Le premier thème abordé avec les hypnothérapeutes concernait l'hypnose. Ainsi sous le premier thème ont été regroupés les éléments concernant les motivations, attitudes et opinions des participants et de leurs clients à propos du phénomène hypnotique. Ces éléments nous ont permis de tracer un portrait de la représentation sociale de l'hypnose des intervenants et indirectement de leur clientèle. Nous abordons aussi les vecteurs qui ont permis la transmission et l'élaboration des représentations sociales de l'hypnose des intervenants et de leur clientèle. La pratique de l'hypnose fait l'objet de la deuxième partie du chapitre. Ont été considérés des éléments plus techniques, comme les étapes de l'intervention et les méthodes employées pour induire l'état d'hypnose. La discussion concernant les particularités techniques ainsi que le récit d'un incident critique nous ont permis d'aborder les aspects représentationnels du pouvoir que nous présentons en troisième partie. La dernière partie du chapitre regroupe les résultats concernant la dynamique du pouvoir et ce qu'elle implique en termes de position et de négociation entre les acteurs.

5.1 REPRÉSENTATION SOCIALE DE L'HYPNOSE

5.1.1 Les vecteurs de représentations - intervenants

Les représentations sociales s'acquièrent, nous l'avons vu dans le troisième chapitre, dans différentes sphères de l'espace social. Les premières questions de l'entretien concernaient les événements ou motivations qui avaient amené les hypnothérapeutes à utiliser l'hypnose de manière professionnelle. Comme nous le résumons au schéma : *vecteurs de la représentation sociale de l'hypnose chez les hypnothérapeutes*, les hypnothérapeutes ont relaté des expériences vécues à l'adolescence et qui pouvant être associées à des lieux de socialisation et de formation.

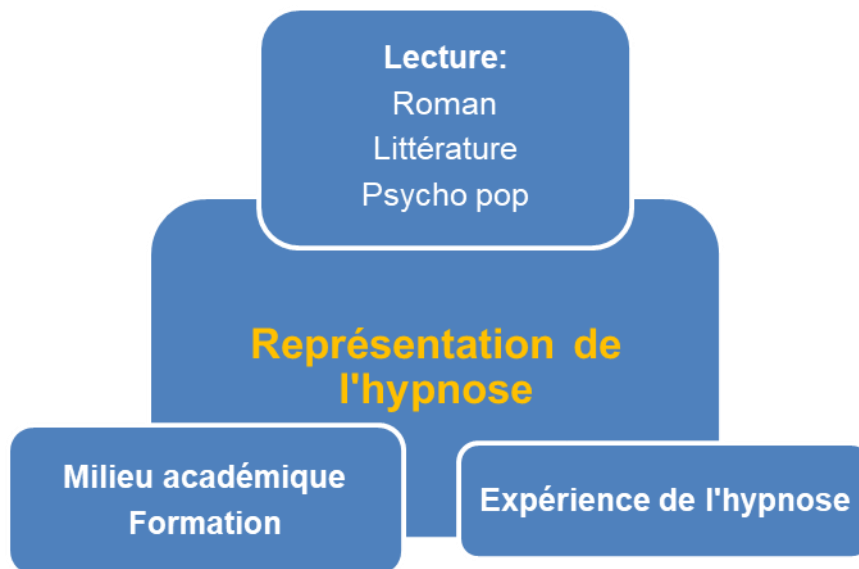


Schéma 6: Vecteurs de la représentation sociale de l'hypnose chez les hypnothérapeutes

5.1.1.1 La lecture, la socialisation

C'est par le biais de la lecture que certains hypnothérapeutes découvrent le phénomène hypnotique :

J'avais lu [Bridey Murphy] quand j'étais au secondaire, ça m'était toujours resté [...] dans l'idée » (Salvador) ; « Ça m'a toujours intéressé, vraiment, depuis le secondaire 5 [...] un prof de français [...] nous a initiés à la poésie romantique française [...] il y avait quelque chose d'hypnotique dans cette poésie-là. (Gilbert)

Pour d'autres, la découverte de l'hypnose a eu lieu plus tard au cours du cheminement académique. Par exemple, à l'université où certains s'intéressent à la psychologie ou aux ouvrages de développement personnel dans le but de se comprendre ou pour comprendre les autres ou simplement pour développer leurs connaissances à propos de la psychologie ou de l'hypnose et des phénomènes afférents :

J'ai commencé à m'intéresser, à l'université, dans le fond, à la psychologie, parce que je vivais des hauts pis des bas. [...] Ça fait que j'avais commencé à lire, dans le fond, à la bibliothèque, pour m'aider moi-même en m'intéressant à la psychologie. (Adrien)

Je me suis toujours intéressé à l'hypnose et aussi aux théories pis aux pratiques... de la troisième vague, mais la troisième vague, je veux dire, la troisième vague, mais humaniste, avec Maslow. Maslow. Pis à ce moment-là, lui parlait d'expériences du sommeil. Et il parlait de transes [...]. [Il] y a d'autres chercheurs qui vont parler de méditation, de la même façon qu'on parle de l'hypnose ou de la transe hypnotique. (Gilbert)

Dans l'univers académique, l'information sur l'hypnose semble circuler de manière informelle tant parmi les professeurs que parmi les étudiants, mais la scientificité de cette pratique suscite le scepticisme. Le phénomène est méconnu et attise la méfiance en raison de la potentielle perte de contrôle qu'il peut engendrer. Malgré tout, la curiosité est piquée (Mathieu, L-9 ; Adrien, L-8), et fait naître le goût d'approfondir les connaissances ou de tenter l'expérience :

Quand j'étais étudiante à l'université, à un moment donné, ben, tu sais, tout le monde en parlait, pis moi j'avais dit au professeur : « Moi, ça m'inquiète, ces choses-là, tu sais, que les gens puissent avoir le contrôle. » [...] Mais au niveau de l'hypnose clinique, je n'avais aucune idée de ce que c'était. Du tout, du tout. (Robin)

La première fois que j'en ai entendu parler, ce n'était pas négatif, mais c'était mitigé, j'imagine. Qu'est-ce que c'est que ce truc ? Je suis passée par un petit processus interne en me disant : en quoi est-ce que l'hypnose peut m'aider, donc je me suis un peu parlé à l'intérieur, donc j'ai eu un petit dialogue interne et j'en ai conclu qu'il allait sûrement y avoir des bienfaits, mais ça m'a pris des semaines de réflexion. (Nicolas)

Pour d'autres, l'hypnose est longtemps demeurée inconnue. Ainsi, André raconte en avoir fait usage dans ses interventions professionnelles sans même savoir de quoi il s'agissait :

Mais comme je ne savais rien de l'hypnose, j'amenais les gens dans leur monde intérieur sans savoir qu'ils étaient... ou sans me préoccuper qu'ils étaient en état modifié de conscience... [...] sans savoir que je faisais de l'hypnose. (André)

Sans grande surprise, nous constatons l'attitude favorable des intervenants envers l'hypnose. Cette attitude positive a éveillé le désir d'en savoir plus et poussé certains participants à lire des ouvrages sur le sujet et/ou à suivre des formations pour introduire cette technique dans leurs interventions, ou même à faire appel à l'hypnose pour régler un problème personnel :

Quand je suis allée à cette [présentation] de l'hypnose, ça a été le coup de foudre, là, j'ai dit c'est ça que je veux faire, c'est vraiment ça que je veux faire [...]. Et là, je me suis inscrite à des cours. (Samuel)

J'ai trouvé [une école d'hypnose] à Montréal, pis j'ai commencé par curiosité tout en travaillant à ma job [...] à faire les formations, tu sais, un week-end de temps en temps échelonné sur plusieurs mois [...] c'était vraiment une curiosité. (Adrien)

5.1.1.2 L'expérience de l'hypnose

Tous les intervenants rencontrés ont vécu une expérience personnelle de l'hypnose qui a eu lieu lors d'une consultation, lors du processus de formation ou lors des premières interventions réalisées avec des clients. Les motifs de consultation étaient reliés à des difficultés personnelles ou encore dans le but d'aider un proche. Quel que soit le moment où cette expérience est survenue, elle a permis une modification ou un renforcement de la représentation de l'hypnose, ce qui constitue un point tournant pour l'adoption de l'hypnose comme thérapeutique.

Les intervenants qui ont fait appel à l'hypnose à titre privé en ont expérimenté le « côté client », ce qui leur offre un point de vue particulier et leur permet d'apprécier l'efficacité de la technique et cet aspect d'« authenticité » qui semble particulier à l'hypnose.

Une fois que j'ai consulté comme client, c'est là que ça m'a décidé vraiment de dire que ça a été comme un projet, un ajout, parce que comme client, j'ai vraiment vu ce que c'était de l'autre côté, c'est-à-dire du côté client, l'approche client, c'était donc beaucoup plus efficace, beaucoup plus vrai, plus authentique. (Gilbert)

C'est les douleurs qui m'ont amenée à changer de métier, parce que je ne pouvais plus faire mon métier, pis je voulais trouver quelque chose qui me permettait de ne pas prendre toute la médication qu'ils m'offraient. Je n'ai pas eu le choix de prendre un peu de médication, mais la visualisation, l'hypnose, tout ça, l'autohypnose, c'est vraiment ce qui m'aide à gérer les douleurs. (Salvador)

Pour tous les participants qui ont eu recours à l'hypnose dans le but de trouver une solution à une problématique personnelle, il s'agissait d'une option de dernier recours, car d'autres techniques psychologiques ou médicales avaient été testées sans succès.

Des participants ont vécu l'expérience hypnotique en cours de formation à l'hypnose. Les cursus de toutes les écoles d'hypnose offrent des démonstrations qui impressionnent et laissent entrevoir le potentiel thérapeutique de la technique :

[Quand] je me suis laissée aller, je me suis complètement abandonné à l'expérience et là j'ai vraiment vécu une petite révélation et je me suis dit : « My god, cette révélation-là va me servir pour le reste de l'année, je vais en profiter pour nourrir ça, cette révélation-là ». (Alexis)

L'expérience décisive peut aussi avoir été indirecte. Dès les premières consultations en stage de formation, les intervenants sont témoins de résultats inattendus auprès de la clientèle :

J'ai commencé à faire des stages avec des clients, ben là, ça m'a... les résultats m'ont vraiment surpris. (Adrien)

Ça me prenait des heures de stage, ça fait que je demandais à mes clients, parce que le lien était déjà fait [...] pis c'était juste ben le fun, c'était gratis, pis... pis fuck, ça marchait déjà. Je ne connais que dalle [rires], pis je vois déjà l'efficacité pis l'intérêt de

faire ça, tu sais, c'est comme si j'avais vu ou ressenti que je pouvais faire avec ces gens-là, en trois rencontres, ce qui m'aurait pris peut-être neuf mois à faire. (Richard)

Le constat des résultats obtenus par le stagiaire exerce sur lui une forme de fascination. Plus surprenant, les interventions pratiquées sur autrui sont aussi susceptibles d'apporter un changement chez l'intervenant :

Je travaillais deux jours par semaine, et je ne faisais que de l'hypnose pour la perte de poids pendant ces deux jours-là, et j'ai commencé vraiment à perdre du poids. [...] Ça fait que j'étais là wow !, tu sais, pis là, ça m'a vraiment réconciliée avec l'hypnose de programmation. [...] J'adore faire ça. Vu que moi-même, j'avais vécu ce que c'était avoir du surplus de poids, pis être aux prises avec ça, je suis comme habilitée, là, tu sais, pour aider les gens. (Samuel)

Cette expérience de l'hypnose vient consolider la foi de l'intervenant en l'efficacité de la technique et en ses capacités à la faire vivre à d'autres personnes. Comme l'exprime Alexis, la révélation de l'expérience hypnotique a pour effet de fixer son adhésion à cette technique.

Chez certains cette adhésion est renforcée par une conviction quasi religieuse :

Je voyais leurs mains avec les gants en caoutchouc avec du sang, l'autre, elle ne bronchait pas, tu sais. Elle était sur une plage, pis elle se promenait, pis je me disais : « Mais, c'est incroyable, la puissance de notre esprit », là, tu sais. C'est ça qui a vraiment comme... c'est venu comme cimenter à 100 %, pour moi, en tous cas, le pouvoir qu'on pouvait avoir pour... à transmettre, tu sais, pour aider les gens pour toutes sortes, toutes sortes de problématiques. (Samuel).

Ainsi, lors des stages qui succèdent aux formations, les résultats obtenus en intervention modifient l'opinion à propos de l'hypnose non seulement chez l'intervenant et son client, mais aussi chez des témoins comme l'entourage professionnel. C'est également l'occasion pour les nouveaux intervenants de répondre aux questions et de satisfaire la curiosité :

[Dans mon] milieu de travail [...] j'ai eu des résultats que, un, je ne m'attendais pas ; deux, que les patients étaient volontaires. Et puis, les collègues aussi ont eu connaissance [...] que je faisais l'expérience [...] avec des patients volontaires, et puis là, il y avait des résultats. Ça fait que la relation, elle a changé par la perception des résultats, tu sais. (Mathieu)

Ces expériences apparaissent capitales, car elles sont vectrices de représentations, elles façonnent les perceptions et les acceptions de l'hypnose. La valence positive de la

représentation incite et permet d'intégrer la technique à la pratique professionnelle ou encore à s'y former et développer son savoir afin de pouvoir en faire usage. Cette expérience d'hypnose qui est présentée par les participants comme une révélation fait en sorte que ces derniers sont intimement convaincus des effets de la technique.

5.1.2 La représentation sociale de l'hypnose des intervenants

5.1.2.1 Les motivations à s'engager dans l'expérience hypnotique

Comme nous venons de le voir, l'hypnose était méconnue de certains des intervenants rencontrés. Elle suscite parfois des attitudes neutres et négatives en raison de la perte de contrôle possible. Attitude qui se modifie positivement suite à une expérience hypnotique vécue. La représentation sociale est aussi modifiée suite à cette expérience. Nous avons exploré le contenu de la représentation de l'hypnose en abordant, lors des entretiens, les thèmes « motivations » et « ingrédient actif » de l'hypnose. Ces thèmes ont amené les participants à se prononcer sur les éléments ou les caractéristiques de l'hypnose qui leur paraissaient essentiels à l'adoption de cette technique dans leurs interventions révélant ainsi leur représentation sociale de l'hypnose. Le schéma : *Motivations à l'adoption de l'hypnose comme technique d'intervention* résume ces éléments qui ont présidé à l'adoption de la technique. Pour discuter de ces thèmes, les intervenants ont mis de l'avant leurs connaissances de l'hypnose et leurs expériences d'intervention ainsi que la perception de leurs clients à propos du phénomène.

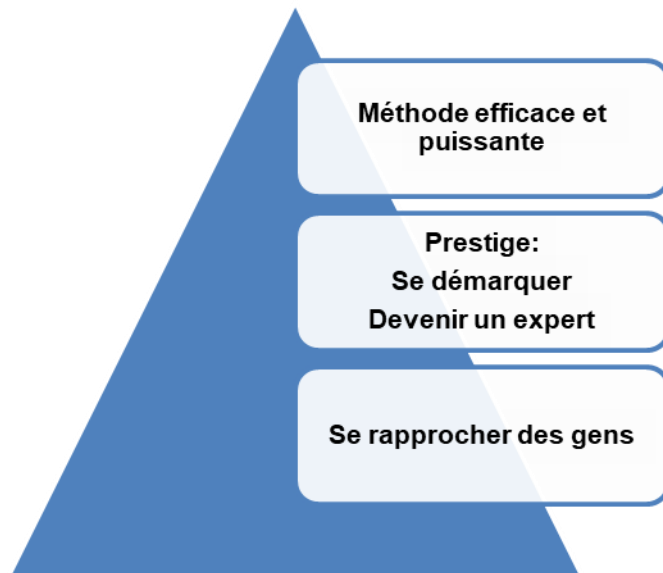


Schéma 7: Motivations à l'adoption de l'hypnose comme technique d'intervention

Il apparaît que des éléments représentationnels tels la puissance, l'efficacité, la possibilité de redonner espoir à une personne en détresse, la profondeur de la connexion avec cette personne et l'ambition de se démarquer des autres intervenants ont concouru à l'adoption de la technique. Ainsi, les intervenants ont évoqué la puissance de l'hypnose : « *Mais en même temps, comme c'est puissant l'hypnose, entre autres les images dans lequel on amène... moi j'amène les gens en hypnose conversationnelle [...].* » (André).

L'hypnose est synonyme de polyvalence, de résultats rapides, d'efficacité, de satisfaction. La connexion avec des zones de l'inconscient, qui apparaît comme une caractéristique de l'hypnose, permet de sortir rapidement d'une impasse en activant des ressources d'empowerment :

C'est comme si j'avais découvert un outil qui était sans aucune limite, tu sais, pour travailler avec quelqu'un, pour l'aider, pour... peu importe c'est quoi son objectif. (Adrien)

L'immédiateté de la transformation intérieure. Le client, la cliente, sort de là avec des lueurs de satisfaction dans les yeux pis je vois que ça se poursuit dans le temps aussi. [...] c'est l'immédiateté de la libération intérieure, fait que c'est tellement valorisant pour soi, comme thérapeute, que, écoute, j'utilise ça très souvent, depuis... 35 ans maintenant. (André)

La rapidité avec laquelle le changement peut advenir permet à l'intervenant de redonner espoir aux personnes qui cherchent une solution rapide à un problème qui persiste malgré les nombreuses démarches entreprises :

Donc, parce que peut-être de sentir que les gens sont dans l'impuissance... pis j'entends parler de plus en plus de personnes qui se suicident, parce qu'ils sont plus capables de supporter cette souffrance dans leur vie. Pis en plus, la médecine qui leur dit qu'ils ne s'en sortiront jamais, qu'ils ont juste à gérer leur douleur jusqu'à la fin de leurs jours, je trouve ça épouvantable [...] étant donné qu'il y a quelque chose à faire, c'est ça, mon cheval de bataille, de ce temps-ci et depuis plusieurs années, c'est la fibromyalgie, pis de dire : « Oui, c'est possible de s'en sortir ». Pis l'hypnose est un outil intéressant au niveau de la douleur, même si les études montrent que l'hypnose, le résultat est à court terme, ce n'est pas à long terme. (André)

Le désir de se rapprocher des gens et d'entrer en contact avec leur réalité est un autre incitatif à incorporer l'hypnose à sa pratique. Comme nous l'avons vu, la rencontre hypnothérapeutique permet une connexion particulière avec le client et un accès privilégié à ses conditionnements, ce qui semble répondre, chez l'intervenant, à un besoin de connexion, d'intimité et qui représente un élément motivationnel important :

Ce qui m'a le plus marquée de cette approche-là, c'est vraiment cette tendance-là à aller vraiment proche des gens. C'est vraiment une hypnose humaniste qui va vraiment, là, dans le cœur des gens, là, ça. Ça, j'ai aimé ça. (Salvador)

Cependant, cette grande proximité avec le client peut être dangereuse. Un intervenant a fait part de ses préoccupations au sujet de la fusion avec le client :

J'ai découvert avec le temps qu'il y a une vulnérabilité aussi du côté du thérapeute. Pis c'est ce qui fait que l'hypnose devient... si on n'a pas le bon garde... de bons référents [...] des garde-fous [...] on risque de glisser puis de tomber. [...] Parce qu'on ne doit pas s'approcher trop de la personne, on ne veut pas trop vouloir la changer non plus, on ne doit pas vouloir non plus être trop efficace. Il faut se retenir parce que justement, il ne faut pas aller non plus dans la fusion. (Jean)

Pour d'autres intervenants, au contraire, l'utilisation de l'hypnose permet de se démarquer et répond à un certain narcissisme :

Je suis un personnage qui aime se démarquer, c'est mon ego pis mon côté narcissique. J'avais besoin d'un aspect différent des interventions dites traditionnelles. Ça fait que je suis vers... c'est pour ça que ça m'a amené à me spécialiser, pis aussi à défaire cet aspect de croyance là, que l'hypnose était un pouvoir sur l'autre. (Mathieu)

Dans le même ordre d'idées, certains sont motivés par l'envie d'apprendre quelque chose à autrui, de devenir les détenteurs d'un savoir particulier :

Et bien sûr, moi, je me donnais comme mission... de toute façon, j'étais enseignante, j'ai toujours aimé ça enseigner, donc moi, j'enseignais aux gens. De toute façon, l'hypnose, c'est un sujet qui attire l'attention. Les gens nous posent toujours plein de questions, et je trouve que c'est une belle opportunité, justement, de leur donner des bonnes informations. (Samuel)

5.1.2.2 Les intervenants définissent l'hypnose

Une autre manière de mettre en évidence la représentation sociale a été de demander aux intervenants de formuler une définition de l'hypnose. Nous avons alors insisté sur le mot « personnel » afin d'obtenir l'opinion de l'intervenant et non une définition « officielle » diffusée par une école de formation à l'hypnose. Nous voulions savoir comment les intervenants conceptualisent l'hypnose suite à leurs expériences personnelles. D'entrée de jeu les intervenants ont fait référence à ce qui pourrait être considéré comme des formes particulières d'hypnose. Ainsi les intervenants ont parlé d'hypnose « conversationnelle » (André) ; « brooksonienne », « de compassion » (Salvador) ; « de reprogrammation » (Richard) ; « d'imagerie guidée » (André) ; « d'hypnoanesthésie » (Samuel) ; « standard », « directive » ; (Samuel) ; « classique » (Salvador). Ces adjectifs et suffixes accolés au terme hypnose correspondaient tantôt à une école, à un individu ou tantôt à une attitude ou une technique spécifique. Nous n'avons pas cherché à élucider les caractéristiques propres à chacune de ces formes étant donné que notre objectif était de tracer les contours généraux de la notion d'hypnose.

5.1.2.3 L'hypnose, un outil, une technique

Par contre, les intervenants sont unanimes, l'hypnose est un outil, une technique simple et efficace qui s'enseigne facilement. D'ailleurs, un des objectifs de la rencontre avec le client est l'apprentissage de l'autohypnose, un outil qui servira de support à l'intervention :

Je définis l'hypnose comme étant un outil. Un outil incroyable qui est à notre portée, qu'on peut utiliser, qu'on peut enseigner, qu'on peut certainement montrer aux gens comment utiliser pour s'aider eux-mêmes, ça fait que pour moi, l'hypnose, c'est une technique. (Samuel)

L'hypnose est vraiment un outil quand on fait de la thérapie. (Nicolas)

C'est un outil thérapeutique qu'on utilise parce que j'ai accès à ça. [...] C'est un outil thérapeutique qui est vraiment trippant, tu sais. (Richard)

L'hypnose, c'est une technique efficace qui est simple. (Gilbert)

Ça fait que l'hypnose [est] une technique que j'apprends aux clients pour se mettre en état de concentration pour venir upgrader sa relation positive, bénéfique à lui-même. (Alexis)

Pour les intervenants, cet outil est comparable à d'autres utilisés en thérapie ou en psychothérapie : « On est des intervenants et on utilise l'hypnose comme outil thérapeutique comme la zoothérapie, comme l'art-thérapie [...] la musicothérapie. L'hypnothérapie, c'est un outil d'intervention. » (Mathieu). En outre, les intervenants disposant de plusieurs outils peuvent faire usage de l'hypnose de manière sporadique :

C'est sûr que je fais de la psychothérapie à travers ça, je fais beaucoup de psychopédagogie [...]. Tu sais, ma pratique n'est pas juste orientée avec l'hypnose. C'est à peu près le tiers, même pas le tiers, 25 %, mais ça se reflète dans mes rencontres pareil. (André)

Je fais plein de consultations sans hypnose, hein, ça fait que pour moi [...] c'est une plus-value, l'hypnose. (Richard)

5.1.2.4 L'hypnose, un adjuvant à la thérapie

La combinaison de l'hypnose avec d'autres techniques serait même nécessaire. Les intervenants expliquent que les trances de tous les jours, comme les états d'hyper-concentration ou de distraction, ne permettent pas la transformation. Si elle n'est pas accompagnée d'une forme de réflexion ou d'une relation thérapeutique, l'hypnose n'apporte rien au client. L'effet actif qui permet d'atteindre les objectifs fixés au départ se trouve dans ce qui précède ou suit l'induction de l'hypnose : « *L'induction n'est pas la thérapie. [...] je pensais plus à qu'est-ce qui va le changer quand il va sortir d'ici. Ce n'est pas l'induction qui va faire ça. C'est le travail après.* » (Richard). L'hypnose est avant tout un adjuvant à la thérapie qui permet d'accélérer et de renforcer le processus de changement :

Donc, si on fait n'importe quelle bonne thérapie, on la fait sous hypnose, les choses vont travailler beaucoup plus rapidement que si on les faisait juste en l'état du cerveau bêta. (Nicolas)

Sous cet état modifié de conscience, le travail va se faire beaucoup plus rapidement que si on faisait le travail juste en se parlant comme maintenant. (Nicolas)

L'hypnose, c'est un outil pour que votre subconscient réponde mieux au travail fait et pour que ça soit plus efficace et plus rapide. Donc, c'est quand même rapide et permanent. On ne veut pas juste que ce soit rapide. (Nicolas)

La PNL⁵¹ m'a aidé à mieux comprendre comment quelqu'un fonctionne au niveau de soit son discours intérieur, soit ses représentations, soit ses ancrages qu'elle a, qu'elle reste prise, pis avec l'hypnose, c'est comme un peu mon véhicule, après ça, pour pouvoir aussi amener le changement. (Adrien)

L'hypnose, elle vient simplement renforcer. (Mathieu)

Ainsi, tous les intervenants rencontrés ont dit combiner l'hypnose à d'autres techniques ou approches. Parmi ces techniques, certaines s'apparentent à l'hypnose ou en sont dérivées.

Par exemple le *Clean Language and Symbolic Modelling* décrit par Nicolas:

⁵¹ Programmation neurolinguistique.

Une autre thérapie qu'on peut faire avec ou sans l'hypnose, mais moi je la fais avec l'hypnose. Ça s'appelle le Clean Language and Symbolic Modelling. (Nicolas)

Apparue en Nouvelle-Zélande dans les années 1980 cette technique prône l'utilisation de métaphores composées avec les mots et les expériences vécues du client. Autre exemple, la programmation neurolinguistique (PNL) que Samuel a intégrée à sa pratique de l'hypnose.

J'ai beaucoup appris aussi des techniques de PNL pour la perte de poids et d'autres techniques, et surtout ce que j'ai appris, c'est qu'on peut faire un bon mélange de tout ça. (Samuel)

Dérivée de l'hypnose, la PNL est bien connue du milieu des affaires par le biais des coachs en entreprise qui sont sollicités pour améliorer les performances des employés : « *[Par rapport à l'hypnose,] la PNL, moi, dans un contexte de business, ce n'était pas perçu comme étant ésotérique* ». (Adrien). La pratique de la PNL n'apparaît pas aussi nébuleuse que celle de l'hypnose.

5.1.2.5 L'hypnose, ce n'est pas de la relaxation

Cet état d'hypnose que les intervenants comparent à de la relaxation peut être obtenu par le biais de la méditation ou de la visualisation, techniques d'ailleurs utilisées par certains intervenants pour induire l'état d'hypnose. Dans leurs explications, les intervenants prennent bien soin de spécifier que l'hypnose n'est pas seulement une relaxation : « *[L'hypnose se définit comme] un état modifié de conscience, de concentration, avec [...] quelques caractéristiques neurobiologiques [démontrant] que je ne suis pas en relaxation* ». (Robin). Une des particularités de l'état d'hypnose serait d'être coupé de son environnement immédiat : la personne se promène entre conscience et inconscience, il expérimente avec son corps une forme de neutralité nerveuse où les systèmes sympathiques et parasympathiques, responsables de la mise en tension du corps et de sa récupération, sont

désengagés, ce qui lui permet d'entrer dans des zones de sa psyché auxquelles il n'a pas accès en état de vigilance.

Quelques intervenants utilisent le mot « transe » pour qualifier l'hypnose, ce qui a pour avantage de bien marquer la distinction avec la relaxation. Mais l'utilisation de ce terme n'est pas généralisée, probablement en raison de son aura de mystère :

L'hypnose est une transe hypnotique – on ne peut pas faire d'hypnose sans transe. [...] C'est une transe entre la veille et le sommeil, qui ressemble un peu à un état de rêverie et qui permet d'avoir accès un peu plus à des représentations inconscientes. (Gilbert)

Amener en transe, oui, ça nous aide pour voir comment les gens, des fois, n'auraient même pas l'impression d'être en transe, mais quand ils ouvrent les yeux, ils disent : « Ayoye, j'étais donc ben loin ! » ; ils voient la différence entre cette conscience qu'on perçoit à l'intérieur de soi pis d'y toucher, c'est... je trouve ça intéressant d'amener les gens dans cette belle conscience-là. (André)

Les intervenants citent volontiers des études scientifiques qui expliquent que l'hypnose et la transe ne sont pas vécues de la même manière et avec la même profondeur par tout le monde. Seul un faible pourcentage de la population aurait la possibilité de vivre des états de transe très profonds. Une intervenante utilise ces informations pour rassurer ses clients quant à ce qu'ils vont vivre en état d'hypnose :

90 % de la population, ils n'ont pas l'impression d'être en transe. J'explique vraiment que la majorité des gens [ne vont] pas dans des trances [profondes]. De comprendre ça, ça les met dans... tu sais, ils se disent : « Regarde, je n'ai pas à performer, je n'ai pas à me rendre jusqu'à là, là ». Ah, ça les rassure. (Salvador)

Par ailleurs, cet état est difficile à corroborer tant par la personne qui le vit que par l'intervenant. Le client peut vivre un état qu'il n'associera pas nécessairement à l'hypnose et l'intervenant dispose de peu de moyens pour la valider :

[Personnellement,] j'ai travaillé plein, plein de choses sous hypnose, donc je savais que souvent, quand on finissait la séance, on ne ressentait rien de spécial, on rentrait à la maison comme s'il ne s'était rien passé, absolument. (Nicolas)

Des fois, j'ai l'impression que ça ne marche pas partout. Il ne se passe rien. Pis là, ben, la personne, elle revient, pis... « Pis, comment ça a été ? – Ben, il n'y a rien de changé, il n'y a rien de différent ». (Robin)

[Je dois aller au-delà de] ma perception du moment, de tout le temps continuer, dans le sens que ça fonctionne au-delà de ma compréhension que, tu sais, même de moi, de lire des signes de transe ou pas. C'est qu'il y a tout le temps quelque chose qui se passe pareil. (Adrien)

5.1.2.6 L'hypnose, un état modifié de la conscience

Tous les intervenants définissent l'hypnose comme un état modifié de la conscience et c'est ainsi qu'ils la présentent à leur clientèle : « *Je leur dis tout de suite : "C'est vraiment juste un état modifié de conscience"* » (Nicolas). Ils font aussi remarquer que cet état est naturel, tout comme la relaxation. Vivre un état d'hypnose est donc possible pour tous, parfois même sans le savoir, par exemple en état d'hyperconcentration, lorsque l'attention est entièrement dirigée vers un livre, un film ou la conduite d'un véhicule :

La plupart des gens ne savent pas que l'hypnose, c'est un état naturel. (André)

Les gens ne réalisent pas, mais tous les jours, quand ils vont prendre l'auto, ils sont en transe. Tous les jours, dès qu'ils sont concentrés sur quelqu'un qui parle ou sur la TV, sur un livre, n'importe quoi, tu sais, ils ont l'accès, l'accès, il est là. Mais c'est juste qu'ils ne comprennent pas ce qui se passe dans cet accès-là. (Salvador)

L'état de conscience spécifique que l'on souhaite faire vivre au client est aussi susceptible d'être vécu par l'intervenant. Mathieu a expliqué comment il vivait cet état modifié de conscience lors de ses consultations. En concentrant toute son attention sur son client, l'intervenant vit une forme de transe qui permet une connexion particulière avec celui-ci et sa problématique :

J'utilise l'hypnose [...] je te dirais 100 % parce que, veut, veut pas, ça devient comme intégré, cette affaire-là, c'est comme... c'est comme c'est un état. Moi, je suis dans cet état-là, je rentre dans mon bureau, j'embarque dans cet état-là. (Mathieu)

Cette transe ouvre un espace de créativité qui est exploité pour atteindre les objectifs de l'intervention. Paradoxalement, l'hypnose permet aussi une déconnexion d'avec soi-même et

ses affects. Or, prendre du recul par rapport à ses émotions favoriserait la réinterprétation des situations problématiques :

[Avec la métaconscience] on est en lien avec les valeurs, les croyances. On est en lien avec la capacité de se voir, aussi, de l'extérieur, de se voir dans nos comportements, de se voir dans nos relations et de se voir aussi dans les stratégies qu'on utilise ou qu'on remet en place, qu'on met en place pour améliorer le motif de consultation. (Mathieu)

5.1.2.6.1 Nature de l'état de conscience modifié

Lorsque nous avons demandé aux intervenants de préciser en quoi consiste cet état modifié de conscience, ils ont plutôt décrit en quoi cet état pouvait être utile, et quelles en étaient les conséquences et l'utilité pour la thérapie :

L'état d'hypnose comme tel, c'est vraiment d'amener cette ouverture-là, cette ouverture-là de conscience, cet état modifié, plutôt, qui nous donne accès à tellement plus grand, là, tellement plus vaste, ça fait que c'est vraiment l'état de conscience qui amène, après ça, le changement. C'est pour ça que l'hypnose est importante. (Salvador)

Pour les intervenants, sans état modifié de conscience, pas d'hypnose, et rien ne se passe :

Un état sensoriel, un ressenti. Oui. J'interviens en accompagnant, en l'aidant à faire des liens, en suggérant... [...] Puis en la gardant centrée sur son ressenti, parce que si elle va dans son mental, c'est comme si on était sur la chaise pis en état ordinaire de conscience pis on n'arriverait à rien. (André)

Les intervenants ont donc de la difficulté à décrire l'état modifié de conscience en tant que tel et, pour aider leurs clients à bien comprendre ce qu'ils s'apprêtent à vivre, ils comparent l'état d'hypnose à des états ordinaires, par exemple, le demi-sommeil, la sieste, la relaxation ou la rêverie :

[La relaxation et l'hypnose,] c'est quasiment pareil. C'est quasiment le même état qui va arriver, parce que dès que tu commences à te relaxer, tu commences à focuser, le focus est porté vers toi, alors tu commences à perdre un peu le contact avec l'extérieur, ça fait que déjà, c'est un état d'hypnose. (Salvador)

Ça va vous donner l'impression vraiment plus d'une détente guidée, d'une visualisation dans laquelle votre état va bouger, va se promener, pis là, ben, tu sais, je

leur explique, pis j'ai tout le temps une tablette que je sors de mon bureau, pis je leur explique : « Bon, ben, au-dessus de la tablette, c'est le conscient, pis au-dessous, ben... on va se promener dans ces états-là de relaxation ». (Adrien)

On ne fait pas juste faire une sieste, il se passe autre chose... ils sont détachés de l'environnement, ils sont plongés dans leur monde, ils sont dans la lune, c'est le cerveau qui fait ça... ils sont plus détendus, ils sont concentrés sur leur imagination, ils sont partis dans leur scénario... ils sont détachés de l'environnement immédiat. (Richard)

Quand on est en parasympathique, c'est comme si on se met sur le neutre pis c'est ce qui nous permet d'envisager plus de... voyons, d'options [...] si on reprend toujours l'analogie avec les autos, donc on est sur le neutre, on peut le mettre en première, en deuxième, en troisième, en quatrième ou à reculons. Tandis que si on est sur l'autoroute en quatrième vitesse, on ne peut pas vraiment envisager de mettre sur le reculon. (Gilbert)

5.1.2.6.2 Utilité de l'état de conscience modifié : rejoindre l'inconscient

Aux dires des intervenants, l'état modifié de conscience permet de pénétrer dans un espace psychique situé en dehors de la conscience que les intervenants nomment « subconscient », « métaconscience » ou « inconscient ». Cet espace psychique revêt un aspect positif et réparateur, et s'oppose ainsi au concept d'inconscient proposé par la psychanalyse, pour laquelle l'inconscient est un réservoir de complexes : « *On a déjà les réponses à l'intérieur de nous, grâce au subconscient [avec l'hypnose] on va pouvoir aller y accéder beaucoup plus facilement que si on travaillait en se parlant normalement* » (Nicolas). L'hypnose est la clé qui donne accès à cet espace : « *On n'est pas juste au niveau du discours, la personne va entrer dans un lieu où elle n'aurait pas accès autrement.* » (Salvador). Une fois induit l'état d'hypnose, la personne peut entrer en contact avec des parties d'elle-même auxquelles elle n'aurait pas accès dans un état de conscience ordinaire.

5.1.2.7 L'hypnose une dissociation et une rencontre avec soi-même

L'état de conscience modifié de l'hypnose permet d'entrer en relation intime avec soi-même, de descendre à la rencontre de son moi profond pour modifier des comportements :

[Un] état de concentration modifié, oui, oui, je suis d'accord avec le « modifié », je rajouterais modifié intérieurement. C'est-à-dire qu'on est vraiment dans un rendez-vous avec soi dans notre monde intérieur. On se place dans un état où est-ce que c'est très, très vivant en tant que relation, mais c'est une relation avec soi. (Alexis)

Un état modifié de conscience qui nous permet de revenir à l'essentiel en soi, à la partie qui [...] oriente les réactions. Et ce qu'on veut aller défaire [et] permettre l'action juste et bonne pour soi. (André)

Le fait de se connecter à soi-même ou avec plusieurs parties de soi-même permet à l'individu d'être plus complet : *« Ce relâchement-là fait le vide dans ta tête, t'exploites une autre partie, ça fait que tu deviens un individu plus complet ».* (Richard)

Outre la déconnexion d'avec soi-même, l'hypnose permet de se dissocier de son environnement immédiat. Une fois dégagé de l'emprise des normes sociales et des conditionnements, l'individu peut vivre une forme de réconciliation avec soi-même, un élément clé de l'hypnose qui permettrait la reprise de pouvoir sur sa vie et sa destinée :

Donc, quand la personne distingue ce qui lui appartient et ce qui appartient aux autres, elle se retrouve dans son plein potentiel à elle, elle se libère de ses croyances qui ne lui appartiennent pas. (André)

Le fait d'être en état modifié de conscience permet d'accéder à ce que j'appelle le grand bassin de conscience, où tout est possible. Parce que, dans notre conscience ordinaire, selon moi, on est dans un état modifié de conscience limitatif, avec tous nos conditionnements, tout ce qu'on a décidé de capter, notre éducation, la société, ce qui est bien, ce qui est mal, etc., le contexte moral, social. Tandis que quand on entre dans le grand bassin intérieur de la grande conscience, on peut se défaire de tous ces ancrages -là et recréer de nouveaux ancrages bons pour soi. (André)

5.1.2.8 La connexion avec un réservoir de ressources

La connexion avec cet « inconscient-ressource » a été mentionnée par tous les intervenants rencontrés. L'hypnose donne accès à un autre espace psychique, dans lequel il est possible de développer son potentiel de guérison, de reprise de pouvoir et d'autonomie. Dans cet espace, la personne dispose des réponses à sa problématique ainsi que des ressources nécessaires au rétablissement de son bien-être :

On veut expérimenter différentes façons de travailler avec lui pour lui donner des outils, des mécanismes, que ce soit d'autoguérison, de reconnecter à cette force-là, tout comme... je vais dire à la personne : « Ben, si tu te coupes un doigt, tu n'as pas besoin de rien faire, tu sais. Ton sang coagule tout seul, la cicatrisation se fait, tu n'as pas besoin consciemment d'y penser, ton corps est déjà bâti pour faire ça, tu sais. » Donc, on va l'aider à plus se connecter à cette capacité-là, pis on va voir comment elle va réagir avec le temps, pis on va progresser. (Adrien)

Une relaxation qui permet d'atteindre une ouverture de conscience qui donne accès à ce pouvoir-là, qu'on a à l'intérieur de nous. C'est l'état de conscience qui est important, là, c'est vraiment la détente ou d'être dans la lune ou peu importe qui nous donne accès à... oui, plus grand. (Salvador)

5.1.2.9 L'accès à la modification des souvenirs

En permettant d'accéder à l'inconscient, l'hypnose offre aussi la possibilité de reprogrammer ou de modifier la mémoire et les comportements. Par exemple, en effaçant le souvenir d'expériences passées qui font encore vivre des émotions douloureuses ou en reprogrammant des comportements jugés délétères pour la santé ou l'entourage. L'hypnose serait la clé des souvenirs enfouis et du « code source » du comportement, qu'il serait ensuite possible de réécrire facilement, rapidement et surtout sans effort :

Il y a certains patients qui arrivent là avec l'idée préconçue qu'ils vont s'asseoir puis que, une heure après, moyennant un chèque déposé sur le bureau, qu'ils ne se souviendront plus d'un événement, que tu vas avoir arrêté de fumer, pis que le problème va être réglé. (Mathieu)

C'est comme si, là, j'avais accès, dans un certain sens, à tout, c'est-à-dire à toute la programmation complète, tu sais, de la personne, sans la voir nécessairement, mais que là, j'ai comme accès non seulement à juste ce programme-là qui la bloque, admettons, mais à toute la programmation, les motherboards, l'ordinateur au complet et tout. (Adrien)

En résumé nous présentons un schéma qui rassemble les principaux éléments représentationnels de l'hypnose chez les hypnothérapeutes rencontrés.

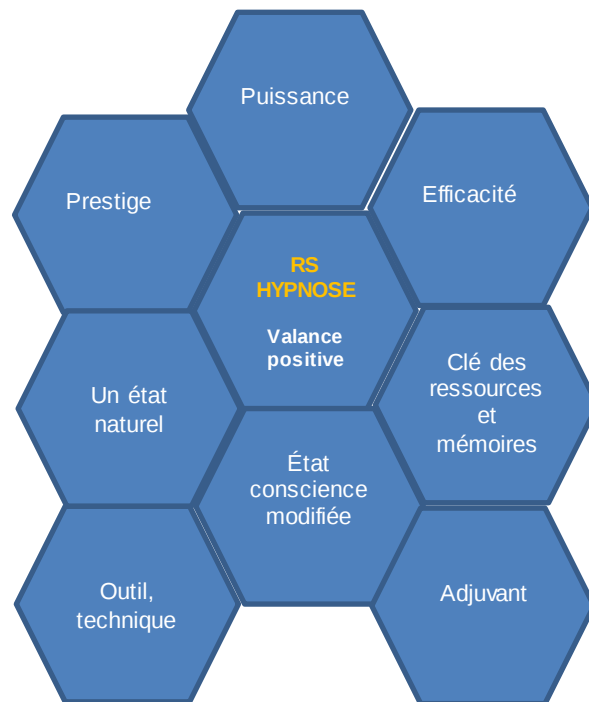


Schéma 8: Représentation sociale de l'hypnose des hypnothérapeutes

5.1.3 Les vecteurs de représentations chez la population

5.1.3.1 Le spectacle

L'intérêt de la population pour l'hypnose thérapeutique semble découler de la popularité de Messmer, le fascinateur. En effet, certains intervenants ont observé une recrudescence des questions qui leur sont adressées et une augmentation de l'affluence dans leurs cabinets avec la plus grande visibilité accordée par les médias aux spectacles d'hypnose. Les gens qui ont assisté à des spectacles ou vu des démonstrations sur Internet sont curieux et cherchent des réponses :

Je trouve qu'avec l'arrivée de Messmer, c'est revenu beaucoup, là, l'hypnose de spectacle, on aurait dit que pendant plusieurs années, c'était tranquille, pis que là, hou ! tu sais, c'est revenu en force. [...] C'est qu'il y a de plus en plus d'émissions à la télé, donc, de shows, de Messmer particulièrement, donc, moi, personnellement, je suis très content qu'il y ait ces shows-là, dans le sens que moi, je me dis tout le

temps : « Ben, depuis qu'il y a ça, je suis sûr que ça amène plus de gens à venir vers l'hypnose ». (Adrien)

Messmer a eu un impact au niveau de la curiosité du mécanisme du cerveau avec les suggestions et les modes relationnels qu'on pouvait avoir au niveau inconscient. (Mathieu)

Toutefois, d'après certains participants, Messmer contribue à la perpétuation des représentations sociales « nébuleuses » de l'hypnose. Son message ambigu laisse planer le doute sur ses soi-disant pouvoirs. D'une part, il présente l'hypnose comme une technique accessible à tous qui peut se révéler utile dans le traitement de certaines affections. Mais d'autre part, en évoquant la peur de certaines vedettes qui craignent de retomber sous son emprise (Dubé, 2012), il laisse entendre qu'il possède réellement un pouvoir :

Ils croient vraiment que c'est [Messmer]... qu'il a le contrôle, tu sais, on n'a pas de contrôle. Enfin, je leur dis que Messmer a dit dans une entrevue qu'il n'avait plus le contrôle, mais il l'a dit une fois ou deux... Pis dans d'autres entrevues, il a dit le contraire. (Gilbert)

Si je parle spécifiquement de Messmer, au moins, au moins, dans ses spectacles ou quand il passe à la télé, il parle toujours du volet thérapeutique, pis qu'on peut aller en hypnose pour traiter tel, tel truc. (Samuel)

L'hypnose est indéniablement une pratique spectaculaire. Comme le rappelle Samuel, c'est la seule pratique thérapeutique qui s'exhibe sur scène : « *Je ne peux pas dire que je suis contre l'hypnose de spectacle. C'est sûr que c'est assez particulier, là, parce que dans les autres domaines, on ne voit pas des spectacles d'acupuncture.* » (Samuel) Cette situation pourrait, en partie, expliquer l'ambiguïté des représentations, tant chez les professionnels que dans la population. Faire de l'hypnose un spectacle avant de s'en servir en thérapie compromet sa crédibilité aux yeux de la population et des groupes professionnels.

L'hypnose reste donc un phénomène mystérieux, une pratique nébuleuse, ésotérique, et la population est confuse quant aux finalités de ce type d'intervention qui se pratique aussi sur scène. Les spectateurs sont fascinés par la vitesse à laquelle les participants modifient leur

comportement et voient ainsi dans l'hypnose un moyen de modifier très rapidement des comportements jugés délétères pour la santé, comme le tabagisme et la surconsommation d'alcool. Dans cette représentation de l'hypnose, le client est passif, il lui suffit de s'étendre et de laisser faire l'intervenant. Ainsi, lors de la première rencontre, l'hypnothérapeute doit tenter de corriger les croyances erronées :

Sauf que même si on explique tout sur notre site internet, pis qu'on explique tout au téléphone, il y a toujours des gens, tu sais, qui viennent, pis qui veulent perdre du poids rapidement. (Samuel)

5.1.4 La représentation sociale de l'hypnose chez les clients

La représentation sociale de l'hypnose des clients a été recueillie à travers les témoignages des hypnothérapeutes. Par ailleurs, suite aux expériences d'hypnose vécues par les participants de notre étude il apparaît que les représentations de l'hypnose chez ceux qui n'ont pas vécu l'expérience semblent façonnées par les informations et les images qui circulent dans l'espace public. Ainsi les spectacles diffusés sur le web et sur les scènes de spectacle contribuent à la genèse de la représentation de l'hypnose. Avec ce que nous pouvons observer de ces prestations scéniques l'hypnose apparaît comme une soumission inconditionnelle à l'hypnotiste et une manière efficace de modifier ou d'adopter un comportement. C'est donc cette représentation qui permet aux gens de se tourner, non sans réticence, vers les hypnothérapeutes pour chercher une solution à leur impasse.

5.1.4.1 L'hypnose et la peur de perdre le contrôle

Comme nous l'avons vu, l'hypnose spectacle présente un hypnotiste qui prend contrôle de la volonté d'un sujet qui lui est totalement soumis. Cette image d'instrument de contrôle qui sous-tend le pouvoir de l'hypnotiste est très présente et les intervenants en sont bien conscients : « *L'hypnose est reconnue comme étant quelque chose de... comme de pouvoir. [...] en fait, l'hypnose classique [...] c'est « j'ai du pouvoir sur toi, dors, je le veux ».* (Salvador)

Selon les intervenants cette image attise les réticences et la peur. La simple utilisation du mot hypnose fait surgir des craintes et provoque parfois des réactions de fermeture et de résistance de la part des clients :

J'ai plus souvent, maintenant, de la résistance, si on peut dire, face à... quand je nomme le mot « hypnose » parce que les gens ont peur, ce qui m'oblige à faire tout un préambule pour rassurer les gens au niveau de c'est quoi l'hypnose. (André)

Il y en a beaucoup aussi qui se ferment carrément quand ils entendent le mot « hypnose ». (Nicolas)

Les principales peurs évoquées sont liées à la perte de contrôle et à la manipulation. Les gens craignent de « se faire jouer dans la tête » et redoutent que l'intervenant implante dans leur cerveau des « programmes » malveillants :

Il y a toujours ça, le typique [...] « Tu ne me feras pas faire la poule, là », [...] qu'on entend toujours un petit peu de temps en temps [mais] de moins en moins. (Adrien)

[Ce] que j'entends assez régulièrement quand même aussi [...] ils ont comme peur que quelqu'un leur mette [quelque chose dans la tête], programme quelque chose qu'ils ne veulent pas. (Adrien)

Le schéma suivant rassemble les éléments représentationnels de la population concernant l'hypnose.



Schéma 9: Représentation sociale de l'hypnose de la clientèle

5.1.5 Résumé du thème « représentation de l'hypnose »

Pour résumer cette première partie consacrée à la représentation sociale de l'hypnose des intervenants et de leur clientèle nous pouvons dire que la lecture, la fréquentation des milieux académiques et de formation et de manière remarquable l'expérience de l'hypnose ont permis aux intervenants de modifier leurs opinions concernant l'hypnose au point de pouvoir en projeter l'utilisation professionnelle. En ce qui concerne la clientèle des hypnothérapeutes, le spectacle apparaît être le principal vecteur de la représentation. Cette dernière est donc plus ambiguë et empreinte de mystère et d'ésotérisme.

Les hypnothérapeutes se représentent l'hypnose comme une technique transmissible par l'enseignement qui, par ailleurs, nécessite une certaine dextérité, ce qui en fait de cette pratique un art. La puissance de cet outil qui se révèle par son efficacité impressionne les intervenants et leurs entourages. En soi, l'hypnose comme telle n'apporte rien en thérapie,

c'est un adjuvant. La transe hypnotique permet donc d'accélérer et/ou de renforcer le processus de changement. L'état hypnotique diffère de l'état de relaxation, c'est pourquoi l'emploi d'une terminologie hypnotique spécifique est si important dans l'actualisation de l'expérience hypnotique. L'hypnose est considérée comme un état modifié de conscience. En ouvrant sur l'inconscient l'hypnose donne accès au potentiel de ressources des individus et permet à l'individu d'entrer en contact avec son moi profond.

5.2 LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE

Les questions plus techniques concernant la pratique de l'hypnose nous ont amenés à découvrir la représentation sociale du pouvoir et de sa dynamique chez les hypnothérapeutes. Questionnés sur les méthodes utilisées pour induire l'état d'hypnose, les participants ont parlé de leur technique d'induction préférée. La description de ces techniques nous a permis d'élucider le rôle et la posture de l'intervenant au sein de la relation thérapeutique. Aussi des éléments du discours ont fait ressortir l'importance des attentes et des croyances à la pratique et la réalisation de l'hypnose. C'est pourquoi les hypnothérapeutes accordent le temps qu'il faut afin d'arrimer leurs croyances, représentations et attentes à celles de leurs clients.

5.2.1 Synchronisation des représentations sociales et des attentes

Lors des premiers moments de la première rencontre, l'intervenant et son client participent à une « prise de contact » : l'intervenant et client se jaugent mutuellement pour se faire rapidement une opinion de l'autre. Déjà lors des premiers contacts téléphoniques, les intervenants évaluent des éléments comme le lâcher-prise et la réceptivité à l'hypnose :

[Déjà au téléphone,] je ne sais pas si c'est dans la voix ou, tu sais, on dirait que je le sens dans leur manière de parler, oui, qu'il va y avoir comme une résistance, tu sais, que la résistance est là. Des fois, on dirait qu'on entend le chien de garde japper⁵². (Salvador)

Je pense qu'avec l'expérience, on est beaucoup plus habilité à évaluer, justement, où la personne se trouve, là, tu sais, comme sur une échelle de 1 à 10, admettons, au niveau de son ouverture, puis de son abandon, puis aussi sa prédisposition à l'hypnose. (Samuel)

C'est aussi dans ces premiers moments que l'intervenant s'informe des croyances et représentations du client sur l'hypnose. Comme nous l'avons vu, la représentation de l'hypnose contient des éléments de puissance et de peur reliés à la perte de contrôle et/ou au fait d'être subjugué. Éléments qui apparaissent en opposition à ceux d'efficacité reliés à la possibilité de modifier ou d'imposer rapidement un comportement tel que le soulignent les spectacles d'hypnose. L'une des premières tâches de l'intervenant sera de répondre aux questions de son client et de le rassurer. Comme les intervenants le rapportent, les clients font appel à eux et à l'hypnose en dernier recours. Même si une personne ne croit pas à l'hypnose, sa détresse est parfois si grande qu'elle est prête à tenter l'expérience :

Il y a des gens qui veulent trouver une solution, mais qui ne sont pas sûrs si ça va être avec l'hypnose, mais ils sont rendus à un point où ils sont prêts à essayer bien des choses, mais en même temps, qui sont réticents. (Samuel)

Les gens qui sont plus un peu désespérés parce qu'ils ont tout essayé, vraiment les trois quarts du temps, les nouveaux clients, c'est ça. Ils ont essayé plein de choses, pis il n'y a rien qui fonctionne, donc... (Nicolas)

Les intervenants insistent sur le fait que l'état d'hypnose ne peut être atteint que si le client est totalement en confiance et se laisse guider pour entrer en contact avec les différentes parties de lui-même : « *[L'hypnose,] c'est relationnel. Une personne va s'abandonner à l'hypnose quand elle se sent en confiance, quand elle sent que la chimie passe, pis que le courant passe.* » (Richard). Peut-être plus que dans toute autre forme de thérapie,

⁵² Ici Salvador fait référence au dispositif inconscient qui filtre l'information afin de nous protéger.

l'intervenantintervenant incite le client à suivre ses instructions pour se laisser glisser vers l'espace de changement : « *Moi, je deviens le guide : "Tu te laisses guider par le son de ma voix, tu suis mes instructions", puis ils s'en remettent à ça* ». (Richard)

Dès lors, les intervenants doivent se montrer particulièrement rassurants et dignes de confiance. L'intervention est aussi un théâtre où les attentes du client et du intervenant doivent être respectées pour atteindre les buts de l'intervention. Si les représentations sociales du client sont trop éloignées de la réalité, l'intervenant entreprend une démarche visant à les modifier. C'est pourquoi ils consacrent une bonne partie de la première rencontre à faire de la pédagogie pour bien distinguer hypnose-spectacle et hypnose thérapeutique.

[Je vais] prendre le temps de leur expliquer des choses, je les mets vraiment, vraiment en confiance. La première séance, déjà, on fait une petite hypnose vers la fin de la séance. (Nicolas)

[Dans la] première demi-heure, là, c'est de parler avec la personne, parce que c'est là qu'on voit les croyances, c'est là qu'on débloque des choses, c'est là qu'il y a des prises de conscience. (Salvador)

On ne fait pas d'hypnose tant que je n'ai pas l'accord 100 % de la personne, tant [qu'il y a de] la résistance, je suis dans la psychopédagogie de l'hypnose avec le pendule [...]. On démystifie tout le temps ça. Ça, ça prend une rencontre, puis après ça, j'ai piqué la curiosité pour que la personne dise : « Ah ben j'aimerais ça [faire de l'hypnose] ». (Alexis)

La principale interrogation des clients concerne l'hypnose de spectacle et sa transposition thérapeutique.

Ça m'amène souvent à parler un peu du spectacle versus l'hypnose thérapeutique, c'est sûr, parce qu'au moins la moitié du monde a un peu ce questionnement ou ces craintes-là. (Adrien)

Il y a encore une association à ce qui se fait dans les spectacles. Souvent, on travaille à leur faire comprendre que c'est vraiment de la thérapie et qu'on vit déjà toutes les associations de l'hypnose au spectacle. (Nicolas)

Je leur explique que dans les deux cas [spectacle et hypnothérapie], c'est le même outil, okay, on parle d'hypnose dans les deux cas. [...] Ben, de l'hypnose, c'est un peu ça dans le sens que, tu sais, l'hypnose, mais en spectacle, dans des conditions très

particulières où les gens vont s'amuser pis qu'on prend les meilleures des meilleurs des meilleurs des meilleurs des réceptifs, s'ils sont prêts, on joue à un jeu théâtral, tu sais, et les gens sont, oui, dans un état hypnotique, mais tandis qu'ici, dans mon bureau, les gens viennent me voir avec une difficulté, une souffrance, un objectif [ils ont] l'impression que c'est complètement différent, tu sais, même si c'est le même outil. (Adrien)

L'intervenant évalue aussi le degré de lâcher-prise du client et s'ajuste en conséquence. Une fois que la personne a vécu une expérience positive, sa confiance est gagnée et la suite se passe bien. Le gros du travail consiste donc à établir la confiance :

J'ai toujours dit que l'hypnose, ce n'était pas quelque chose qu'on se faisait faire, que c'était quelque chose qu'on laisse faire. Pis dès qu'on est capable d'amener les gens à s'abandonner au processus, c'est là qu'il y a des choses incroyables qui se produisent. (Samuel)

Mais thérapeutiquement, moi, je pense que quand le gros du travail est fait au niveau lien de confiance pis tout ça, qu'il n'y en a plus vraiment de problème, tu sais. Ça ne veut pas dire que tout va fonctionner dans ce sens-là, mais question qu'elle pense que j'essaie de la manipuler ou de lui faire faire des choses, tu comprends ? (Adrien)

Ce qui compte, c'est de croire que quelque chose se passe qui peut conduire au changement :

Il y a toutes sortes de manières de faire de l'hypnose, pis c'est juste d'amener les gens à y croire, à croire que même en étant conscients, ils sont en transe pareil, pis ça peut être efficace pour les résultats. (Salvador)

[Si les gens croient qu'ils font de l'hypnose plutôt que de la méditation,] ils se laissent aller dans cette croyance-là, pis à un moment donné, ben, tout ce qu'on finit par croire finit par être quand même réalité. (Salvador)

5.2.1.1 Les croyances et les attentes : ingrédients capitaux de l'hypnose

Les attentes respectives du client et de l'intervenant ainsi que certaines croyances participent activement à l'expérience hypnotique et à son efficacité. Les intervenants font remarquer que les gens arrivent avec des attentes dont ils doivent tenir compte pour être efficaces dans leur intervention. Ils peuvent essayer de les faire coïncider avec la réalité de l'intervention ou à l'inverse faire en sorte que l'intervention rejoigne les attentes du client :

[Les gens] sont déjà sous conditionnement, entre guillemets, bien avant de faire une séance normale. [Aussitôt qu'ils sont dans mon bureau,] la job est déjà faite. Pour la séance classique, la job est déjà faite. Je la fais par attentes du patient, parce qu'ils viennent pour ça. (Mathieu)

Ils viennent faire de l'hypnose, ça fait que je veux leur donner l'impression qu'ils font de l'hypnose. (Richard)

Les attentes sont construites à partir des représentations sociales de l'hypnose et recèlent souvent des éléments tirés de l'interprétation des spectacles d'hypnose. L'hypnose est perçue comme une expérience singulière qui permet d'accéder à un état particulier de conscience. Si, lors de la rencontre thérapeutique, le client ne vit pas une expérience extraordinaire, semblable à celles qu'il a observées sur scène, il a l'impression de ne pas avoir vécu d'hypnose. L'intervenant risque alors de ne pas le revoir :

Il y a tellement de gens qui ne comprennent pas ce qui se passe en hypnose, qui vont s'attendre... tu sais, comme... ben, évidemment, avec Messmer, à tomber comme dans un état qui va être vraiment différent. (Adrien)

Les intervenants soulignent que les clients ne viennent pas consulter un psychologue, mais un spécialiste de l'hypnose, et qu'ils s'attendent donc à vivre quelque chose de spécial. Certains intervenants pensent que les gens qui viennent les consulter doivent vivre une forme d'hypnose ou d'expérience hypnotique :

Si la personne s'attend, habituellement, à avoir une séance, pis elle sort de là pis elle n'en a pas, c'est clair qu'elle est déçue. (Richard)

De leur côté, les clients relatent leurs expériences avec d'autres hypnothérapeutes et parlent de leur déception de ne pas avoir vécu d'état d'hypnose :

Ça, je l'entends énormément... De clients qui sont allés voir ailleurs, admettons, pis ils ont dit : « Ben là, oui, oui, elle m'a étendu, là, elle m'a demandé de voir des marches, pis de descendre des marches, pis là, je le faisais, mais je n'avais pas l'impression d'être en hypnose, tu sais », pis ils ne viennent pas voir un hypnothérapeute pour ça. (Richard)

Parfois, les attentes sont tellement élevées que les gens n'écoutent pas les intervenants et tiennent mordicus à faire un essai, avant d'être déçus :

[Il y a des clients] qui ont lu comme juste la première page d'accueil pis qui veulent de la magie. Là, ils m'appellent, pis là, je leur explique qu'ils ont une fausse conception de ce que c'est l'hypnose. Pis des fois, c'est dommage, mais ils sont déçus, donc ils viennent me voir une fois, pis ils ne viennent plus me revoir. Mais des fois, il y a des gens qui s'accrochent à leur idée, pis ils veulent essayer de me dire : « Essaie de faire exactement comme Messmer, tu serais capable ». (Gilbert)

On a beau expliquer tout au téléphone, les gens prennent un rendez-vous, pis ils viennent pareil, là, pis après deux trois rencontres : « Ah, ah ! Ça ne marche pas ! » (Samuel)

D'autres intervenants défendent leur interprétation de l'hypnose, ce qui peut entraîner une confrontation avec les croyances du client et provoquer la rupture de la rencontre ou de l'alliance thérapeutique. Le client exerce alors son pouvoir en refusant d'entrer en relation avec l'intervenant :

Oui, je sais exactement pourquoi ça n'a pas cliqué : parce que cette autre intervenante-là travaille beaucoup avec les régressions dans les vies antérieures, donc, elle veut amener tout le monde là, comme à la source de ça, parce que c'est sa croyance. (Adrien)

Gilbert rappelle que fonder l'expérience hypnotique seulement sur des croyances peut fragiliser les résultats obtenus si la croyance du client est par la suite ébranlée :

Il y en a d'autres [clients] qui sont un peu plus impulsifs, pis qui ont vraiment entendu parler de l'hypnose et qui ont un gros gros problème et ils ont vraiment l'impression... ils croient tellement que ça va les aider [...]. Sauf que moi [...] je ne veux pas naviguer sur cette vague-là. (Gilbert)

Il est donc important de tenir compte de la réalité du client pour la suite de l'intervention. Sans parler d'échec, les intervenants observent des résistances, la mise en place de mécanismes de défense, de la déception, l'impossibilité de développer une alliance thérapeutique ou encore l'abandon de la thérapie. Si l'intervenant répond aux attentes du client, la suite est beaucoup plus facile, car le client n'active pas ses résistances et poursuit

les rencontres. Si les attentes du client ne sont pas respectées ou recadrées, il risque aussi de sortir de son état d'hypnose :

Échoué est un grand mot. La résistance au changement, les mécanismes de défense, ben, tu sais, on va, tu sais, on va plus loin. Est-ce que c'est un échec parce qu'il n'y a pas eu de résultat ? [...] À mon avis, non. Peut-être que ce n'était pas la bonne technique, peut-être que ce n'était pas la bonne méthode. [...] peut-être de certains propos ou certaines suggestions qui n'étaient peut-être pas appropriées, oui. (Mathieu)

Il faut que je continue [l'intervention] même si j'ai l'impression, des fois, que ça n'a pas marché ou que je n'aie pas été assez bon ou je n'ai pas utilisé le bon outil [...] je ne me plante pas dans le sens que je peux faire des dégâts, mais dans le sens que peut-être que j'aurais pu prendre une autre approche avec une autre personne, puis je ne l'ai pas prise. (Adrien)

[Pourquoi ça n'a pas cliqué] : parce que la première rencontre qu'elle avait faite [...], ben, elle n'a pas fait de séance d'hypnose en premier, pis ça, ça a bien frustré [la cliente]. Autrement dit, elle a été une heure et demie, mais elles ont parlé, pis elles n'ont pas fait de séance. Ça fait qu'elle a été obligée de la voir une deuxième fois, pis la deuxième fois, ben, tu sais, ça n'a pas plus connecté. (Adrien)

La confiance en soi de l'intervenant a un effet sur l'expérience vécue par le client. Cette confiance se gagne, s'acquiert. Plus l'intervenant a confiance en lui, plus il a d'impact sur le client :

Plus j'y crois, pis plus que j'ai de l'impact, je pense, oui, parce que plus que j'ai confiance en mes moyens, pis que je vais trouver une façon, pis que je peux l'atteindre de mille et une façon la personne. (Adrien)

C'est pourquoi certains intervenants parlent de la pratique de l'hypnose comme d'un art, car pour maîtriser la technique, l'intervenant devra cumuler plusieurs heures d'intervention et aussi faire appel à sa créativité :

[L'hypnose,] c'est comme n'importe quel art. La thérapie, c'est un art qui se développe aussi, tu sais, en fonction de notre expérience, notre vécu puis notre formation. (Adrien)

Moi, je trouve que ça prend un peu plus de créativité, plus d'intuition que juste mettre en place [des scripts]. C'est sûr, ça en prend toujours, de la créativité, vu qu'on doit arriver avec des métaphores et tout, mais je pense que ça en prend plus que ça pour pouvoir vraiment en faire une carrière. (Nicolas)

Une bonne manière de prendre confiance en sa capacité d'utiliser l'hypnose est de commencer sa pratique avec des scripts déjà prêts. Grâce à cette méthode rassurante, l'intervenant finit par apprendre des scripts par cœur avant de les utiliser de manière plus intuitive :

Au début, quand j'ai commencé, c'est qu'étant donné que j'étais très... j'étais un peu insécure, je ne savais pas trop si ça fonctionnait ou pas. Donc, je réutilisais les mêmes scripts d'induction et j'allais même jusqu'à utiliser un peu en passe-partout les scripts de renforcement du moi. Je les utilisais parce que je me rendais compte qu'à peu près tout le monde, ça peut être bénéfique pour à peu près tout le monde, les gens qui consultent, de construire la force intérieure, de construire cette force-là. (Gilbert)

5.2.2 L'induction : l'entrée dans l'hypnose

Tous les participants s'entendent sur les étapes nécessaires pour mener à l'hypnose. La première, nous l'avons vu, est l'établissement d'un lien de confiance. La suivante, l'induction, est suivie d'une phase d'approfondissement qui installe l'état d'hypnose indispensable pour atteindre les objectifs de l'intervention. Il existe, selon les témoignages recueillis, deux catégories d'inductions, les rapides et les lentes, qui peuvent toutes deux se pratiquer individuellement ou en groupe. Le choix de l'induction répond à certains critères, les premiers étant les préférences de l'intervenant et son aisance avec une des formes d'induction :

[Que ce soit] la première [rencontre] ou pas, mais j'utilise pratiquement toujours le décompte, après ça, ça dépend, les inductions, ça dépend des gens. (Nicolas)

Les autres critères, non moins importants, sont liés aux caractéristiques du client. L'intervenant évalue sa réceptivité à l'hypnose et identifie les meilleurs modes de communication à utiliser avec lui, pour ensuite adapter sa technique :

Ça dépend des patients. Ce n'est pas moi qui décide de l'induction, c'est selon, je te dirais, selon ce que le patient, il va m'exprimer. Ça va dépendre aussi de sa capacité de le dire, de sa capacité d'entendre, sa capacité de ressentir. (Mathieu)

5.2.2.1 Les inductions rapides

Comme son nom l'indique, l'induction rapide a pour avantage de faire gagner du temps. Elle permet dans une rencontre de 60 minutes de compléter une bonne partie de l'anamnèse et de faire vivre une expérience hypnotique au client :

L'induction rapide, elle sert juste, dans le fond, parce que tu manques de temps. Parce que faire une induction de 25 minutes, si t'en as parlé 20-25 avant, tu n'en as plus de temps pour travailler, tu sais. Ça fait qu'elle sert juste à choquer le conscient, là, déstabiliser le conscient. (Richard)

Un autre avantage de l'induction rapide est qu'elle répond aux attentes des clients qui souhaitent vivre une expérience hors du commun. Les inductions rapides ont, selon les répondants, un pouvoir de fascination qui fait vivre au client une expérience satisfaisante d'hypnose :

[L'induction Elman] est très dynamique, elle a des convincers dans l'induction pour comprendre la personne qui est en train de tomber en hypnose très rapidement, en 3-4 minutes. Elle donne l'impression au client qu'il fait de l'hypnose. (Richard)

Cependant, les inductions rapides sont les moins populaires parmi les intervenants, au point d'en rebuter certains. Leur caractère spectaculaire fait vivre au client une expérience proche de l'hypnose spectacle, mais demande une certaine dextérité et beaucoup d'assurance :

Je n'utiliserai pas [les inductions rapides dès] la première rencontre avec quelqu'un qui est fermé [rires]. [...] Je vais utiliser d'autres méthodes, tu sais, très standard, première rencontre, deuxième rencontre, puis après ça, j'installe toujours les inductions rapides. (Samuel)

Par ailleurs, un intervenant fait remarquer que le côté spectaculaire de l'induction rapide, qui répond aux attentes du client sans les replacer dans une perspective scientifique, relève des croyances et de l'effet placebo. Pour certains en effet, l'effet placebo appartient au domaine des croyances naïves ou quasi religieuses, aux antipodes de la crédibilité scientifique recherchée par les intervenants :

Ce qui se passe dans l'induction rapide, souvent, c'est vraiment de l'effet placebo. Pis à ce moment-là, c'est... je trouve que ce n'est pas correct parce que là, on n'est plus dans l'hypnose, on est dans la croyance [...] dans la foi, dans la croyance, dans... c'est presque religieux. Donc... ce n'est pas rationnel, pis moi, je tiens beaucoup à tout ce qui est rationnel dans l'hypnose. (Gilbert)

Pour induire l'hypnose rapidement, l'intervenant peut susciter la fascination, provoquer la confusion, ou encore déstabiliser la personne :

Mon cerveau, par mécanisme de survie, pour ne pas me laisser tomber, il va « shifter » une analyse critique à essayer de trouver un équilibre en une seconde, tu sais, puis pendant cette seconde-là, ben là, tous les filtres critiques sont toutes passés. Et là, je vais rentrer une commande de dormir, tu sais, pis là, [...] il faut que tu approfondisses, pis ça ne marche pas longtemps. (Adrien)

La confusion fonctionne très bien, ça fait que l'alliance thérapeutique est déjà installée, la confusion, écoute, c'est... pour moi, c'est la plus rapide, la plus efficace et la plus intéressante pour le patient pis pour moi. (Mathieu)

Selon les participants, la maîtrise des inductions courtes exige d'être très attentif aux réactions du client. L'intervenant doit interpréter rapidement la situation et les ressentis de son client, à la façon des prestidigitateurs ou des mentalistes, c'est-à-dire en anticipant et en interprétant ses réactions de manière à ce qu'il se relâche et abandonne son analyse rationnelle. En déjouant le client, l'intervenant lui suggère qu'il vit bien un état d'hypnose. Alors celui-ci s'y laisse glisser :

Au début, quand tu commences à utiliser ça [les inductions rapides et les interruptions de pattern], c'est très... un peu insécurisant aussi... pour le thérapeute – pour moi, ça l'a été –, pis c'est un processus aussi d'apprentissage, de bien... de bien utiliser aussi, je dirais, tu sais, de bien l'employer au bon moment, puis bien préparer la personne, à la limite. C'est sûr que ça pourrait être perçu du côté... [négatif] ben, c'est parce que les gens perçoivent le côté manipulation à cause du spectacle. (Adrien)

Ça fait qu'évidemment, ça, faut que tu sois très attentif, parce que ce n'est pas tout le monde qui répond de la même façon. Mais quand tu dis à une personne : « Maintenant, t'essayes d'ouvrir tes paupières », pis elles ne s'ouvrent plus, pis ils sont là, pis ils ne sont pas capables, là, ils font : « Oh, shit, ça marche ! », là, tu les as, là, complètement. (Richard)

L'utilisation de ce type de technique requiert un certain pouvoir de persuasion et une confiance en sa capacité d'amener l'autre à le suivre. Cela demande aussi du courage parce

que la réalisation d'une induction courte exige une forme de transgression des normes sociales, car cette sorte d'induction pourrait être considérée comme de la manipulation :

Ça fait que ça prend beaucoup, beaucoup de confiance, parce que là, on n'est plus dans la relaxation progressive, ce n'est plus le temps qui va amener la personne, comme si la personne faisait une sieste. (Richard)

Si, par manque d'expérience, l'intervenant ne réussit pas à devancer les réactions du client et à maintenir la fascination, ce dernier a le temps de réfléchir à la situation et de nourrir un doute qui fait échouer l'induction :

Pis là, tu n'as pas beaucoup de temps, c'est-à-dire que dès que tu es rentré, il faut que tu te dépêches de l'approfondir, sinon la personne ressort tout de suite, tu sais. Ça ne marche pas tout le temps avec tout le monde, mais c'est vraiment une interruption [de pattern]. (Adrien)

Ils remontent dans leur tête, pis ils se mettent à douter. Moi, je ne leur donne pas le temps de douter. Je vais plus vite qu'eux autres. Ça fait que ça devient un peu comme un truc de magie, si tu veux, mais tu veux déjouer le conscient. Moi, je connais tellement, je maîtrise tellement l'induction, parce que je l'ai fait des centaines et des milliers de fois, que ça boum !, boum !, boum !, boum !, boum !, boum ! (Richard)

5.2.2.2 Les inductions longues

Selon les témoignages recueillis, les inductions longues sont moins spectaculaires, mais plus accessibles, tant pour les intervenants que pour les clients, surtout ceux qui ont un profil anxieux. L'entrée dans l'hypnose s'effectue par le biais d'une relaxation guidée accompagnée ou non d'une visualisation. Avec cette approche plus douce, les risques de sortir inopinément de l'hypnose sont faibles, mais si le processus d'induction n'a pas été discuté au préalable, le client peut avoir l'impression de vivre une simple relaxation plutôt qu'une expérience hypnotique :

D'apprendre, de lâcher-prise, de se laisser aller, ben, à travers une belle détente longue, ça va aider souvent, tu sais, parce que là, si tu rushes, des fois, ces personnes-là qui ont peur, ben, oui, tu pourrais les entrer dans une transe, mais ils pourraient en sortir vite, pis ne pas aimer l'expérience non plus. (Adrien)

Une autre manière d'induire en douceur un état d'hypnose commence dès l'anamnèse et consiste à approfondir le récit d'incidents ou d'évènements chargés émotionnellement. Lorsqu'il parle de sa problématique, le client évoque en général son vécu et ses objectifs, ainsi que certains de ces évènements. Le simple fait de revivre ces expériences est déjà une sorte d'hypnose. Par ses questions, l'intervenant invite la personne à plonger dans ses souvenirs et à entrer à l'intérieur d'elle-même :

J'y vais au conscient, au conscient en les amenant à m'exprimer des histoires vécues en lien avec une émotion, que ce soit la peur, la tristesse, la colère, la haine, la frustration, l'euphorie, etc. (Richard)

On déclenchait des émotions qui n'étaient pas dans le présent, qui étaient dans le passé, avec certaines questions. [...] j'étais capable d'utiliser l'empowerment, puis des suggestions ou des questions, qui amenaient de la confusion aussi chez les gens, qui les amenaient à des réflexions. (Mathieu)

Une fois l'état d'hypnose instauré, certains intervenants demandent au client de participer activement à l'intervention. Une discussion peut avoir lieu entre l'intervenant et son client, ou alors ce dernier peut-être silencieux et entrer en discussion avec lui-même ou avec certains éléments en provenance de ses souvenirs. Dans d'autres cas, le client est plus passif et l'intervenant recourt à des suggestions ou à des métaphores qui reprennent des éléments élaborés durant l'anamnèse. Métaphores et suggestions doivent prendre en compte les objectifs thérapeutiques préalablement définis :

J'avais essayé un hypnothérapeute qui travaille de manière [passive], c'est-à-dire, je me suis assise, puis je me suis fait raconter des histoires. On me l'a enregistré, on me l'a donné, puis c'est tout. Mais là, il n'y a aucun moyen de savoir parce que moi, je n'ai rien dit pendant toute la séance. J'ai écouté une histoire. (Nicolas)

Le revers de cette passivité est que, dans ses métaphores et scripts, l'intervenant peut utiliser des mots qui ne correspondent pas à la réalité du client ou qui ont à ses yeux une connotation péjorative. Le risque est alors que le client mette un terme aux rencontres :

Puis souvent, je ne percevais pas, je le verrais dans le sens que la personne arrêterait son traitement aussi, puis ça va arriver que quelqu'un va réagir, même ne serait-ce qu'à

un mot qui est non directif, pis qui pourrait être attaché à tout un paquet de choses, tu sais, qui va la faire sortir de la transe, réagir. (Adrien)

5.2.2.3 Mise en garde et dangers potentiels de l'hypnose

La question des dangers potentiels de l'hypnose fait ressortir quelques paradoxes. D'une part, les intervenants font état de la puissance de l'hypnose, de l'hypnose spectacle et de ses dérives si la technique n'est pas bien maîtrisée. L'hypnose ainsi présentée perpétue des représentations péjoratives en lien avec l'influence et la manipulation qui, par exemple, président à l'embrigadement de personnes fragilisées par des gourous mal intentionnés. Le potentiel de dangerosité de l'hypnose est donc facilement repérable :

C'est sûr, je le crois que c'est possible [de nuire] avec l'hypnose, quelqu'un qui est vraiment mal intentionné [peut] utiliser ça, c'est sûr, tout comme n'importe quel outil. (Adrien)

Les gens vont utiliser [l'hypnose] sans comprendre jusqu'où ils peuvent aller [...] c'est un outil efficace, mais dangereux dans des mains innocentes. Oui, oui, je trouvais ça dangereux parce que tu sais, eux autres, ils allaient faire du traitement. (Robin)

[L'hypnose,] ça peut être utilisé comme une arme, ça peut être un outil, mais comme un scalpel ; c'est un merveilleux outil, mais ça peut être une arme aussi. [...] parce qu'on utilise l'hypnose dans les sectes... [...] je découvre que c'est... c'est une technique très complexe, très puissante, et donc, ça demande une grande prudence et puis beaucoup d'habileté. (Gilbert)

D'autre part, les hypnothérapeutes qui, maintes fois l'ont relaté, sous hypnose, l'individu garde une certaine vigilance et reste libre d'obéir ou non aux suggestions de l'hypnothérapeute ou de l'hypnotiste, voire carrément de sortir de l'état d'hypnose :

En hypnose, on demeure conscient de tout ce qui est dit, ce qui est senti, on a le choix d'obéir ou pas aux suggestions, on a le choix de... cette notion du libre arbitre à l'intérieur de... et puis en transes. (André)

Dans notre façon de faire, de dire : « Si je dis des choses qui ne sont pas trop adaptées à toi ou qui ne te conviennent pas, ton esprit va juste les laisser passer puis tu vas l'assimiler autrement, de façon à ce que ça te convienne ». (Robin)

L'intelligence du client le prémunit contre les intrusions indésirables, de sorte que le risque de se faire « jouer dans la tête » est réduit et le danger, limité :

Si c'est mal géré, si la personne demeure en état de transe potentielle et que ce n'est pas une très bonne idée... Il y a probablement un danger potentiel. En même temps, j'ai très très confiance dans le réservoir intelligent de la personne qui va distinguer entre une suggestion qui est pertinente de celle qui ne l'est pas. (André)

Les intervenants entretiennent donc un double discours quant aux dangers potentiels de l'hypnose. Il faut aussi considérer les inductions rapides utilisées par certains intervenants qui empruntent aux techniques de fascination dérivées de l'hypnose de spectacle et qui seraient ici sans danger pour le client. Cette perspective des dangers potentiels nous amène à considérer la représentation du pouvoir et de sa dynamique dans la rencontre hypnothérapeute-client.

5.2.3 Résumé du thème « pratique de l'hypnose »

Les intervenants rapportent que leurs clients font appel à eux en dernier recours. Envisager une thérapie hypnotique semble demander du courage ou une souffrance si importante qu'elle permet de passer outre les éléments effrayants de la représentation sociale de l'hypnose. C'est pourquoi le lien de confiance qui doit s'établir entre l'intervenant et son client est si essentiel à l'expérience hypnotique. Les hypnothérapeutes vont prendre le temps nécessaire afin d'établir ce lien de confiance. Ils rassurent et s'assurent de l'arrimage des représentations sociales avec leur client ainsi que de leurs attentes et les croyances, éléments qui participent à la réalisation de l'expérience et de son efficacité.

Les hypnothérapeutes disent être consultés parce qu'ils sont des spécialistes de l'hypnose et à ce titre les clients s'attendent à vivre une expérience au caractère particulier. En cas contraire de la déception et de la résistance vont s'installer chez le client. Ce qui peut amener à la rupture de la thérapie.

Deux méthodes d'induction sont préconisées, les rapides et les lentes. Les inductions rapides semblent répondre aux attentes de ceux qui veulent vivre une expérience hors du commun. Cette méthode emprunte aux techniques de scène. La confiance en soi de l'intervenant est essentielle à sa réalisation ce dernier doit parfaitement maîtriser sa technique. La méthode longue moins spectaculaire est plus accessible et demande moins de dextérité de la part de l'intervenant. Par contre l'intervenant doit bien définir la situation comme un état hypnotique, car le client risque de l'assimiler à une relaxation.

En terminant, nous avons vu que les intervenants tentent de prévenir la population contre les dérives de l'hypnose de scène. Cette mise en garde fait ressortir un paradoxe étant donné que les hypnothérapeutes considèrent que le client sous hypnose est toujours vigilant et libre d'obéir ou non aux suggestions, l'intelligence du client le prémunit contre les intrusions indésirables.

5.3 ATTITUDE ET REPRÉSENTATION SOCIALE DU POUVOIR

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, les intervenants font un lien entre l'hypnose et certains concepts pouvant être corrélés au pouvoir. Par exemple il a été question de « contrôle », de « lâcher-prise », de « puissance », d'« efficacité », d'« empowerment », termes employés pour définir ou qualifier l'hypnose. Pour amorcer la discussion sur le pouvoir, nous avons repris quelques-uns de ces concepts ce qui a permis d'élucider la représentation du pouvoir des intervenants et leur opinion sur la « puissance » du savoir technique qu'ils détiennent. Dans la section « dynamique du pouvoir », nous explorons l'articulation du pouvoir entre intervenant et client à travers le récit d'incidents critiques qu'ils nous ont relatés.

5.3.1 Attitude face au pouvoir

5.3.2 Valence négative du pouvoir

La question du pouvoir est présente dans les échanges entre les intervenants et leur clientèle. En effet, les intervenants affirment être conscients des perceptions du public concernant la puissance de l'hypnose et ils en tiennent compte. Par ailleurs, il apparaît que la valence de la représentation du pouvoir est plus négative que celle de l'hypnose. En conséquence, les intervenants vont tenter de minimiser le pouvoir, le leur et celui de la technique :

Pis ça, c'est drôle, parce que c'est vraiment quelque chose qui revient beaucoup dans les questions, les premières personnes quand ils viennent nous voir, c'est : « Eille wow ! T'as un pouvoir, puis t'as tout ça ». (Salvador)

Je leur dis que, c'est vrai que j'utilise beaucoup ça, je leur dis que l'hypnose a beaucoup de pouvoir [rires]. L'hypnose en tant que telle comme outil. C'est vraiment un outil très, très thérapeutique. (Nicolas)

Par contre, aucun des participants à notre recherche ne s'attribue un pouvoir quelconque. Un intervenant qui avouerait détenir du pouvoir sur ses clients, ou désirer en avoir, serait mal perçu. Il est donc difficile d'avouer détenir un pouvoir sur autrui. Conscients de l'impact du terme, les intervenants abordent le sujet avec prudence : « Pour moi, il y a quelque chose de péjoratif dans ça » (Richard) ; « Si je lui parle de pouvoir, ben là, il y a bien des gens qui vont être réfractaires à ça, ils vont rester en état de vigilance » (Richard).

Parmi les participants rencontrés, seulement deux ont affirmé détenir du pouvoir. Mais ils disaient que ce pouvoir leur était conféré par leur statut de professionnel et d'intervenant et non par la pratique de l'hypnose :

Aussitôt qu'on est en relation d'aide, veut, veut pas, on est dans une position de contrôle [...] Dans l'alliance thérapeutique, il y a du pouvoir. Le pouvoir, c'est une alliance thérapeutique. Le pouvoir, il est là. En relation d'aide, le pouvoir, il est là sauf que dans le milieu où j'étais, on était vraiment dans un jugement, pis moi, je me

disais : peu importe l'approche, c'est la relation qui amène le pouvoir, tu sais. (Matthieu).

Les intervenants sont en général mal à l'aise avec le pouvoir et nient carrément en détenir :
« Non, non, non, non, non. Pis je n'ai pas l'impression, de un, pis je ne veux pas leur donner l'impression... que j'ai un pouvoir, que ce n'est pas une question de pouvoir. » (Richard) Ou alors, ils minimisent ce pouvoir :

[Lorsque j'enseigne les techniques d'hypnose,] je fais toujours une démonstration où je fais des techniques d'induction rapide un petit peu tape-à-l'œil, là, tu sais, une lévitation, le bras qui raidit, pis ça, les élèves sont comme : « Hou ! Ah ! Ah ! », tu sais. Et là, après ça, je demande à une personne que j'ai captée qui était très résistante de venir, et je fais exactement la même chose, et j'avertis le groupe, je dis : « Là, je vais faire exactement la même chose, les mêmes paroles, les mêmes gestes », pis là, ça ne fonctionne pas. Pis là, je leur dis : « Oh, mon Dieu, j'ai perdu mon pouvoir ! » (Samuel)

5.3.3 L'utilisation paradoxale du pouvoir

Ainsi, les participants parlent de l'hypnose en employant des termes corrélés au pouvoir tels qu'« expert », « autorité », « charisme », « influence », « détenteur de savoir rationnel ou de connaissances intuitives », « être puissant, efficace », « avoir des ressources », mais ils refusent de faire usage de la notion « pouvoir » et de l'appliquer à eux-mêmes ou à leur technique :

Ce n'est pas du tout une question de pouvoir. Il y a un rôle d'autorité, là... (Richard)

Pouvoir, non, puissant ... puissant dans le sens d'efficace, oui. Moi, je vois l'efficacité de l'hypnose, parce qu'on va plus au cœur du ressenti de la personne. [...] Je remplacerais le mot « puissance » par « efficace ». (Richard)

Pas nécessairement un pouvoir, mais peut-être que certaines personnes ont plus de charisme, ont plus d'ouverture. (Samuel)

Peut-être une connaissance, peut-être la compréhension de ce que c'est, du phénomène, mais non, pas de pouvoir. (Salvador)

Fait que dans ce sens-là, je pense qu'il y a un lien, il y a une autorité. Tu sais, si on définit « autorité » dans le sens latin du terme : celui qui montre la voie. C'est ça que ça veut dire « autoritaire ». (Robin)

Dans mes rencontres, je fais mon possible de ne pas trop parler de pouvoir, mais plus de ressources, parce que « pouvoir », c'est un mot puissant, donc je parle plus de ressources que de pouvoir. (Samuel)

Les intervenants ont des sentiments contradictoires face au pouvoir, ils sont ambivalents.

D'une part, ils sont conscients de leur position d'expert :

Oui, ça, c'est clair. Je ne suis pas son égal. [...] Moi, je suis le consultant, j'ai une expertise, pis il vient la chercher. Ça fait que c'est sûr que ça me positionne. (Richard)

D'autre part, ils nient détenir du pouvoir :

Ça fait qu'il y a peut-être un peu de ça, puis après ça, bien, moi, je deviens le guide : « Tu te laisses guider par le son de ma voix, tu suis mes instructions », pis ils s'en remettent à ça, ça fait que j' imagine qu'il y a de ça. Mais je refuse encore de dire que c'est un pouvoir, là [rires], mais c'est comme s'automasser. (Richard)

L'efficacité attribuée à l'hypnose est une forme de pouvoir qu'il est nécessaire de mobiliser afin d'atteindre les buts de l'intervention : « *Mais parce que l'efficacité, c'est du pouvoir, quand même, mais il y a un peu de pouvoir* » (Nicolas). Mais, d'autre part, il est délicat pour un intervenant d'en détenir.

Pourtant, comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'hypnose, les vertus de puissance et d'efficacité ont des avantages, puisqu'elles sont en lien direct avec l'intérêt des intervenants et des clients pour cette technique. Lorsqu'ils parlent d'efficacité, les intervenants se sentent gratifiés d'être en mesure d'aider des personnes en difficulté, ce qui leur donne un sentiment d'accomplissement et renforce leur confiance en eux-mêmes.

Je peux essayer d'influencer, parce que veux, veux pas, on a notre couleur puis notre saveur. Quand on arrive à l'hypnose, je lui parle de lui, ça fait que ce n'est pas une question tant d'influence. C'est sûr qu'il y a l'expertise de l'hypnose, tu sais, je veux l'amener dans un état différent [...], mais je n'influence pas... [...] En tout cas, j'essaie d'être tout le temps conscient de ça. (Richard)

Pour Andréanne, les sentiments liés au contrôle sur sa vie sont essentiels au bien-être et l'hypnose peut, par sa puissance et son efficacité, redonner le sentiment d'avoir une prise sur sa vie :

Redonner le pouvoir aux gens, c'est essentiel, parce que... surtout pour les personnes fibromyalgiques, parce que dans le fond, elles ont l'impression d'être impuissantes dans leur état, pis elles d'avoir le sentiment d'avoir du pouvoir. (André)

5.3.2 Représentation sociale du pouvoir

5.3.2.1 Empowerment et savoir

Certains hypnothérapeutes vont faire référence au pouvoir en termes de connaissances et de savoirs. Par exemple, Robin parle de savoir-faire, de savoir technique ou de savoir-être, notions qui peuvent être reliées au concept d'intelligence émotionnelle. Ces formes de savoir lui permettent d'intervenir et d'aider son client à atteindre ses objectifs thérapeutiques. Salvador, lui, parle plutôt du pouvoir d'autoréalisation, autrement dit de la capacité d'une personne à se mobiliser et à agir pour atteindre ses buts et répondre à ses besoins :

Ben, je veux dire, moi je ne pense pas que j'ai du pouvoir. Je pense qu'on m'en donne. Je pense que c'est dans l'imaginaire de l'autre. Moi, pour moi, c'est plus que... J'ai des savoirs, pis je distribue des savoirs, du savoir-être, du savoir-faire. (Robin)

C'est ça, la fonction de l'hypnose, c'est vraiment d'aller dire : « Bon, okay, attends un petit peu, là, j'ai le pouvoir, là, je peux faire quelque chose de ma vie », ça fait qu'ils reprennent le pouvoir après l'hypnose. [...] Ça fait qu'on va vraiment donner le pouvoir à la personne, pis lui dire : « Regarde, après ça, tu peux continuer ce travail-là chez vous », c'est ça qui est génial de l'hypnose, oui. (Salvador)

5.3.2.2 Le pouvoir substance

Le pouvoir est perçu comme une substance que l'ont détient et qu'il est possible de recevoir et de donner. Par exemple, Robin, Salvador et André parlent du pouvoir comme d'un élément qu'ils détiennent et qu'ils peuvent partager avec leurs clients :

En redonnant le pouvoir de transformation aux gens, je me sens en pouvoir. Oui. C'est un pouvoir que j'ai [...]. En fait, c'est que j'ai l'impression de répondre, c'est peut-être là mon pouvoir d'être capable de répondre à la demande de la personne de sortir de son état de souffrance le plus rapidement possible. (André)

5.3.2.3 Le pouvoir est accessible à tous

Mathieu, quant à lui, précise qu'il ne détient aucun pouvoir sur son client, mais que, par contre, lui et son client détiennent du pouvoir conjointement :

Ben, le pouvoir est entre les deux individus...et c'est les deux ensembles qui ont le pouvoir. J'ai zéro pouvoir sur l'autre, mais les deux ensembles, on a du pouvoir. (Mathieu)

Recouvrer ou reprendre du pouvoir est possible pour tous et, comme nous l'avons vu dans la première partie, les intervenants considèrent l'hypnose comme la voie royale pour accéder aux ressources potentielles de l'être humain : « *C'est tout le monde, là [qui possède] ce pouvoir-là. C'est vraiment juste d'accéder à cette ouverture-là de conscience.* » (Salvador)

On parle alors de la capacité d'autodétermination, des ressources, de l'empowerment, de l'efficacité, qui permettent à une personne d'atteindre ses objectifs thérapeutiques. Là serait le vrai pouvoir de l'hypnose.

5.3.2 Résumé du thème « représentation du pouvoir »

Les participants conscients du pouvoir de l'hypnose sont réticents à affirmer en détenir. Le pouvoir à mauvaise presse c'est un terme péjoratif qu'il faut éviter d'utiliser dans les conversations avec la clientèle. Ils parlent alors du pouvoir en termes de savoir expert, d'autorité, d'influence. Ce pouvoir comporte certains avantages. Par exemple les intervenants diront se sentir gratifiés de pouvoir aider, cela leur procure un sentiment d'accomplissement. Par ailleurs, les intervenants tentent de minimiser leur pouvoir et celui de leur technique. Le pouvoir est perçu comme une substance que l'on peut échanger ou perdre. Il est accessible à tous et l'hypnose est la clé qui permet la connexion avec le réservoir de ressource détenu par les humains.

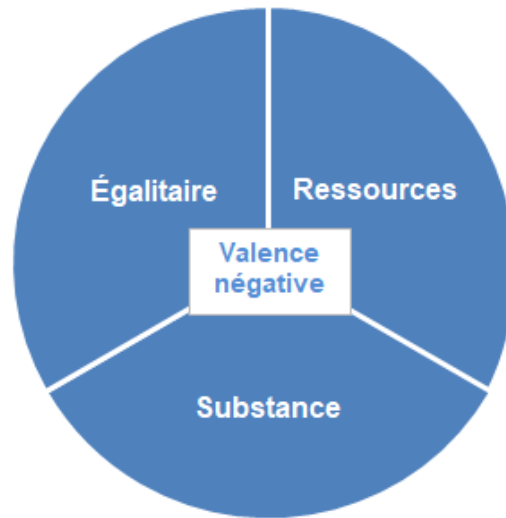


Schéma 10 : Représentation sociale du pouvoir

5.4 DYMANIQUE DU POUVOIR

5.4.1 L'intervenant en position d'expert

5.4.1.1 À la recherche de l'expert

Comme l'ont fait remarquer les intervenants, un des buts de la rencontre thérapeutique est le développement de l'autodétermination du client, ce qui implique de gagner ou de recouvrer une position de pouvoir face à soi-même et/ou face aux autres. Pour atteindre leurs objectifs, les clients vont rechercher un individu en position de pouvoir, c'est-à-dire qui détient les ressources nécessaires permettant le développement ou la réactualisation du pouvoir d'agir nécessaire à l'atteinte des objectifs. Par exemple, un client peut se questionner sur ce qu'il vit et se demander s'il est « normal », il cherchera alors un intervenant en mesure de déterminer cette normalité et si nécessaire de l'y ramener. Les clients souhaitent entrer en relation avec un intervenant détenteur de compétences et de connaissance en qui il peut

avoir confiance. Les intervenants ont rapporté les propos et décrit les comportements des clients en quête d'un hypnothérapeute compétent. Ainsi, le choix de l'hypnothérapeute et de la technique d'intervention est parfois guidé par une référence, et des clients arrivent en consultation en jugeant le pouvoir de l'intervenant d'après sa notoriété : « Va voir ce thérapeute, il est vraiment bon » ; « Il a fait un miracle avec moi, je suis complètement débarrassé de... ».

Deuxième chose [après la souffrance], c'est définitivement le thérapeute. Donc, dans le thérapeute, il y aurait la personne en elle-même du thérapeute, c'est-à-dire sa personnalité, son background, son expérience. (Adrien)

La longueur de la liste d'attente ou le temps d'attente nécessaire pour rencontrer un thérapeute peuvent être des indices de sa notoriété, de sa puissance et de son efficacité :

Mais aujourd'hui, je te dirais que moi, je ne prends plus de nouveaux patients actuellement parce que j'ai entre un an et deux ans d'attente. Ma crédibilité s'est faite avec le temps, avec les patients rencontrés, avec certains médecins, certains psychiatres. (Mathieu)

5.4.1.2 L'intervenant et son statut d'expert

Selon les témoignages, il faut montrer son statut d'expert et présenter une image de pouvoir, car les personnes en difficulté ne souhaitent certes pas se soumettre à un despote, mais cherchent tout de même quelqu'un qui détient une forme de pouvoir, à tout le moins des ressources, et qui a la capacité d'aider.

Pour faire la démonstration de leur position d'expert, les intervenants ont recours à des actions qui répondent à des critères et normes imposés soit par un ordre professionnel, soit par les conventions sociales. Ainsi, l'intervenant est en mesure de choisir son environnement physique de travail et de l'organiser selon ses exigences. Il peut aussi définir les limites temporelles de la relation thérapeutique ou montrer ses connaissances, sa technique et les règles de l'intervention en affichant des preuves de son appartenance à un ordre

professionnel, ou encore étaler ses diplômes : « *J'amène un contexte, hein, un contexte qui est sensoriel. Je vais dans les sens, ça fait qu'il y a le confort de la chaise, il y a l'ambiance feutrée, il y a l'odeur de la lavande, tu sais, tout ça, c'est tout calculé, pis c'est tout stratégique d'une certaine façon* » (Richard). L'intervenant a en outre le pouvoir de choisir la technique employée, de poser des questions et donc de privilégier certaines pistes d'investigation. Il interprète la situation problématique et ne retient que les éléments qu'il juge importants. Il peut fixer la durée de la rencontre et même refuser de voir un client.

Le type de discours employé par l'intervenant est aussi une façon de se positionner de manière explicite. Par exemple, l'emploi de l'impératif et des suggestions directes :

Moi, je veux... ma job, c'est, à travers son dévoilement, décortiquer le schème pour pouvoir, après ça, soit l'utiliser en hypnose pour dire : « À partir de maintenant, tu vas agir comme ça, puis tu vas ressentir ce bien-être-là que tu vis présentement », tu sais, mais faut que je lui parle, faut que lui, ça lui parle. (Richard)

C'est sûr que quand tu fais des commandes très directes, des suggestions directes, tu sais, c'est quand même un langage du pouvoir, tu sais : « Tu ressens ça, ou tu ne feras plus ça, ou... c'est comme ça ». C'est sûr que c'est quand même un langage de pouvoir, pis c'est un langage de pouvoir utilisé à bon escient. (Adrien)

5.4.1.3 Ambivalence des intervenants par rapport à la posture d'expert

De manière paradoxale les intervenants font état de leur position d'expert tout en étant mal à l'aise avec le pouvoir. Ils ne souhaitent pas être perçus comme occupant une position de pouvoir, toutefois, ils manœuvrent constamment pour obtenir et garder la position d'expert, ce qu'ils révèlent en évoquant leurs savoirs et leur autorité. Leurs savoirs expérientiels et didactiques leur donnent un avantage qui leur permet d'aider :

Je ne suis pas juste dans une conversation d'égal à égal, sinon, ils peuvent faire ça avec n'importe qui chez Tim Horton. (Richard)

Là oui, ça dépend vraiment de ce que l'on veut dire par « pouvoir ». Ce n'est certainement pas de la manipulation, certainement pas, c'est plus au niveau intuitif, je pense. Je suis très, très, très intuitive et je pense que ça m'aide à mieux guider la

personne pendant qu'elle est sous hypnose, c'est plus ça, je pense, mon pouvoir, c'est mon intuition. (Nicolas)

Les intervenants manœuvrent aussi pour obtenir une reconnaissance scientifique. Comme le savoir scientifique est très valorisé dans notre société, ils soulignent à gros traits la scientificité de leurs approches et techniques thérapeutiques qui sont souvent perçues comme ésotériques.

Les intervenants rencontrés sont aussi des producteurs et diffuseurs d'informations sur internet, par le biais de leur site web, pour offrir leurs services et présenter leur pratique. En transmettant des explications de nature scientifique, en accordant plus de place à la rationalité et à l'efficacité de la méthode, ils souhaitent démystifier le phénomène et accroître leur crédibilité :

Pis moi, je leur dis souvent : « À peu près tout ce qu'on fait ici est prouvable scientifiquement, là, c'est juste une question d'ondes cérébrales », je leur dis comme ça : « Tu sais, il n'y a rien de mystique dans ce qu'on fait, c'est juste une capacité à ton cerveau de relâcher pis recevoir une instruction différemment que juste quand on jase comme ça ensemble, par l'image, par le sensoriel ». (Richard)

On commence juste, dans le fond, à être capable de prouver, voir certains aspects [de l'état d'hypnose] pis [...], tranquillement [...] il y a une reconnaissance, on va dire, scientifique, qui va aider [...] les gens aussi à aller plus vers l'hypnose en réalisant qu'on travaille avec la machine, avec le cerveau qui gère tout. (Adrien)

Pis je trouve que plus on va la démystifier, pis la rendre accessible, mieux ça va être, là. Les gens vont pouvoir s'en servir sans lui donner ce côté mystique. (Samuel)

Pour renforcer la crédibilité de l'hypnose, certains intervenants considèrent que la formation devrait être améliorée, par exemple en resserrant les critères d'admission et en bonifiant les cursus :

[Pour assurer] la crédibilité de l'hypnose, ben, peut-être que les critères de sélection pourraient être... ben, plus serrés, oui, pis au niveau des formations, la charge, le contenu pour un cours de 15 heures, quand tu fais ça... quand tu fais deux cours à l'université de 45 heures, pis que tu le rentres en 15 heures, ben, tu sais, je trouve que ça ne fait pas de sens. (Mathieu)

[La crédibilité,] c'est capital. Madame Papillon qui fait ça dans son sous-sol, j'ai de la misère avec ça, moi. Je ne dis pas qu'elle n'est pas compétente, je ne dis pas ça, mais il y a comme... il n'y a pas de suivi ou que... qu'il veut faire ça comme projet de retraite, je me questionne. (Mathieu)

5.4.1.4 Dualité des positions d'expert et de demandeur

L'intervenant peut se retrouver à la fois en position d'expert et en position de demandeur, les deux postures coexistant au cours d'une même rencontre. Il se sent donc à la fois puissant et impuissant dans l'interaction. D'une part, l'intervenant peut faire preuve d'autorité professionnelle et d'autre part, être soumis aux normes sociales et/ou aux règles de son ordre professionnel. Par exemple, il ne se sent pas libre de soulever n'importe quel sujet avec un client :

Oui, je suis dans un rôle d'autorité dans le sens que je n'irais pas dire n'importe quoi n'importe comment. (Richard)

Pour maintenir son statut d'expert, l'intervenant doit conformer sa pratique et son discours à certaines normes. À son tour, il est demandeur de statut :

Je travaille avec des athlètes qui sont... certains à des hauts niveaux, pis ils ont tous leur psychologue sportif, pis toutes les institutions ont leur psychologue sportif, ça fait qu'au début, je me sentais un peu comme pas au même pied d'égalité, tu sais, pis je réalise que non, au contraire, tu sais, ils viennent même me voir en secret. (Richard)

C'est en 2000, tu sais, 1999-2000, et moi, j'avais beaucoup été formée, dans ce que je faisais à ce moment-là, maintenant, on n'a plus le droit de faire ça, mais on faisait beaucoup de régression. [...] C'est sûr que [aujourd'hui,] je ne fais plus de régression, de toute façon, on n'a pas le droit. (Samuel)

La seule crainte, c'est avec la loi 21, tu sais, dans le sens, tu sais, de faire attention, de rester dans le cadre maintenant qui est plus réglementé par la loi, le contrôle du marché pis de tout ça, parce que c'est une chasse gardée. (Adrien)

5.4.1.5 Opérations de maintien de la position d'expert

Avec l'expérience, l'intervenant développe des moyens pour conserver sa position d'expert.

Un de ces moyens est de simuler la position de demandeur, par exemple en admettant

calmement une erreur, en dévoilant un ressenti ou en utilisant l'autodivulgateur. Paradoxalement, l'intervenant qui semble abandonner sa position d'expert la conserve, car il garde le contrôle de ses émotions et de la situation :

Là, je suis très, très consciente et très, très lucide et très favorable à ce que l'autre ose se positionner avec ou contre moi, je m'en balance. Avant, s'il était contre moi, je le voyais comme étant résistant au traitement. Il ne veut pas, il manque de motivation. J'étais plus dans ces volets-là, tandis que là, qu'il se positionne, moi, je vais venir renforcer ça, puis pour moi, la lucidité, ce qu'il fait, ah, il est en train de se positionner, arrête, prends un temps, puis jase de ça avec le client, c'est hyper-important ce qui se passe. Tandis qu'avant, je n'aurais pas stoppé sur cette porte-là. Je me serais plus activée pour le convaincre, c'était mes pièges, admettons. (Alexis)

Cette tactique peut être déjouée si le client trouve le point faible de l'intervenant et l'exploite pour le repousser en position de demandeur. Embarrassé et en perte de contrôle, l'intervenant ne peut poursuivre la thérapie et doit référer le client à un collègue. Avec l'expérience, les intervenants sont en mesure de repérer les clients susceptibles de faire usage de ces « contre-mesures » :

Avec les troubles de personnalité, j'évite de jouer l'authenticité. [...] Là, je perds le contrôle et je suis obligé de référer. [Dans une situation,] j'ai carrément mis fin au traitement sans même référer. C'est là que j'ai perdu le contrôle, parce que je n'ai pas référé, pis dans mon éthique professionnelle et ma déontologie, je me dois de référer, mais je ne l'ai pas fait. (Mathieu)

Par ailleurs, l'intervenant qui désire maintenir sa position entretiendra et cultivera le doute chez son client avec des questions de ce genre : « Je me demande si c'est *vraiment* ce que vous ressentez ? » Aussi, lorsque l'intervenant observe son sujet en transe, il peut procéder à une ratification qui l'amplifie, c'est-à-dire qu'il fournit au sujet une description de son état, de ses réactions et de ses comportements en les interprétant comme relevant de la transe hypnotique. Ces descriptions donnent au client une explication et un sens à des sensations, des mouvements, des réactions, qui autrement demeureraient inexpliquées. Ce faisant, l'intervenant manifeste un savoir et conserve ainsi sa position d'expert :

Je le sais, lui, là, s'il veut ouvrir les yeux, il va les ouvrir, c'est sûr, ça fait que je n'essayerai pas de lui dire : « À partir de maintenant, tu ne seras pas capable d'ouvrir les yeux », parce qu'il va faire ting ! Il va me regarder, il va faire : « Ça ne marche pas ton affaire ». Ça fait que je le sais que je n'irai pas là, je ne suis pas cave, là, tu sais [rires]. Mais il y en a que tu vois, là, pis là, ils sont de même, là, là, je dis : « Là, okay, je le tiens complètement », ça fait que là, je dis... pis là, je mets mon doigt sur son front, ça fait que je ne sais pas si t'as déjà essayé d'avoir les paupières fermées... » (Richard)

D'une certaine façon, ça fait que ça m'aide à ce que la paupière demeure fermée. C'est juste un truc, tu sais, qui leur donne l'impression qu'ils sont en train de tomber en hypnose. (Richard)

Par ailleurs, l'intervenant a intérêt à parler constamment pour éviter que le client ne sorte de son état de vulnérabilité et ne réfléchisse à sa situation, au risque de remettre en jeu les positions d'expert et de demandeur :

Il y a quelque chose qui devient très intuitif parce que je maîtrise l'induction [...], puis là, c'est facile pour moi d'aller plus vite que leur conscience. Ça fait qu'ils n'ont plus le temps de réfléchir à ce qui est en train d'arriver. Ça fait qu'à un moment donné, ils sont obligés de s'abandonner. Je l'explique comme ça, mais faut que t'aies vraiment confiance, parce que si t'hésites, tu vas l'amener, l'hésitation. (Richard)

De plus, en adoptant le langage du client, l'intervenant s'assure de réussir et de conserver sa position d'expert, car son discours devient irréfutable :

Mais en même temps, je veux parler son langage, je veux devenir un peu caméléon, je veux toutes ces choses-là qui fait que la personne, elle se sent de mieux en mieux. (Richard)

Durant l'hypnose, le client est très vulnérable face à l'intervenant. Ayant laissé tomber toute vigilance, il a généralement les yeux fermés et semble s'exprimer sans filtre. L'intervenant peut l'observer, mais pas l'inverse. C'est une situation potentiellement inconfortable, car le client ne peut décoder ce que l'intervenant ressent ou vit. Il se retrouve ainsi confronté à une forme d'ignorance puisqu'il n'est pas en mesure d'évaluer la situation dans laquelle il se trouve et dépend alors entièrement de la parole de l'intervenant. Ainsi, tout ce que dit l'intervenant revêt une grande importance :

Le client qui se laisse aller, qui se ferme les yeux devant moi, et qui se permet de m'écouter et de voyager et peut-être même de ne plus m'écouter, donc il faut qu'il soit vraiment à l'aise avec le fait que je sois présente dans une intimité. (Alexis)

Je commence toujours avec la cohérence cardiaque, dans plusieurs de mes dossiers [...] fait que déjà on a travaillé « fermer les yeux », pis moi j'avais une cliente qui utilisait ma couverte pour mettre ça par-dessus sa tête parce qu'elle ne voulait pas fermer les yeux devant moi. (Alexis)

5.4.2 Le client en position de pouvoir

5.4.2.1 Manifestation de la position de pouvoir du client

Le client manifeste son pouvoir de différentes manières. Au départ, il est en position de demandeur, mais il est aussi un employeur puisqu'il engage le l'hypnothérapeute et paie la consultation. Certains clients, qui ont fait de longues années de thérapie et rencontré plusieurs thérapeutes sans résultat, abordent l'hypnothérapeute de manière très directe : « *Qu'est-ce que vous pouvez faire de mieux que les autres ?* » (Mathieu). Dans pareille situation, l'intervenant a l'impression que le client compte sur lui pour réussir là où les autres ont échoué. Peut alors se mettre en place une forme de négociation où l'intervenant accorde par exemple beaucoup plus de temps, avec des séances d'une heure qui s'étirent jusqu'à 120 minutes :

Au début, je le prenais personnel, là [...] c'était fou, là, ce que je faisais. Je pouvais garder les gens tellement longtemps dans le bureau pour être convaincue, certaine que je voie vraiment qu'il y ait un changement, là, tu sais, que la personne partait avec quelque chose. (Robin)

Le client a aussi la possibilité de porter plainte auprès de l'ordre professionnel ou de l'association de l'intervenant :

[La cliente qui] est en tabarnac après moi, elle va poursuivre qui ? Mon client TPL, qui n'est pas content, pis qui fait une plainte à l'Ordre, il peut m'empêcher de manger demain matin. Il me stresse un petit peu. Ce n'est pas mon client qui me stresse. C'est l'ordre professionnel. [...] Mais en hypnose spirituelle, je n'ai pas le rôle de guérir, de régler, je n'ai pas ça. Fait que ça ne me stressait pas. (Robin)

Il peut aussi refuser de divulguer des informations et/ou des émotions, se présenter en retard ou annuler un rendez-vous en avisant ou non l'intervenant, il peut enfin mettre un terme à la thérapie sans crier gare :

Je l'ai rencontrée deux fois, pis après ça, elle avait pris un rendez-vous pour une troisième fois, mais déjà... pis la deuxième fois, elle est arrivée en retard, ça fait que déjà, je sentais qu'il y avait quelque chose. (Salvador)

Les tentatives de prise de pouvoir du client peuvent être interprétées comme des résistances et sont susceptibles de lui être transférées. La réussite du traitement repose ainsi sur la seule volonté du client :

Pis la troisième fois, elle a juste annulé, ça fait que, tu sais, je savais bien qu'elle n'était pas prête. (Salvador)

[Maintenant] je suis très, très consciente et très, très lucide et très favorable à ce que l'autre ose se positionner avec ou contre moi, je m'en balance. Avant, s'il était contre moi, je le voyais comme étant il est résistant au traitement. Il ne veut pas, il manque de motivation. (Alexis)

[Une cliente fait part de son expérience :] « Je ne me suis pas sentie en hypnose. » [...] pis j'ai quand même mis le terrain aussi pour : « On va juste expérimenter quelque chose, juste une parole, ça se peut que ça ne marche pas, ça se peut que ça fonctionne, ça se peut qu'il se passe quelque chose ou bien... », etc., tu sais, j'ai vraiment utilisé tous mes canons, c'est du sabotage, c'est du sabotage. (Mathieu)

5.4.2.2 Constat de la prise de pouvoir par le client

Les intervenants décrivent la prise de pouvoir « positive » du client comme le moment où celui-ci est en mesure de s'affirmer et d'exprimer librement ce qu'il vit et ressent, même en dehors de la rencontre thérapeutique, ou lorsque le client s'affranchit de l'intervenant et utilise ses ressources pour résoudre ses difficultés et commence à prendre des décisions pour lui-même dans sa vie :

Mais m'assurer de la compréhension des gens, ce qui a fait leur affaire, puis ce qu'ils ont laissé tomber, tu sais vraiment faire confiance en leur autorité intérieure, leur capacité de choisir, leur capacité de se positionner, leur capacité de me dire : « Ben ça Chloé, tu m'as dit ça, mais ça ne fitait pas, mais ça, tu m'as dit ça, puis ça fitait. » (Alexis)

[Le pouvoir se manifeste] dans l'émotion ressentie par... exprimée et ressentie par la personne. (Mathieu)

Mais plus je m'aperçois que la personne l'utilise [son pouvoir], utilise ces ressources-là et s'accapare ces ressources-là, là, je vais commencer à parler de pouvoir, en voulant dire : « T'as un pouvoir ». (Samuel)

5.4.2.3 Perturbations des positions de pouvoir

La stabilité des postures d'expert et de demandeur reconnues et acceptées par l'intervenant et son client dès le début de la rencontre peut être compromise lors de perturbations vécues par le client et/ou l'intervenant. De telles perturbations ont été évoquées par les intervenants. Par exemple, pendant ou après l'induction de l'hypnose, l'hypnothérapeute utilise malencontreusement un mot chargé d'affects négatifs pour le client :

Ça va arriver que quelqu'un va réagir, même ne serait-ce qu'à un mot qui est non directif, puis qui pourrait être attaché à tout un paquet de choses, tu sais, qui va la faire sortir de la transe, réagir. (Adrien)

Un commentaire, un petit désaccord ou une technique d'induction qui n'est pas adaptée au client peuvent aussi entraîner une reconfiguration des postures.

Des perturbations peuvent également survenir lorsque l'hypnothérapeute montre de la vulnérabilité, par exemple en évoquant des expériences personnelles ou des émotions suscitées par le témoignage du client. Si celui-ci réagit à de telles révélations, la position des acteurs peut être remise en question :

[J'ai eu comme client] un personnage narcissique. Bien, on s'entend que les narcissiques [...] c'est toujours à prendre avec des pincettes entre guillemets. Et à un moment donné, on a eu... je suis devenu émotif [...] en lui exprimant que j'étais touché et la carte de l'authenticité et ce personnage-là est probablement aussi passif agressif [...] et à la fin d'une rencontre, il m'a dit, il dit : « Pour que tu aies des émotions durant les entrevues, tu aurais peut-être besoin d'aide toi aussi ». (Mathieu)

Certains ont évoqué des situations de décrochage lorsque, par exemple, l'intervenant ne s'est pas conformé à une demande implicite ou explicite du client, ou a lui-même fait une

demande ou une intervention que le client a vécue comme une intrusion ou une attaque. Ou bien le client tente de prendre le contrôle de l'environnement physique ou social, en changeant la disposition du mobilier, en revenant sur l'horaire ou la durée des rencontres. Ces moments de prise de pouvoir provoquent une remise en question des limites qui risque de se répéter tout au long de la thérapie.

Une reconfiguration des positions de pouvoir peut être interprétée par l'intervenant comme un désir de déconnexion de la part du client. En s'éloignant, celui-ci tente de se soustraire à l'interaction, ce que l'intervenant est susceptible de vivre difficilement. Mathieu rapporte une situation où le client a vécu un changement brusque d'état affectif et exprimé une forme d'agressivité. L'hypnothérapeute et son client ont alors vécu une rupture de la relation thérapeutique, ce qui équivaut à la perte d'une position de pouvoir, puisque le client jugeait que le l'hypnothérapeute n'avait plus la légitimité nécessaire pour intervenir comme expert. Cette situation peut causer un désarroi chez l'hypnothérapeute qui, lorsqu'il perd sa posture d'expert, risque de perdre le contrôle de la situation :

Une personne [...] était exigeante sur ses heures de [disponibilité]... Ça fait que j'ai répondu à cette demande en la squeezant entre deux [rendez-vous], lui spécifiant que je la mettais entre deux [et] si c'était possible d'être à l'heure [...] et puis, moi, j'étais en retard de 15 minutes et en partant, ça a été : « Vous avez m'avez dit d'être à l'heure, vous êtes en retard de 15 minutes » [...] même à la première rencontre, comment ça a été difficile. Ben là, ça a été le pétage de coche et moi, je n'ai pas su recevoir ça. (Mathieu)

Ça a été une de mes pires séances, dans le sens qu'elle était sur le divan comme une barre, les yeux ouverts, incapable de lui faire fermer les yeux, la faire relaxer. Ça, ça fait quand même... c'est dans mes premières années, aussi. Écoute, après la rencontre... pendant la rencontre, je suis venu en sueur de bord en bord, tu sais, quand tu essaies d'improviser des techniques en file, pis qu'il n'y a rien qui marche, tu sais. Ben, ce n'est pas compliqué, tu as le feeling qu'il n'y a absolument rien qui a marché, là, pis ce n'est pas le fun, là, tu sais, ce n'est vraiment pas le fun. Tu as un inconfort, tu ne te sens pas compétent non plus, et pis là, elle s'en va, pis je me dis : « Ouais... » De souvenir, cette première rencontre-là, c'est ma pire à vie, tu sais. (Adrien)

Ah, ça m'a fait vivre, ben, un peu de découragement. Ça m'a fait vivre un peu de tristesse, un peu de frustration, tu sais, découragement, tristesse, dans le sens que, tu

sais, ça fait partie quand même de ma mission première. J'essaie d'aider les gens du mieux que je peux, pis j'ai tout le temps l'espoir pis la croyance que je peux faire quelque chose, pis, ben, c'est sûr que quand tu te rends compte que ça n'a pas marché, ben, c'est quand même tout le temps une petite déception pareil. (Adrien)

L'hypnothérapeute est donc susceptible d'être perturbé s'il réalise qu'il ne peut pas aider le client : *« Ça fait que c'est à ce niveau-là que je trouve que oui, c'est arrivé plusieurs fois, tu sais, où j'ai dit aux gens : "Non, non, je ne peux pas vous aider", tu sais, on frappe un petit mur, tu sais. »* (Samuel)

5.4.3 L'intervenant et client en posture égalitaire

À certains moments, il est possible que l'intervenant et le client tentent d'établir une interaction où leurs positions de pouvoir seront égalitaires. Le tout se déroule comme si l'intervenant et le client oubliaient leur statut social et leurs positions respectives d'expert et de demandeur. Dans ces moments-là, client et hypnothérapeute montrent leur vulnérabilité et tous deux se sentent puissants dans la relation. Robin relate une expérience vécue avec sa propre thérapeute :

En thérapie. Je n'avançais pas, je n'arrivais pas à me dévoiler, [...]. Pis [ma thérapeute s'est dévoilée, à propos d'une expérience personnelle]. « Ah, j'ai un être humain devant moi ! » et j'ai déglutché. Et là, j'ai été capable d'être en relation avec elle, pis là, j'ai cheminé. Pis là, j'ai compris que l'ostie de neutralité bienveillante, de la merde, ça n'existe pas, cette maudite patente-là. Et ça m'est arrivé moi-même, avec certains clients ». (Robin)

L'intervenant ne ressent alors plus de pression en vue d'atteindre un quelconque objectif.

Toute la place est laissée à l'autre et à son autodétermination :

[Maintenant] je suis plus dans le relationnel que dans le savoir. Découvrons ensemble. [...] Oui, le partage de l'autorité intérieure de chacun, de l'intervenant et du client. (Alexis)

Pis tranquillement, ben, j'ai pris conscience que, écoute, on est toutes responsables de notre parcours, de la rapidité avec laquelle on comprend les choses, ça fait que je me suis vraiment détachée du résultat. (Robin)

[Durant mes premières années de pratique,] je devais savoir, ben [maintenant], je suis plus dans la position [...] allons découvrir. Tu sais, avant, je devais savoir. (Alexis)

Robin parle même de son rôle comme de celui d'une accompagnante, d'une agente de voyage qui propose des destinations :

[Dans cette forme d'hypnose,] je suis engagée pour [accompagner] l'autre, pour faire un voyage. Fait que, tu sais, s'il se passe quelque chose de grave dans le voyage, je vais faire la même chose que si j'étais en bureau privé. Mais je suis engagée pour un voyage, je suis une agente de voyages. (Robin)

L'intervenant et le client sont disposés à apprendre l'un de l'autre et à reconnaître leurs spécificités. On parle alors de « coconstruction », car il n'y a plus ni compétition, ni de conflit. Les intervenants parlent de la proximité, de la connexion. Alexis va jusqu'à employer le mot « amour » pour décrire la complicité qui s'établit entre lui et son client.

Moi, tant que je ne sens pas le client, tant que je ne me sens pas connectée, quand je ne sens pas que j'ai confiance en la personne, tu sais, il y a comme pas de l'amour, mais je dirais ça, c'est comme j'apprécie la personne, l'humain en avant de moi. Tant que je n'ai pas ça, je ne fais pas d'hypnose. (Alexis)

5.4.3.1 Le client et la posture égalitaire

Dans certains cas, cette redéfinition des positions peut être considérée comme une requête, un souhait du client qui désire que l'intervenant quitte sa position d'expert et le rejoigne dans une rencontre ordinaire, d'égal à égal. Cette redéfinition des positions est susceptible de favoriser de nouveaux progrès vers l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Le témoignage de Robin cité précédemment (section 5.4.3) le montre bien lorsqu'il relate des moments de sa propre thérapie et de la perception qu'il a eue de sa thérapeute suite à ce changement de position.

D'autres intervenants font remarquer que cette recherche de proximité et d'égalité est fréquente. Richard fait remarquer que les clients veulent rencontrer la personne derrière l'expert :

Pis des fois, je le dis tout le temps : « Je ne veux pas parler de moi », tu sais, mais les clients, on dirait qu'ils recherchent ça, des fois, hein, pis j'essaie de me retenir de ça, parce que... de toujours ramener ça à lui, parler de lui. (Richard)

5.4.4 Résumé du thème « dynamique du pouvoir »

Comme l'ont fait remarquer les hypnothérapeutes, la personne vivant de la détresse cherchera de l'aide auprès d'un intervenant jugé compétent et suffisamment outillé pour lui venir en aide. C'est en posture de demandeur que celle-ci arrive chez l'hypnothérapeute. C'est pourquoi les hypnothérapeutes vont présenter une image d'expert et adopter les caractéristiques associées à cette image. Cette dernière est imposée par les conventions sociales et le système professionnel. Paradoxalement les intervenants, mal à l'aise avec toute expression du pouvoir ne souhaitent pas être perçus comme tels. Par contre, ils manœuvrent de manière constante afin de conserver une position de pouvoir tout au long de l'interaction thérapeutique. Par exemple, ils vont mettre en évidence l'aspect scientifique, la rationalité et l'efficacité de leur pratique en lui accordant une place de choix dans leurs communications. Une autre stratégie sera déployée en feignant d'abandonner la position de pouvoir et en admettant calmement une erreur, en dévoilant un ressenti ou en utilisant l'autodivulgence, en cultivant le doute, en décrivant et en interprétant l'état, les réactions et les comportements du client sous hypnose comme une transe hypnotique. La position de pouvoir de l'hypnothérapeute est par contre relative, car l'hypnothérapeute occupe aussi celle de demandeur. En effet, il est soumis aux règles de son ordre professionnel et il ne peut soulever n'importe lequel sujet avec son client. Aussi son discours est encadré par des normes. Le client est aussi en quelque sorte en position de pouvoir. Il est celui qui paye pour un service, à ce titre il est donc l'employeur, il peut porter plainte contre l'intervenant auprès de l'ordre professionnel, il peut refuser de se confier ou encore abandonner la thérapie sans préavis. La perturbation des positions de pouvoir interprétées par l'intervenant comme un désir de déconnexion peut susciter du désarroi et un sentiment de perte de contrôle de la

situation. Il est aussi apparu dans les résultats qu'intervenants et clients peuvent souhaiter une posture égalitaire, l'intervenant devient alors un accompagnant.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Avant d'entamer la discussion sur les résultats nous rappelons les objectifs et questions de recherche : comment les intervenants font l'expérience du pouvoir avec leurs clients ? Comment se représentent-ils le pouvoir et sa distribution dans ce cadre ? Et quel est le rôle des représentations sociales sur l'expérience du pouvoir des intervenants? L'objectif général de notre recherche est de repérer, de décrire les manifestations du pouvoir au sein de l'intervention.

Nos analyses sont inspirées des travaux de Lilian Negura et de ses collaborateurs sur le rôle des représentations sociales et des thémata dans les relations de pouvoir et leur articulation dans l'intervention en santé (Negura et Lavoie, 2016 ; Negura et Lévesque, 2019; Negura et Lungu, 2011). Nous mobilisons notre expérience personnelle de travailleur social en milieu psychiatrique, en CLSC et en pratique autonome ainsi que ce qui a été énoncé au premier chapitre à propos de la professionnalisation du travail social pour discuter des résultats obtenus auprès des hypnothérapeutes et établir un parallèle avec notre profession.

Les éléments discutés sont répartis sous quatre thèmes : la représentation sociale de l'hypnose ; la représentation sociale du pouvoir ; les attitudes et prises de position des participants face au pouvoir et enfin les conditions d'exercice du pouvoir et les espaces de légitimation. Dans les sections traitant des éléments représentationnels de l'hypnose, nous discutons d'abord des motivations qui ont amené les participants à adopter une approche qui peut paraître nébuleuse. Le rôle et l'importance des attitudes sont soulignés. Nos résultats concernant la représentation sociale de l'hypnose sont ensuite confrontés à ceux obtenus

ailleurs dans le monde. Nous discutons de l'homogénéité internationale de cette représentation et d'éléments théoriques permettant d'expliquer ce phénomène. Un parallèle est ensuite établi avec le travail social et le rôle des médias sur la genèse de la représentation de la profession. La section suivante est consacrée à la représentation sociale du pouvoir. Nous nous attardons aux éléments représentationnels et aux caractéristiques du pouvoir qui sont apparus à travers les différentes conceptions énoncées par les hypnothérapeutes. Trois représentations spécifiques sont présentées : le pouvoir-ressource ; le pouvoir-substance et le pouvoir égalitaire. Nous discutons des contextes sociaux qui ont favorisé l'émergence de ces représentations et nous comparons nos résultats avec une étude des représentations sociales du pouvoir réalisée au Portugal. Nous discutons de la possibilité de retrouver ces différentes représentations chez les travailleurs sociaux. Après quoi nous soulignons deux attitudes face au pouvoir : le pouvoir n'est pas réfléchi et le pouvoir est un terme péjoratif. Nous discutons des prises de position paradoxales que ces attitudes sont susceptibles d'engendrer et de la possibilité de rencontrer ces particularités en travail social. Après avoir fait ressortir le rôle de la légitimité dans les sphères intersubjectives et transsubjectives, l'analyse des résultats nous a permis de mettre en lumière des jeux de pouvoir ou des tactiques de légitimation. Nous en avons repéré quatre : l'effet de langage ; la spectacularisation ; la recherche de crédibilité scientifique et le discours de peur. Ces stratégies sont déployées de manière plus ou moins consciente par les hypnothérapeutes afin de maintenir leur légitimité d'intervenant. Nous constatons que les jeux de pouvoir déployés par les intervenants pour maintenir leur position d'expert et légitimer leur pratique sous-tendent la dynamique de pouvoir. Nous observons que les positions d'expert et de demandeur s'établissent selon un schéma préétabli soutenu par des représentations et des attentes spécifiques. Nous mobilisons la théorie des représentations sociales pour expliquer ces stratégies et établissons un parallèle entre certaines de ces stratégies, l'intervention et le travail social professionnel.

6.1 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DE L'HYPNOSE

6.1.1 Les motivations à adopter la pratique de l'hypnose

Nos premières remarques concernent les représentations sociales de l'hypnose, premier thème abordé lors des entrevues. C'est d'abord en questionnant les participants sur leurs motivations à adopter l'hypnose comme méthode d'intervention que nous avons voulu faire ressortir la représentation sociale. Ce questionnement sur la représentation et les réflexions qu'il suscite sont en lien avec nos objectifs de recherche étant donné la corrélation entre représentations sociales et professionnelles, identité professionnelle et pouvoir présentée au premier chapitre. Comme les résultats le suggèrent, les participants ont adhéré à cette approche après s'être engagés dans une démarche informative à propos de l'hypnose, soit pour satisfaire une curiosité, ou encore, trouvé des réponses ou des solutions au mal-être et certains d'entre eux ont même tenté l'expérience. Ce qui suppose que l'hypnose et les comportements susceptibles de se manifester sont perçus comme un moyen qui permet de guérir ou de se comprendre. Les comportements des individus sous hypnose peuvent être considérés ou comparés à une rêverie, à de la relaxation, à de la méditation ou encore au sommeil, ils sont de ce fait assimilés à des manifestations naturelles à la portée de tous. L'idée de la perte de contrôle est présente, mais cette perspective n'apparaît pas nécessairement négative, mais à tous le moins mitigé. Selon les participants, l'hypnose demeure un phénomène méconnu par la population. Malgré cela, l'expérience de l'état d'hypnose apparaît comme un élément fédérateur et confère à cette approche un caractère transthéorique.

De ces données l'attitude positive des participants envers l'hypnose nous apparaît cruciale à l'adhésion des participants, et ce malgré les présentations parfois théâtrales et nébuleuses de l'hypnose qui circulent dans les médias. Considérant les opinions divergentes sur

l'hypnose nous nous sommes questionnés sur le déroulement argumentatif personnel (implicite ou explicite) qui fait en sorte qu'un individu adopte une attitude positive face à une approche controversée. La littérature scientifique à propos des représentations sociales aborde cet aspect. Par exemple, Rateau (2000) fait remarquer que dans un groupe social il est plus fréquent de rencontrer des attitudes divergentes à propos d'une même représentation que le contraire, « on trouve [...] plus de groupes qui sont à la fois hostiles à la peine de mort et favorables à la généralisation de l'aide sociale, que de communautés présentant l'une de ces deux attitudes et l'inverse de l'autre (*Ibid.*, p. 31). Pour Rateau (2000) l'attitude est « une forme spécifique d'occurrence d'une représentation sociale d'un objet donné, propre à un groupe donné, à un moment donné » (*Ibid.*). Les attitudes sont déterminées par la représentation sociale qui par ailleurs, permet leur compatibilité (Rateau, 2000). Ainsi la pluralité des processus individuels qui sont à la base des prises de position des individus et de leur insertion dans l'espace social « permet d'expliquer la variété des expressions individuelles d'une représentation sociale » (Doise et Palmonari, 1986, p.93). Dans la sphère politique Bourdieu et Boltanski (1976) ont aussi souligné la diversité des prises de positions tout en spécifiant qu'elles émergent de principes régulateurs communs ce qui implique qu'en amont des attitudes et des représentations, une instance, l'idéologie, permet leurs cohésions.

Le discours dominant doit son efficacité proprement symbolique (de méconnaissance) au fait qu'il n'exclut ni les divergences ni les discordances. Les effets conjugués de l'orchestration spontanée et de la concertation méthodique font que les opinions politiques peuvent varier à l'infini d'une fraction à une autre et même d'un individu à l'autre selon les privilèges particuliers qu'elles ont à justifier et les compétences spécifiques qu'elles engagent, mais que, étant le produit de schèmes générateurs homologues et subordonnés à des fonctions pour l'essentiel identique, elles renvoient indéfiniment les unes aux autres selon des lois simples de transformation (Bourdieu et Boltanski, 1976, p.4-5).

Selon Rateau (2000) l'idéologie dominante conditionne les représentations sociales. Les attitudes sont alors considérées comme «des modulations individuelles d'un cadre de référence commun, et relèvent à ce titre d'un niveau d'analyse inférieur » (*Ibid.*, p.30).

Par rapport à des systèmes idéologiques, les représentations sociales doivent donc être étudiées comme des sous-systèmes ayant cependant un fonctionnement qui lui est propre et qui les fait également fonctionner dans d'autres champs ou systèmes. Les représentations sociales, dispositions ou habitus n'en sont pas moins indispensables au fonctionnement idéologique (Doise et Palmonari, 1986, p.93).

Rateau (2000) explique que l'idéologie englobe des classes d'objets et la considère comme un « code interprétatif » précédant des thèmes particuliers. Par exemple, l'intervention sociale est sous le joug de l'idéologie dominante qui définit et détermine des codes de conduite, des actes et des comportements envers les pauvres et les riches, les dominés et des dominants, les hommes et les femmes.

La psychologie sociale définit ainsi l'idéologie,

comme un répertoire générateur utilisé dans toutes les constructions sociocognitives, particulièrement les représentations sociales. Ce niveau fondamental procure ses ressources de base à la pensée sociale, et constitue une instance intégrative de ses différentes manifestations (représentations sociales, attitudes et opinions) particulièrement stable dans le temps [...]. Le niveau idéologique est pour l'essentiel composé de valeurs [...], de normes, de croyances générales et de thémata [...] (Gamby-Mas et al., 2012, p.322).

En ce qui concerne l'attitude Girandola et Fointiat (2016) font remarquer son importance sur « notre manière de voir le monde, notre façon de penser, et nos comportements » (*Ibid.*, p.7).

L'attitude recèle des composantes « cognitives (croyances, pensées et attributs associés à l'objet), affectives (sentiments, émotions liées à l'objet) conative ou comportementale (comportements passés et futurs associés à l'objet) » (*Ibid.*, p.8).

Le changement d'attitude peut se réaliser sous certaines conditions (Ajzen, 1988, 2015). Les sentiments de liberté et de contrôle apparaissent incontournables dans ce processus, on ne

peut forcer un individu à changer son attitude. Plusieurs théories et modèles⁵³ permettent de rendre compte et d'expliquer la modification ou l'adoption d'une attitude.

Selon Greenwald (1968) le changement d'attitude est le fruit d'un processus de pensée, il est d'ordre cognitif. Par exemple, l'individu génère des pensées positives lorsqu'il est en contact avec des arguments qui l'intéressent ou qu'il juge de bonne qualité. À contrario, les arguments inintéressants ou incompréhensibles provoqueront des émotions négatives. Le changement d'attitude est favorisé par les pensées positives et bloqué par les pensées négatives. En outre la quantité d'arguments positifs a un impact sur l'ampleur du changement et la résistance à la persuasion augmentera avec la quantité d'argument à valence négative (Girandola et Joule, 2013).

Ce détour théorique et les propos de Greenwald nous permettent de mieux comprendre le processus de délibération qui peut se dérouler chez les individus s'engageant dans une expérience ou une pratique reliée à l'hypnose dans un contexte où coexistent des attitudes positives et négatives envers l'hypnose. Nous pouvons aussi envisager l'hypothèse que nos participants ont développé une attitude positive envers l'hypnose après avoir été en contact avec des arguments qui leur apparaissaient convaincants, ce qui en quelque sorte les autorisait à poursuivre leurs démarches informatives et instructives et les incitent à vivre une expérience hypnotique.

⁵³ Entre autres : la théorie de la réponse cognitive (Greenwald, 1968); la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988); le modèle de probabilité d'élaboration de la persuasion (ELM) (Petty et Cacioppo, 1986); le modèle de l'autovalidation (Ishiyama, 1989); Le modèle du Traitement Heuristique-Systématique (HSM) (Chaiken et Ledgerwood, 2012); le modèle unimodal ou à processus unique (Unimodel) (Kruglanski et al., 1999).

5.1.1.1 Les motivations des futurs travailleurs sociaux

Maintenant, les constats à propos des hypnothérapeutes à propos des motivations et de l'attitude positive préalables pour s'engager dans une pratique peuvent-ils s'appliquer aux travailleurs sociaux?

On peut supposer que les futurs travailleurs sociaux, comme les hypnothérapeutes, s'engagent dans un processus de professionnalisation en raison d'attitudes favorables envers le travail social, et ce, malgré la présence dans les médias d'information dépeignant parfois le travail social de manière défavorable (Allegri, 2014). Comme nous le verrons plus loin les enquêtes populationnelles à propos de l'image du travailleur social réalisées en France (Allegri, 2014), en Nouvelle-Zélande (Staniforth et al., 2016) et aux États-Unis (Le Croy et Stinson, 2004) tracent un portrait somme toute positif du travailleur social. Mais comme nous le verrons pour le cas de l'hypnose nous soulignons le fait que les médias contribuent à transmettre, à formuler et reformuler les représentations sociales. Ainsi, les futurs travailleurs sociaux sont nécessairement confrontés aux éléments controversés de la représentation en circulation dans l'espace médiatique au même titre que les hypnothérapeutes envers l'hypnose.

En ce qui concerne les motivations à rejoindre le groupe professionnel des travailleurs sociaux, nous retrouvons dans la littérature des éléments de réponse. Par exemple, Causer et Engel (2009) ont souligné la « une volonté de venir en aide, d'atténuer la souffrance et la misère, voire de combattre les injustices sur le registre du dévouement » (*Ibid.*, p.58) chez les futurs travailleurs sociaux. Cette volonté ressort des témoignages des étudiants ou des travailleurs sociaux qui ont été interrogés. Ces derniers adhèrent aux valeurs de partage, de dignité et de justice sociale de la profession (Dubasque, 2018; Hardy, 2016; Lavoie, 2014; Osteen, 2011; Victor Baptiste Grebert, 2013;), ils ont besoin de se sentir utiles (Victor Baptiste Grebert 2013) et souhaitent changer le monde (Hardy, 2016; Dubasque 2018). Les

expériences personnelles, professionnelles et familiales semblent jouer un rôle décisif dans le choix de carrière (Osteen, 2011; Lavoie, 2014). Par exemple, le fait d'avoir été un enfant adopté, ou encore le divorce des parents (Lavoie 2014); la maladie mentale vécue par un membre de la famille (Hardy, 2016); le bénévolat (; Dubasque 2018 ; Victor Baptiste Grebert, 2013) ; la rencontre en dehors du cercle familial avec un travailleur social ou un intervenant qui apporte une aide bienveillante (Victor Baptiste Grebert, 2013 ; Lavoie 2014). D'autres sont motivées par le désir d'élargir leur vision de l'être humain au-delà de l'aspect psychologique et de comprendre l'être humain dans sa globalité (Lavoie, 2014); c'est aussi une manière de se comprendre soi-même, de se développer (Dubasque 2018 ; Lavoie 2014; Victor Baptiste Grebert, 2013). D'autres recherchent la légitimité professionnelle qui permettra d'assister les personnes dans le besoin et les aider à faire valoir leurs droits et améliorer leur sort (Hardy, 2016). Enfin, le côté pratique qui permet d'accéder à un ordre professionnel sans avoir à entreprendre de longues études universitaires a été déterminant pour certains (Hardy, 2016; Osteen, 2011; Lavoie 2014). L'aspect international de la profession est évoqué pour les opportunités de travail international (Hardy, 2016).

Comme dans le cas des hypnothérapeutes les travailleurs sociaux ont une attitude favorable envers le travail social qui leur permet de s'engager dans le processus de professionnalisation. Nous retrouvons aussi dans ces motivations plusieurs éléments évoqués dans la problématique et l'histoire du travail social à propos du désir de venir en aide à l'autre. Sont aussi mises à contribution les valeurs partagées au sein de la famille. Les valeurs peuvent être considérées comme des éléments centraux de la représentation sociale, elles permettent en outre « d'établir et de justifier des choix, lorsque se présentent plusieurs options » (Gamby-Mass, 2012, p. 322). D'ailleurs, Carpenter et Platt, (1997) ont souligné leurs importances dans le développement de l'identité professionnelle.

Après ce parallèle entre les motivations des hypnothérapeutes et celle des travailleurs sociaux à rejoindre une approche ou une profession, nous allons nous pencher sur les résultats concernant la représentation de l'hypnose. C'est en sollicitant la théorie des représentations sociales que nous discutons de son homogénéité internationale et de celle entre la population et les professionnels. Nous établissons ensuite un parallèle avec la représentation sociale du travail social et sa diffusion dans l'espace public.

6.1.1 La perspective des hypnothérapeutes sur l'hypnose

Selon les données recueillies, les intervenants se représentent l'hypnose comme un état naturel qui s'apparente à une relaxation, mais qui n'en est pas une. Il s'agit d'un état modifié de conscience qui donne au sujet hypnotisé l'accès à son réservoir de ressources⁵⁴. L'hypnose a aussi un effet dissociatif qui permet de prendre du recul et de s'observer comme le spectateur observe l'acteur. L'état d'hypnose est subjectif, c'est-à-dire que seul le sujet hypnotisé est en mesure de valider et de décrire son vécu. Sous hypnose, le sujet est toujours maître de lui-même et garde le contrôle de l'expérience. Pour entrer en hypnose, un lien de confiance fort doit être établi entre l'intervenant et son sujet. L'hypnose est une technique, un outil efficace et puissant, mais qui en soi n'apporte rien, c'est un adjuvant. L'hypnose peut aussi avoir des effets sur la mémoire et permettre de retrouver des souvenirs enfouis. Nous constatons en outre que l'attitude positive des intervenants par rapport à l'hypnose est bien antérieure à l'adjonction de cette technique à leur pratique professionnelle.

⁵⁴ Selon la théorie des ressources sociales (Lin Nan, 1995) les ressources permettent à l'individu d'atteindre ses objectifs et de satisfaire ses besoins. Elles s'acquièrent (éducation, prestige, autorité) ou sont hérités (l'appartenance ethnique, sexe, legs familiaux). Elles sont classées en deux catégories : les ressources personnelles et les ressources sociales. La première catégorie regroupe celle possédées par l'individu et qu'il utilise librement. La seconde catégorie correspond aux ressources insérées dans le réseau social de l'individu et celui-ci y accède temporairement et conditionnellement par le biais de ses liens direct et indirects avec son environnement social.



Schéma 8: Représentation sociale de l'hypnose des hypnothérapeutes

C'est à partir des évocations des participants que nous avons rassemblés ces éléments représentationnels. Nous pouvons soutenir qu'il s'agit de représentations professionnelles. Comme nous l'avons présenté dans les résultats, les participants se représentent l'hypnose comme un état modifié de conscience. Étant donné que les représentations s'élaborent à partir de l'information en circulation, nous pouvons retrouver plusieurs des éléments évoqués par les participants dans les définitions de l'hypnose (Orne, 2014; Kerouac, 2008) présentés au chapitre deux. Les autres éléments comme la particularité de l'état hypnotique qui n'est pas considéré comme de la relaxation, l'efficacité de la méthode, ses qualités d'adjuvant, l'accès au réservoir de ressource, la dissociation, etc. se retrouvent dans les théories de l'hypnose. Nous remarquons que certains éléments comme la dissociation, la capacité de rejoindre le réservoir de ressource et l'accès à la mémoire supposent une conception particulière de l'inconscient. Ce dernier est perçu comme une entité qui a son propre langage et ses règles et qui est accessible par le biais de l'hypnose. Des éléments de prestige, d'efficacité de puissance sont aussi évoqués. Nous pouvons supposer que ces éléments

sont centraux et servent de catalyseur aux professionnels pour adopter cette technique. Si nous combinons ces derniers éléments avec la conception particulière de l'inconscient, cela représente une forme particulière de pouvoir. Par exemple au chapitre trois nous avons présenté comme une forme spécifique de pouvoir exercé par un expert : le pouvoir magique. Comme le souligne Mauss (2013) le magicien exerce son pouvoir en utilisant des formules ésotériques. Dans le cas des hypnothérapeutes, l'intervenant n'utilise pas de formule magique avec son client, mais une technique dont il est le détenteur et qui permet d'accéder au réservoir de ressource, à la mémoire, etc.

6.1.2 La perspective des clients sur l'hypnose selon les hypnothérapeutes

La description de la représentation sociale de l'hypnose de la clientèle demeure parcellaire et biaisée étant donné qu'elle a été extraite à partir des témoignages des hypnothérapeutes. C'est à travers les commentaires et les questions qui leur sont adressées par la clientèle qu'ont été établies les croyances et les opinions de la clientèle à propos du phénomène hypnotique. Il apparaît que les clients qui n'ont pas vécu l'expérience hypnotique se démarquent des autres. Pour ces derniers le phénomène hypnotique demeure mystérieux et leurs principales interrogations sont liées à l'hypnose de spectacle. La principale peur est de perdre le contrôle, ils craignent de « faire la poule » comme dans un spectacle.

Comme nous l'avons soulevé au point précédent cette représentation de l'hypnose met en évidence le pouvoir magique de l'hypnothérapeute. La personne en détresse se résout enfin à se livrer à l'hypnothérapeute afin de guérir. Comme l'ont rapporté les intervenants, la rencontre en hypnothérapie s'effectue en dernier recours après avoir essayé sans succès plusieurs autres méthodes. Nous pouvons supposer que ces clients ont une attitude neutre négative à l'égard de l'hypnose étant donné qu'ils ont surmonté les aspects négatifs de la représentation afin de finalement rencontrer un hypnothérapeute.



Schéma 9: Représentation sociale de l'hypnose de la clientèle

6.1.3 La recherche internationale et la représentation sociale de l'hypnose

Après avoir confronté nos données aux études sur les croyances et opinions de la population et des intervenants à propos de l'hypnose (Bosc, 2013 ; Green *et al.*, 2006 ; Johnson et Hauck, 1999 ; Krouwel *et al.*, 2017 ; Mendoza *et al.*, 2009), nous constatons que nos résultats trouvent écho dans les recherches internationales. Considérant nos résultats et ceux obtenus par différentes études quantitatives nous constatons une certaine uniformité de la représentation sociale de l'hypnose. Malgré de légères différences d'un pays à l'autre, les chercheurs remarquent que les points de vue et les attitudes envers l'hypnose ne sont pas liés à la culture (Green *et al.*, 2006).

La plupart des études des croyances sur l'hypnose que nous avons répertoriées ont fait appel à une méthodologie quantitative et ont été menées auprès d'étudiants. Une étude

qualitative, menée en France par Adeline Bosc (2013) se démarque par son cadre théorique et sa méthodologie. De cette étude réalisée auprès de patients de médecine générale, Bosc dégage deux profils de patients : les « scientifiques » et les « magico-religieux ». Les premiers s'intéressent aux faits scientifiques et sont très attentifs aux explications. Ils s'engagent activement dans leur thérapie et ne font pas confiance aux médecines alternatives. Les seconds s'expliquent la maladie et la guérison comme le résultat de phénomènes divins ou paranormaux. Ils se tournent volontiers vers les médecines naturelles et s'opposent à la médecine « chimique ». Les deux groupes se représentent l'hypnose comme une perte de contrôle et une soumission susceptible d'engendrer des dérives sectaires, le charlatanisme, voire même le viol. La confiance absolue envers le thérapeute est évoquée comme rempart contre le risque de manipulation et de dépendance. L'hypnose pratiquée par le médecin est beaucoup plus rassurante. L'hypnose est perçue comme une sorte de sommeil qui ne fonctionne pas avec tout le monde. Le phénomène est rattaché à des croyances, à la magie, à la voyance. Pour certains patients, l'hypnose est plus une thérapie psychique qu'une médecine douce. La chercheuse fait remarquer l'homogénéité des représentations de l'hypnose, quels que soient l'origine géographique ou socioprofessionnelle, l'âge et le sexe. Les résultats de Bosc (2013) sont compatibles avec ce qui a été rapporté par nos participants à propos de la représentation de leurs clients qui n'avaient pas vécu d'expérience hypnotique.

6.1.3.1 Perception de l'hypnose dans la population générale

Quant aux études quantitatives, une revue de 31 recherches sur les opinions et croyances sur l'hypnose, réalisées entre 1996 à 2016 auprès d'adultes de quatre continents (Europe, Océanie, Amérique et Asie), révèle que ceux-ci croient que l'hypnose est un état altéré de la conscience qui requiert la collaboration du sujet ; sous hypnose la perception du sujet se modifie. La population interrogée croit que l'hypnothérapie est bénéfique pour résoudre les

problèmes psychologiques et soutenir les interventions médicales. Elle permet en outre d'améliorer la mémoire. Les gens sont disposés à y recourir, mais le thérapeute (psychologue ou médecin) doit être accrédité par un établissement reconnu. Les données explorées ne permettent pas d'affirmer que le public dans son ensemble croit que l'hypnotiste possède un pouvoir, mais une tendance vers l'acceptation de cette croyance se dégage quand même. Le manque d'enthousiasme du public peut être dû au fait qu'il ne comprend pas suffisamment l'hypnothérapie ou qu'il s'en méfie en raison de concepts négatifs issus de la culture populaire (Conn, 1981; Heap, 2000; Wagstaff, 2000). La minorité résistante semble être problématique pour quiconque souhaite promouvoir les traitements hypnothérapeutiques. Il se peut que ce groupe ait une vision négative de l'hypnose, dérivée des représentations médiatiques. Comme le révèle l'étude de Bosc (2013) certains pensent que l'hypnose peut conduire à la possession démoniaque, ce qui suggère que les croyances religieuses sont un facteur important de l'attitude envers l'hypnose. On ne sait pas exactement quelle est la taille de ce groupe de résistants et donc quelle est l'importance de la barrière qu'ils représentent. Dans cette revue d'études internationales, aucune nation ne se distingue par des résultats spécifiques et la majorité des répondants a une attitude positive envers l'hypnose (Krouwel et al., 2017).

6.1.3.2 Perception de l'hypnose chez les professionnels

En Espagne, une recherche menée auprès de 2 434 psychologues, dont 22,9 % avaient déjà été hypnotisés, 34,3% avaient été formés à l'hypnose et une faible proportion (1,2 %) détenait un diplôme en hypnose. La plupart des participants avaient reçu des informations sur l'hypnose à l'université (49,4%), par le biais de magazines scientifiques (32%), par la télévision (12,4%) ou encore à travers des lectures de sources diverses (43,6%). Les résultats révèlent que les professionnels ont une attitude positive envers l'hypnose. Ils la considèrent comme une technique efficace qui peut être employée autant en médecine qu'en

psychologie. Selon les participants, la personne sous hypnose garde le contrôle de la situation et même augmente son autocontrôle. Ils considèrent aussi le fait que l'hypnose se réalisera seulement si la personne y consent et collabore. Plus de la moitié des participants à l'étude croit que l'hypnose a un effet sur la mémoire et que, sous hypnose, les sujets disent la vérité. Moins de la moitié croit qu'il est possible de rester « coincé » en hypnose ou de perdre le contrôle (Mendoza et al., 2009).

Les études populationnelles internationales et celle menée auprès des professionnels de l'intervention suggèrent un consensus positif à propos de l'hypnose. Un faible pourcentage de la population et des professionnels semblent dubitatif quant à une possible perte de contrôle. Quant à l'homogénéité de la représentation, peu de chercheurs se sont penchés sur les raisons des similarités entre groupes et cultures. Johnson et Hauck (1999) avancent l'hypothèse que « cette cohérence reflète la manière dont l'hypnose est dépeinte dans les différentes sources d'information ou encore qu'il existe une croyance générique présente dans notre culture et qui supplante l'influence des sources d'information individuelles » (*Ibid.*, p. 16). Au chapitre 2, nous avons présenté ce lien entre médias et genèse des représentations et les lieux et contextes de production et d'échange des représentations sociales (Jodelet, 2013). Frozzini (2020) précise ainsi ce lien :

Les représentations sont produites et reproduites socialement à travers les opérations des institutions, dont celui des médias, qui jouent un rôle important. En effet, les médias (journaux, radio, télévision et le Web, entre autres, avec les médias sociaux) participent au sein de la bataille que se livrent les diverses représentations présentes dans une société et dans le monde. Ils interviennent dans (1) la sélection des représentations (2) leur construction et (3) leur dissémination (Frozzini, 2020).

Quant à l'homogénéité de la représentation, la théorie du noyau central (Abric, 1989), aussi abordée au chapitre 3, explique en partie ce constat. Selon l'auteur « toute représentation est organisée autour d'un noyau central » (*Ibid.*, p.215), qui assure la stabilité de la représentation, ce qui expliquerait en partie l'homogénéité de la représentation sociale de l'hypnose. Le noyau central « est déterminé par la nature de l'objet, par le type de relations

que le groupe maintient avec cet objet et, finalement, par le système de valeurs et de normes qui constituent l'environnement idéologique du moment et du groupe » (De Sá et Oliveira, 2002, p.110). Les propos de De Sá et Oliveira à propos des valeurs et de l'idéologie pourrait aussi permettre de comprendre l'homogénéité de la représentation de l'hypnose. Jodelet (1989) a évoqué le rôle des valeurs et leur ancrage dans le noyau de la représentation. Elles permettent la stabilité des jugements et la justification des choix lorsque l'individu est en présence de plusieurs possibilités. Un changement de valeur s'accompagne d'un changement d'idéologie et donc de représentations (Gamby-Mass et al., 2012). Gamby-Mass et ses collaborateurs (*Ibid.*) ont aussi souligné que le noyau central renferme des éléments puisés dans le passé et la mémoire collective du groupe

Tout objet a une histoire, qui influence irrémédiablement sa construction et son élaboration. Cette histoire est ponctuée par des événements, qui vont agir, avec plus ou moins d'interférences, sur la représentation de l'objet considéré. Dès lors que l'on s'intéresse à une représentation sociale, il est difficile de faire l'impasse sur son historicité (Flament, 1993 ; Guimelli, 1993). Ces ancrages vont nourrir en connaissances, en croyances, en prises de position, les représentations d'individus et de groupes, à propos d'un objet donné (*Ibid.*, p.331).

Concernant l'histoire et la mémoire collective, revenons sur celle de l'hypnose et du passage de Franz Anton Mesmer sur la scène médicale française au tournant du XVIII^e siècle et son rôle dans la naissance de l'hypnose moderne et le développement de la thérapie psychologique. Nous avons vu que Mesmer s'est inspiré de la doctrine de Paracelse (1493-1541)⁵⁵, pour élaborer sa technique de guérison⁵⁶. Cette dernière reposait sur la maîtrise du fluide vital émanant des astres, le « magne », censé relier l'ensemble des êtres vivants au cosmos et permettre d'agir directement sur l'esprit vital (ou « archée ») des malades en vue

⁵⁵ Paracelse (1529), *Practica theophratis paracelsi*, Nuremberg.

⁵⁶ Afin de guérir plus de sujets, Mesmer a développé la technique du baquet. Les sujets, au nombre de 30, étaient reliés par des cordes à un baquet en bois contenant de la limaille de fer et du verre pilé. Mesmer et ses aides procédaient à des attouchements et à des passes lors desquels la main du magnétiseur restait à une certaine distance de la personne. Des tiges de métal pouvaient aussi être appliquées sur les parties malades des sujets. Une musique de circonstance agrémentait la séance (Hegel, 1988).

de leur guérison (Clastot, 2013). Ainsi, « des phénomènes jusque-là classés du côté du surnaturel sont déclarés naturels et inductibles par de simples méthodes de redistribution du fluide ». Malgré les prétentions scientifiques de Mesmer, ses détracteurs associaient ses pratiques et ses effets sur le public comme « une agitation diabolique : possession ou sorcellerie [et] les personnages du sorcier et de l'exorciseur restent solidement attachés à la représentation du magnétiseur » (Michaux, 2005, p. 343). On peut donc considérer que la représentation sociale de l'hypnose est en partie ancrée dans la magie, les forces occultes, la possession diabolique et l'image de l'exorciseur, ce qui explique, en partie, sa vivacité et sa pérennité.

Revenons à l'homogénéité de la représentation. Comme nous l'avons vu précédemment les médias jouent un rôle prépondérant dans la genèse, la propagation et l'homogénéité des représentations sociales. Un autre pôle de la genèse des représentations, abordé au troisième chapitre concerne les lieux de formation et d'apprentissage. En effet, l'école occupe une place centrale dans les sociétés modernes en offrant des espaces propices à la genèse des représentations sociales. Au Québec, l'hypnose s'enseigne dans des écoles qui partagent le même type de cursus et la même orientation théorique. Ce sont des écoles techniques axées sur l'acquisition et l'apprentissage de méthodes d'induction de l'hypnose qui permettent le traitement d'une panoplie de problématiques psychologiques et somatiques. On peut supposer que la diffusion mondiale des préceptes d'Erickson a été adoptée par les écoles d'hypnose à travers le monde ce qui pourrait expliquer l'homogénéité internationale de la représentation de l'hypnose et l'attitude positive de la population à l'égard de cette pratique.

En considérant ce qui vient d'être énoncé à propos de la représentation sociale de l'hypnose à propos de son homogénéité internationale et de la perception du public à son égard nous discutons dans la prochaine section de la question suivante : est-il possible d'établir un

parallèle entre les constats d'homogénéité de la représentation de l'hypnose et celle du travail social ?

6.1.4 La population et la représentation sociale du travail social

Une grande partie du public n'interagit pas directement avec les travailleurs sociaux, de sorte que la perception de la profession est attribuable à ce qui est présenté dans les médias. La globalisation des informations nous laisse aussi supposer, comme dans le cas de l'hypnose, que ce qui est diffusé ailleurs qu'au Québec influence l'opinion de la population québécoise. Plusieurs chercheurs relatent le rôle joué par les médias sur l'élaboration et la diffusion de la représentation du travail social et leur influence sur l'opinion de la population à propos de la profession (White, 2017; Allegri, 2014; Zugazaga et al., 2006). Ainsi, il a été suggéré qu'une grande partie de la couverture médiatique instaure un climat de crainte et de blâme envers les travailleurs sociaux (Searle et Patent, 2013) tout en nourrissant la méfiance du public (Ellett et al., 2007; Stanfield et Beddoe, 2013).

Au Québec la presse francophone fait surtout état de la détresse des travailleurs sociaux. D'autres informations concernent les ratés du système de protection de l'enfance ici au Québec (Ducas, 2019) ou ailleurs dans le monde (Déléaz, 2020). Selon Allegri (2014) même si la population est en mesure de prendre du recul face à ces informations il est aussi possible qu'elles renforcent les stéréotypes négatifs à l'égard de la profession étant donné le portrait qui est présenté dans les médias :

[Les travailleurs sociaux] apparaissent souvent maladroits, peu préparés sur le plan professionnel et ils sont caractérisés par des relations rigides et distantes avec les autres. Les conséquences pour la profession sont évidentes : les messages [...] perpétuent le statut médiocre de la profession en renforçant les stéréotypes et en fixant des portraits négatifs (Allegri, 2014, p.166).

En ce qui concerne la représentation sociale du travail social, peu d'études ont été réalisées auprès de la population, la plupart s'intéressant aux travailleurs sociaux et à leurs méta

perceptions du travail social (Zugazaga et al., 2006). Nous avons fait ressortir les faits saillants de deux études populationnelles réalisées aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande. La première étude a été menée par LeCroy et Stinson (2004) aux États-Unis. Dans cette enquête randomisée (N.= 386) 55,9% des participants avaient reçu les services d'un travailleur social et 67,3% connaissaient personnellement un travailleur social. Les résultats de l'étude ont été comparés à une enquête de même type réalisé par Condie et al. en 1978. L'opinion selon laquelle les travailleurs sociaux ont le droit de retirer les enfants de leur famille est passée de 19,6% à 35%. Les auteurs expliquent cette augmentation par la médiatisation de représentations stéréotypées du rôle des travailleurs sociaux à la protection de l'enfance. Hormis cet aspect négatif, LeCroy et Stinson, tout comme Condie et ses collaborateurs, conviennent que la profession n'est pas aussi mal perçue par la population que peuvent le croire les travailleurs sociaux. Ainsi, 85% des répondants sont d'avis que les travailleurs sociaux peuvent faire une différence dans leur pays et 73% jugent qu'il n'y a pas suffisamment de travailleurs sociaux en exercice. Plus de la moitié des personnes interrogées estiment que les travailleurs sociaux sont capables de conseiller aussi bien que les psychologues. Par ailleurs, les rôles et activités des travailleurs sociaux sont stéréotypés à l'histoire de la profession et largement associés à la maltraitance, les sans-abri et la violence conjugale. L'autre enquête menée en Nouvelle-Zélande (Staniforth et al., 2016) révèle que la population reconnaît les compétences des travailleurs sociaux dans les domaines du logement, de l'aide sociale, du soutien aux adolescents, aux parents et aux familles. Ils sont aussi reconnus pour l'aide qu'ils apportent aux gens à obtenir des ressources. Malgré les aspects négatifs liés à la protection de l'enfance, les auteurs constatent un écart entre la perception du public généralement favorable à la profession et celle des travailleurs sociaux qui considèrent être perçus négativement par le public.

En terminant, rappelons que le travail social revêt aussi un aspect international. Par exemple, les deux principales associations internationales, soit la Fédération internationale des

travailleurs sociaux (FITS) et l'Association internationale des écoles de service social (AIESS), chapeautent et regroupent respectivement des associations de travailleurs sociaux et des écoles de formation réparties sur les 5 continents. Malgré certaines disparités les instances nationales partagent la définition proposée par la FITS, aussi d'un pays à l'autre les travailleurs sociaux traitent des thèmes reliés à la pauvreté, la dépendance, la violence, le logement et on observe aussi une similarité dans les différents services offerts à la population (Deslaurier et Hurtubise, 2005; Ranoux, 2015).

Pour répondre à la question posée au début de cette section, nous pouvons prétendre à la lumière des éléments que nous venons d'évoquer, que les médias ont un impact sur les représentations, dont celles de l'hypnose et du travail social, et que le parallèle peut être établi par le biais du processus de genèse et de diffusion des représentations sociales. Les représentations de l'hypnose et du travail social répondent aux mêmes règles et processus attribués génériquement aux représentations. En ce qui concerne les modes de diffusion, les blogues, webzines, portails d'information, réseaux sociaux se sont multipliés depuis les années 1990 pour relayer et diffuser gratuitement et internationalement de l'information dans le but de capter l'attention des internautes (Kessous et al., 2010) et comme nous l'avons vu au chapitre 2 cette information parfois abstraite est transformée par le processus d'objectivation en un objet concret qui est désormais perçu comme la réalité (Moscovici, 1961/2014). Par ailleurs, ce qui explique l'homogénéité de la représentation de l'hypnose ne s'applique peut-être pas stricto sensu à celle du travail social étant donné le contexte d'émergence de la représentation et les particularités de l'objet social.

Après ces commentaires sur la représentation de l'hypnose et du travail social nous abordons maintenant la représentation sociale du pouvoir qui est l'objet principal de notre thèse.

6.2 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DU POUVOIR

À partir des résultats obtenus des entretiens nous avons fait ressortir ce que nous considérons être différentes acceptions du pouvoir et nous les avons regroupés sous trois thèmes : le pouvoir-ressource, le pouvoir-substance et le pouvoir égalitaire. Pour les fins de la discussion, nous reprenons chacun de ces ensembles et nous mobilisons différentes théories qui s'inscrivent dans les conceptions du pouvoir et de son fonctionnement telles que les catégories représentationnelles de Vala (1990⁵⁷) que nous comparons à nos analyses et qui permettent de discuter de la genèse de la représentation sociale du pouvoir. Rappelons ici que c'est parce qu'elles opèrent sur et à partir de cette base commune, que sont les représentations du pouvoir, que l'hypnose nous est apparue comme un bon terrain de recherche pour étudier la dynamique de pouvoir en travail social. Dans cette section nous examinons aussi les éléments contextuels qui ont présidé à la mise en place de ces acceptions. À chacun des thèmes, nous établissons un rapprochement avec les acceptions du pouvoir en circulation chez les travailleurs sociaux que nous avons relatées au chapitre 1.

⁵⁷ Suite à une enquête populationnelle (N=2000) menée au Portugal en 1989 à propos des représentations sociales du pouvoir, Jorge Vala a fait ressortir quatre représentations sociales du pouvoir : individualiste méritocratique, égalitariste, fataliste, collectiviste. Vala s'est intéressé à la genèse des représentations du pouvoir à l'intérieur des sphères socio-économiques et socioculturelles. Dans son analyse il a tenu compte des aspects structurels comme la division entre les classes sociales. Malgré que notre perspective se restreigne au domaine de l'intervention, il n'en demeure pas moins que les représentations sociales des hypnothérapeutes et des travailleurs sociaux s'enracinent aussi dans les structures socio-économiques et socioculturelles de la société et qu'il était possible d'établir un pont entre les conclusions de Vala et notre analyse.

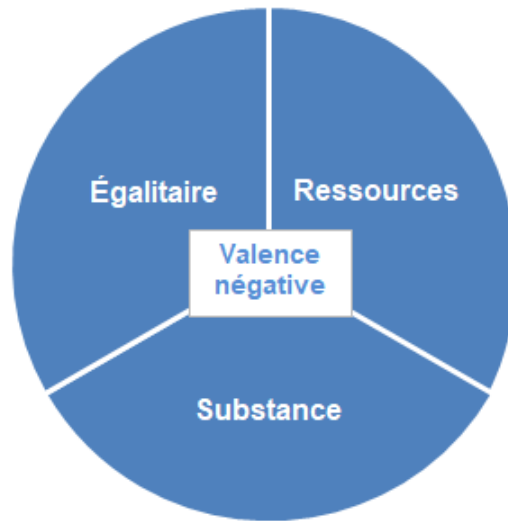


Schéma 10: Représentation sociale du pouvoir

6.2.1 Le pouvoir-ressource

La première acception du pouvoir que nous soulignons est sans doute la plus prégnante, car elle est au fondement de l'approche hypnotique et du travail social. Les intervenants rencontrés le soulignent ainsi : « chaque individu est dépositaire d'un réservoir de ressources intérieures » et cette forme de pouvoir est accessible à tous. « *C'est tout le monde là, [qui possède] ce pouvoir-là. C'est vraiment juste d'accéder à cette ouverture-là de conscience.* » (Salvador). Pour les hypnothérapeutes la clé qui donne accès à ces ressources permettant à la personne de se guérir, de se soulager et de reprendre le contrôle de sa vie est bien entendu l'hypnose. Il s'agit d'une conception individualiste du pouvoir qui repose sur la croyance que chaque individu est en mesure de contrôler la situation et que les qualités personnelles et les efforts consentis donnent accès au pouvoir. Cette acception du pouvoir correspond à la représentation individualiste et méritocratique du pouvoir proposée par Vala (1990). Selon l'auteur, cette représentation reflète le darwinisme social (Spencer, 1907) qui stipule que la compétition entre les individus permet aux meilleurs de l'emporter. Cette forme

de sélection sociale départage hiérarchiquement les différents groupes sociaux. Selon Vala, la représentation individualiste et méritocratique est associée à la « pensée libérale pour autant que celle-ci exalte l'autodétermination des individus et conceptualise la personne en tant qu'instituant social » (*Ibid.*, p. 468). Cette représentation serait partagée par les individus appartenant au groupe désigné aujourd'hui par le terme de classe moyenne et elle permettrait aux individus de légitimer et de naturaliser les inégalités sociales.

Rappelons ici qu' Erickson a développé son concept d'inconscient aux États-Unis à une époque où la méritocratie et le self-made-man sont les piliers d'une société fortement imprégnée de l'idéologie volontariste (Duru-Bellat, 2009) qui considère que l'individu est responsable de son destin. À la même époque, Joseph Murphy, prédicateur et docteur en psychologie, a popularisé l'idée du pouvoir de l'inconscient et des capacités insoupçonnées qu'il recèle. Il a publié plus de 30 ouvrages, dont *The miracles of your mind* (1953), *Believe in yourself* (1955), *You can change your whole life* (1961) et *The Power of your subconscious mind* (1963). La personne est censée trouver en elle les ressources et capacités nécessaires pour incarner le mythe du *self-made-man*, un idéal de justice sociale où chacun a la possibilité de s'élever jusqu'où ses capacités et sa volonté le permettent. Ainsi, « les talents sont susceptibles d'éclore et d'être exploités partout et par tous... Il suffit de le vouloir ! » (Duru-Bellat, 2009, p. 23).

Erickson a élaboré le concept d'inconscient-ressource lorsqu'il s'est opposé à l'inconscient freudien réservoir de complexes. Selon Erickson la personne « incapable », enfermée dans une impasse, trouve en se connectant à son réservoir de ressources le pouvoir de s'en sortir. Erickson parle de l'inconscient-ressource comme d'une partie de la personne et affirme par exemple qu'il est « sensiblement plus intelligent que [nous] ». Cette conception suppose deux formes d'inconscient : un inconscient sujet, qui agit indépendamment de la personne, et un inconscient-dépôt, qui recèle l'ensemble de ses ressources (Melchior, 1998). Dans les faits,

les intervenants font intervenir l'un et l'autre, mais « le souci principal du thérapeute [est] de découvrir ou, mieux encore, de faire découvrir les ressources, ignorées du patient, qui vont lui permettre d'opérer en lui une modification » (Roustang, 2011, p. 39).

Comme nous l'avons souligné au chapitre 3, ressources et pouvoir sont intimement liés de sorte que le pouvoir est au cœur des interactions humaines. Comme le stipule Zelditch (2001), le pouvoir s'appuie sur les ressources que détiennent les individus. Ces dernières sont déterminantes à l'atteinte des objectifs de chacun. La manière dont ces ressources sont utilisées afin d'amener l'autre à agir de manière à atteindre lesdits objectifs représente les moyens du pouvoir.

6.2.1.1 Le travail social et le pouvoir ressource

Considérant ce qui vient d'être énoncé à propos du pouvoir-ressource est-il possible d'établir des similitudes avec le travail social. Comme nous l'avons proposé à la section précédente, le contexte idéologique est prépondérant dans la genèse des représentations sociales et suivant cette perspective nous pouvons considérer que le pouvoir-ressource, fondamental à l'approche développée par Erickson est susceptible d'influencer les représentations des travailleurs sociaux. En effet, le référentiel de compétence de l'OTSTCQ qui propose à la section 2.1 les finalités, valeurs et principes du travail social dont la capacité des individus d'évoluer et de se développer et les principes d'autonomie et d'autodétermination

Dans leur pratique quotidienne, les travailleurs sociaux s'inspirent de valeurs et de principes qui encadrent et définissent leur profession. Ces valeurs sont :

- le respect de la dignité de tout être humain;
- la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;
- la reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de système interdépendant et potentiellement porteur de changement;
- le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités;
- le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination;
- la reconnaissance du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins;
- la promotion des principes de justice sociale.

[...] Ces diverses expressions des valeurs du travail social convergent vers les valeurs classiques mises de l'avant par la profession : la justice sociale, l'autodétermination, l'empowerment individuel et collectif, etc. (OTSTCFQ, 2012, p.7).

En France le Conseil supérieur du travail social est plus explicite quant aux capacités d'agir individuelles,

l'intervention du travailleur social consiste à permettre à la personne de développer ses capacités, à l'aider à modifier sa situation et à résoudre les problèmes qu'elle rencontre. Cette intervention fait place à la personne, puisque le travail social postule que les personnes ont en elles-mêmes les capacités et que l'intervention sociale consiste moins à agir sur la personne que sur les conditions qui permettent à cette personne de mettre en œuvre ses propres capacités (CSTS, 2014, p.89).

Les travailleurs sociaux ne se sont sans doute pas inspirés des enseignements d'Erickson, mais on peut supposer l'influence de Carl Rogers sur l'adoption de certains principes d'interventions par la profession. Carl Rogers, tout comme Milton Erickson a eu une influence déterminante sur la psychologie et indirectement sur l'intervention en travail social. C'est un pionnier, et comme Erickson il propose une alternative à la psychanalyse (Anderson, 2001). Par ailleurs, une distinction apparaît entre l'approche de Rogers et celle d'Erickson quant à la posture de l'intervenant. Celle que propose Rogers est non directive et celle d'Erickson, directive, mais dans les deux cas tout est mis en œuvre pour aider le client à trouver ses propres ressources afin de changer. Dans la philosophie non directive de Rogers, le pouvoir réside à l'intérieur du client (empowerment) et ne provient pas du thérapeute. Pour Rogers les thérapeutes ont culturellement et théoriquement détenu le pouvoir et l'autorité ce qui est à son avis une mauvaise utilisation du pouvoir dans la relation d'aide. Rogers était conscient des possibles abus de pouvoir, par exemple celui relié au fait de catégoriser le client, de le diagnostiquer. L'objectif de Rogers n'est pas de donner du pouvoir au client, mais plutôt de solliciter l'émergence du pouvoir du client (Rogers, 1980). Rogers a une approche différente de celle d'Erickson quant à l'émergence du pouvoir. Comme nous l'avons vu Erickson considère le réservoir de ressource à l'intérieur de chaque individu sans fournir d'explication

sur sa provenance, il s'agirait d'une caractéristique innée. Roger quant à lui présente une explication plus spirituelle en formulant l'hypothèse que le potentiel de changement de l'individu serait lié à un « flux évolutif⁵⁸ » universel (Rogers, 1978).

Thus, overall, I would like to state a hypothesis, very tentative in nature, but which for the sake of clarity I will state in definite terms. It is hypothesized that there is a formative directional tendency in the universe, which can be traced and observed in stellar space, in crystals, in microorganisms, in organic life, in human beings. This is an evolutionary tendency toward greater order, greater interrelatedness, greater complexity. In humankind it extends from a single cell origin to complex organic functioning, to an awareness and sensing below the level of consciousness, to a conscious awareness of the organism and the external world, to a transcendent awareness of the unity of the cosmic system including people. It seems to me just possible that this hypothesis could be a base upon which we could begin to build a theory for humanistic psychology (Rogers, 1978, p.26).

Ce flux, ce courant énergétique est accessible à l'intérieur du soi et attend d'être libéré. Cette interprétation de Rogers est comparable à celle de Mesmer et en quelque sorte à celle d'Erickson qui lui accède aux ressources de l'individu et à ses forces créatrices de changement par le biais de l'hypnose et de l'imagination. Selon Cushman (1995) lorsque Mesmer a proposé sa théorie du magma sa position morale consistait à valoriser l'importance de la communauté et de l'engagement humain. Le mesmérisme prétendait guérir une maladie interne universelle et anhistorique par la pratique d'une technologie de guérison universelle. Cushman précise que les technologies de guérison actuelle ne sont pas différentes de celles de Mesmer, car elles insistent sur le fait qu'elles sont universelles, scientifiques, apolitiques, volontaires, non coercitives et immunisées contre toute influence socio-économique.

Comme on peut le voir Rogers et Erickson partagent l'idée que l'individu détient les ressources nécessaires pour agir sur son environnement c'est dans la manière d'y accéder que nous pouvons établir une distinction entre les deux approches. Comme nous l'avons vu cet élément fondamental à l'hypnose et à la psychologie humaniste prend racine à une

⁵⁸ Notre traduction de *evolutionary flow*

époque où l'idéologie concernant le potentiel des individus est dominante. Étant donné la résonnance des principes de Rogers dans le travail social nous posons l'hypothèse de la présence de la représentation du pouvoir-ressource chez les travailleurs sociaux.

6.2.2 Le pouvoir-substance

Nous avons nommé pouvoir-substance l'autre représentation du pouvoir qui ressortait des résultats. En nous inspirant de Russ (1994) nous avons choisi ce terme étant donné que les participants évoquaient l'échange, la transmission et/ou la réception du pouvoir : « *Redonner le pouvoir aux gens, c'est essentiel* » (André) ; « *Moi, je ne pense pas que j'ai du pouvoir. Je pense qu'on m'en donne* » (Robin). Ces commentaires supposent que le pouvoir a pu être retiré à une personne ou qu'elle s'en est départie. Cette acception du pouvoir-substance semble s'opposer à la conception de Foucault, pour qui le pouvoir est relationnel : il n'est pas la propriété d'un acteur, mais une relation ou un réseau de relations (Foucault, 1984). Nous avons présenté cette acception du pouvoir relationnel au chapitre 3. Selon Russ (1994) le pouvoir est un processus d'échange : « agir sur autrui c'est entrer en relation avec lui ; et c'est dans cette relation que se développe le pouvoir d'une personne A sur une personne B. » (*Ibid.*, p. 176).

À propos du pouvoir-substance Russ (1994) précise que cette acception du pouvoir « comme une substance constitutive d'un être, comme un attribut [du] sujet » (*Ibid.*, p. 176) est fataliste et historiquement datée. Elle caractérisait le pouvoir souverain, tourné vers la loi et l'assujettissement, qui s'appuyait sur la puissance vitale et sacrée d'un monarque de droit divin ou d'un roi thaumaturge et sur le désir de dominer.

Dans sa typologie Vala (1990) présente la représentation du pouvoir fataliste dans laquelle les positions de pouvoir sont figées et il existe une frontière nette entre ceux qui détiennent le pouvoir et ceux qui n'en ont pas. Selon Vala, cette représentation repose sur les croyances

en un ordre naturel qui dépasse les êtres humains (origine divine). Ainsi toute remise en question du pouvoir est susceptible de briser l'harmonie sociale. « La soumission est, de ce fait, un bien et le pouvoir n'est pas tenu pour coercition, mais pour autorité légitimé » (*Ibid.*, p.469). La croyance que le pouvoir est un état naturel permet d'accepter la soumission. Au troisième chapitre, nous avons présenté cette conception du pouvoir qui selon Landry (2007) « demeure la façon habituelle de concevoir [le pouvoir] du point de vue du sens commun » (*Ibid.*, p.350). Selon Landry cette conception du pouvoir campe les acteurs de l'intervention dans des postures de dominant et de soumis et suppose « la négation de la dimension relationnelle du pouvoir » (*Ibid.*, p.350).

Cette conception du pouvoir se trouve en contradiction avec celle du pouvoir-ressource. Ces deux conceptions cohabitent parfois dans le discours d'une même personne, comme c'est le cas dans le discours sur l'hypnose, où l'aspect magique côtoie les énoncés scientifiques. À cet effet Moscovici a formulé l'hypothèse de la polyphasie cognitive, selon laquelle il existe plusieurs formes de rationalité, de mentalité ou de savoir, et qui stipule qu'aucun groupe social n'a l'usage exclusif d'une de ces formes. Les connaissances et savoirs utilisés par les sujets dans de leurs interactions sont polymorphes. Valérie Hass (2006) spécifie « que chez tout sujet social, aussi savant soit-il, coexistent autant de modes de rapport au savoir qu'il existe de rapports au monde » (*Ibid.*, p.12). Dans ses rapports avec les autres et avec l'environnement, chacun puise dans cet ensemble de représentations et de croyances en utilisant ce qui lui semble le plus pertinent à la réalité sociale (groupe et contexte) qu'il perçoit (Moscovici, 2013).

Par ailleurs, cette représentation du pouvoir révèle la position haute de l'intervenant. Comme nous l'avons vu (section 1.2.2.2) les intervenants exercent leur influence par le biais de la communication pour intervenir et amener l'autre au changement. Le soignant est

classiquement en position « haute », c'est le détenteur de la connaissance, l'expert de la pathologie et de son traitement, c'est celui qui donne du pouvoir.

6.2.2.1 Le travail social et le pouvoir-substance

Que pouvons dire à propos du travail social et de la représentation substance du pouvoir. Selon Landry (2007) le pouvoir-substance « demeure la façon habituelle de concevoir [le pouvoir] du point de vue du sens commun » (*Ibid.*, p.350) nous pouvons donc présumer la présence de cette représentation chez les travailleurs sociaux. Par ailleurs, rappelons que toute relation thérapeutique est susceptible de placer le client en position de vulnérabilité (Zur, 2020) et l'intervenant en position d'expert. Par exemple, lorsque le client relate des expériences douloureuses de l'enfance il se retrouve en position de vulnérabilité et les acteurs se retrouvent campés, parfois de manière momentanée, dans des positions basses et hautes selon les termes de Watzlawick et Nardonne (1993) (évoqués à la section 1.5.2)

En outre, au premier chapitre nous avons présenté une vaste panoplie d'approches et de techniques susceptible d'être adoptées par le travailleur social dans la réalisation de ses interventions. Selon DeVaris (1994) chacun des modèles théoriques qui sous-tendent cette pluralité d'approches mettent de l'avant ou suggèrent une représentation spécifique du pouvoir, en retour cette représentation aura des implications significatives sur le processus de traitement (*Ibid.*). Par exemple, il a été établi que la psychanalyse, bien qu'elle ne soit pas une approche directive, favorise une relation hiérarchique entre le patient et le thérapeute (Seu, 1996) tandis que les approches humanistes, existentielles et féministes prônent une relation égalitaire entre l'intervenant et son client (Brown, 1988).

Les théories et les techniques développées par Freud ont fortement imprégné le développement de la psychologie clinique et de ses approches (Prévost, 2003). Par exemple, l'interprétation du discours du client, qu'il s'agisse de la narration ancrée dans le

passé ou centrée sur le « ici et maintenant » et la neutralité bienveillante, sont des héritages de la psychanalyse (Kernberg, 2016) qui se retrouvent dans plusieurs approches utilisées en travail social dont les approches cognitivocomportementales et humanistes. Ainsi, en évoquant le principe de neutralité bienveillante l'intervenant gardera une distance avec son client afin de préserver l'objectivité et éviter toute forme d'ingérence ou d'influence (Orange et al., 2009). Carl Rogers (1979) soutenait que l'intervenant doit éviter toutes interférences sur les prises de décision du client et offrir l'espace nécessaire pour que celui-ci puisse de lui-même revendiquer son pouvoir sans s'appuyer sur celui de l'intervenant. On peut retrouver ces principes dans les codes de déontologie des hôpitaux où l'on préconise le vouvoiement et proscrit l'auto divulgation afin d'éviter une trop grande proximité et de compromettre la neutralité de l'intervenant (Lescelleur, Garneau, 2016). Les cadeaux, les contacts physiques (câlins) sont aussi proscrits, car ils vont à l'encontre du code d'éthique, et de plus, ils risquent de favoriser une autogratisation inappropriée chez l'intervenant (Johnston et Farber, 1996). En ce qui concerne l'interprétation du discours du client, Williams et O'Connor (2019) font remarquer que la position de pouvoir de l'intervenant s'appuie sur ses capacités à comprendre et à révéler le sens caché dans la narration du client avant qu'ils ne soient consciemment reconnus par celui-ci. L'intervenant est le détenteur du savoir et l'amélioration du client se réalisera lorsque celui-ci acceptera la vérité du thérapeute (Foucault, 1982).

Pour conclure, nous pouvons prétendre que la représentation du pouvoir-substance est susceptible de se retrouver chez les travailleurs sociaux et que la mise à distance de l'autre par la crainte d'être envahi et/ou de perdre son objectivité favorise son émergence.

6.2.3 Le pouvoir égalitaire

La troisième représentation sociale du pouvoir que nous présentons émerge de la recherche d'une position d'égalité par les acteurs de l'intervention. Dans la typologie de Vala (1990) la représentation égalitaire du pouvoir est structurée autour de la croyance en la saillance des inégalités sociales et de la peur d'affronter le pouvoir. Cela confère à cette représentation un potentiel de revendication. Cette conception du pouvoir serait plus répandue chez les personnes qui associent le pouvoir aux relations de domination. Par contre, le contexte d'intervention semble plus propice à la coopération et donc à une forme de partenariat où l'intervenant et le client dans un esprit de collaboration sont à la recherche de solutions dans le but de réaliser les objectifs du client. Par exemple, les participants décrivent des moments de coopération et d'alliance avec le client pour atteindre les objectifs thérapeutiques. Les parties en présence semblent détenir un pouvoir équivalent. Dans cette représentation égalitariste, la dynamique de pouvoir est neutralisée, les positions aplanies et la peur de l'assujettissement absente, car les parties se font confiance et se soutiennent. Dans les situations de coopération, il semble ne pas y avoir d'éléments représentationnels déclenchant une dynamique de pouvoir. Tout se passe comme si les acteurs partageaient les mêmes représentations sociales, sans qu'il y ait une forme ou l'autre de contestation d'un ou de plusieurs de leurs éléments, comme l'analyse de la situation, les objectifs, les postures respectives, etc.

Nous avons présenté au chapitre 3 le pouvoir pastoral, caractérisé par les rapports harmonieux établis entre l'intervenant et client. Ce type de pouvoir fait référence au pasteur chrétien qui « rassemble, soigne et guide [le] troupeau dont il assure le salut. Il veille à son bien-être et gouverne pour sauver le troupeau. Il améliore les destins et les existences » (Russ, 1994, p. 305). D'ailleurs, le mot « thérapeutique » est dérivé du grec ancien *therapeutikos* (qui prend soin de), lui-même issu de *therapeuein* (être le serviteur) (Rey et

Hordé, 2010, p. 2297). Dans cette forme de pouvoir individualisant, le pasteur est un guide qualifié et formé pour prendre soin de l'autre. Dans le cadre de la confession pastorale, l'individu dévoile ses espaces les plus intimes. Ce pouvoir a pour finalité la normalisation et la correction des déviances. Il est insidieux, car les actions de normalisation sont entreprises par la seule volonté de l'individu après une réflexion amorcée par la confession (Foucault, 1984). L'absence présumée de pouvoir est en partie due à cette coopération entre le guide et son client vers l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Les propos de Foucault à propos de la forme insidieuse de ce pouvoir trouvent écho dans la psychologie sociale dans l'observation des interactions quotidiennes. Par exemple, dans un couple, un des partenaires formule une requête, laquelle rencontre les bonnes dispositions de l'autre, qui y accède volontiers. Une telle interaction peut donner l'impression que le pouvoir est également réparti. Mais ces situations non conflictuelles sont peut-être aussi le fait d'un contrat implicite qui se rejoue sans qu'une renégociation soit nécessaire (Howard *et al.*, 1986).

À propos de la rencontre entre l'intervenant et le client, Pratto (2016) fait remarquer qu'on pourrait effectivement dire que le pouvoir est également réparti quand l'un et l'autre sont engagés dans une situation thérapeutique de laquelle ils ne peuvent sortir facilement. Cette égalité peut être illusoire puisque l'intervenant dispose généralement de ressources qui ne sont pas accessibles au client. L'intervenant dispose donc d'un pouvoir relatif supérieur. Néanmoins, comme les efforts de l'intervenant sont tournés vers le bien-être du client, les objectifs de ce dernier ont préséance, ce qui est caractéristique d'une position de pouvoir. Pratto se demande alors quel est celui qui détient réellement le plus de pouvoir.

Évoquant le travail en équipe, Perrenoud (1996) rappelle que même si les individus ont un statut identique et disposent de « compétences et des moyens équivalents, l'égalité des pouvoirs n'est qu'une moyenne, qui masque une alternance de situations où ce sont tantôt les uns, tantôt les autres, qui prennent le leadership » (*Ibid.*, p. 25). Pour l'auteur, l'équilibre

du pouvoir entre acteurs est fragile et momentané, car les personnes sont essentiellement différentes en termes de moyens et de compétences.

Watzlawick et ses collaborateurs (1972) ont décrit différents systèmes de relations qui semblent reposer plus sur des représentations sociales que sur l'échange ou l'acquisition de ressources, par exemple les modèles symétriques et complémentaires. Le premier est caractérisé par la recherche d'égalité et la minimisation des différences entre acteurs. Le second, au contraire, maximise les différences entre un individu occupant une position haute et un autre en position basse. Ces positions sont parfois fixées par le contexte social, comme dans les relations parent-enfant, thérapeute-patient ou professeur étudiant. Dans ces cas, les positions ne sont pas imposées et les représentations sociales servent de référence pour adopter les comportements culturellement prescrits. Il est ainsi convenu qu'en position basse, un individu adopte un comportement culturellement considéré comme de la soumission. En retour, il est probable que cette attitude favorise chez son vis-à-vis un acte autoritaire qui exige à son tour un acte de soumission. Ces positions hautes et basses sont observables dans le discours des acteurs en situation d'intervention psychosociale et l'intervenant peut même, dans un but thérapeutique, choisir d'adopter une position basse. Il est alors momentanément celui qui « ne sait pas », « ne peut pas ». Milton Erickson, qui était porteur de handicaps et œuvrait dans un cabinet sobre, incarnait bien cette position basse devant ses clients, position qu'il préconisait à ses élèves comme parties du processus mis en œuvre pour déstabiliser le système du patient : « C'est votre attitude envers le patient qui détermine les résultats que vous atteignez » (Erickson, 1980, p. 71). Ainsi, comme le suggérait Watzlawick, la position adoptée par un individu provoque chez son vis-à-vis l'adoption d'une position complémentaire.

6.2.3.1 Le travail social et le pouvoir égalitaire

Qu'en est-il de la représentation sociale du pouvoir égalitaire en travail social? Comme nous l'avons vu au premier chapitre, les travailleurs sociaux sont préoccupés par le pouvoir et ils cherchent à s'écarter du pouvoir. Par exemple, les travailleurs sociaux d'orientation féministe s'efforcent de créer une relation égalitaire avec leur client en partageant le pouvoir (Brown, 1988). L'objectif de l'intervenante féministe est de servir une cliente plutôt que de traiter une patiente et de favoriser le développement de son pouvoir d'agir. En développant un rapport égalitaire, l'intervenante tente de démanteler les déséquilibres de pouvoir en informant la cliente avec un langage simple et compréhensible et en étant le plus possible transparente (autodivulgence). L'intervenante pourra s'éloigner des normes, des valeurs et des conceptions qui sous-tendent généralement l'intervention. Dans un esprit de coopération et de constante remise en question, l'intervenante et la cliente fixent des objectifs. Les préoccupations et les points de vue de la cliente sont valorisés (Ballinger, 2017).

Il faut aussi tenir compte du fait que les travailleurs sociaux qui œuvrent dans les programmes de soutien à domicile, de la petite enfance, de la protection de la jeunesse ou en milieu scolaire sont appelés à rencontrer leur client à leur domicile. Comme le souligne Djaoui (2011) cette situation qui confronte les frontières entre espaces privés et domaines publics est susceptible d'éveiller dans le public l'image invasive de la profession. Certes l'intervenant peut se camper dans sa position d'expert face à la famille qui ouvre sa porte dévoilant son intimité. Cette dernière se verra obligée d'exhiber des éléments qui, par ailleurs, n'auraient pas été présentés dans le bureau du travailleur social et de justifier l'organisation de son milieu de vie. Mais une autre perspective du travail à domicile mérite d'être présentée. Nous pouvons à titre de travailleur social, oeuvrant en CLSC, témoigner de la rencontre du client dans son milieu de vie et de la nécessité alors de s'adapter aux contextes et spécificités de chacune de ces familles. C'est la famille qui impose un cadre, et

qui en quelque sorte, dicte le déroulement de la rencontre, ce qui dans certains cas peut-être déstabilisant pour le travailleur social. Généralement le cadre est hospitalier et le travailleur social est rapidement accueilli comme un membre de la famille, de petits dons s'échangent (nourriture, vêtements, jouets pour les enfants) ce qui favorise le rapprochement et scelle le lien entre les acteurs de l'intervention.

Les théories et l'approche féministe qui ont influencé l'intervention en travail social (Bourgon, 1987) se sont à l'origine concentrées sur les questions de domination des minorités et soutiennent que les rapports de pouvoir sont imprégnés des valeurs patriarcales, le pouvoir est considéré de manière monolithique et unidirectionnelle (Rave et Larsen, 1995).

Par ailleurs, si l'on se réfère à la typologie de Vala (1990) la représentation sociale égalitaire du pouvoir serait en adéquation avec les valeurs d'intégrité, de justice sociale et de défense des droits propre au travail social. Selon Vala la représentation sociale égalitaire du pouvoir

est structurée autour de la reconnaissance des inégalités sociales face au pouvoir et du besoin de les dépasser, dans le cadre de valeur démocratique et de la confiance dans le fonctionnement des institutions. L'association de cette représentation avec l'identité d'engagement social, l'identité ouvrière, les strates sociales subjective les plus basses et le sentiment de privation individuelle (et non intergroupale), lui confère un potentiel de revendication (*Ibid*, p. 468).

Nous pouvons donc affirmer que cette représentation du pouvoir en raison du lien avec les valeurs de la profession est sûrement présente chez les travailleurs sociaux pour qui les inégalités représentent une réalité tangible.

À partir des résultats obtenus chez nos participants, nous avons présenté trois représentations sociales du pouvoir susceptible de se retrouver aussi chez les travailleurs sociaux. Nous avons aussi identifié trois attitudes à propos du pouvoir : le pouvoir n'est pas réfléchi ; le pouvoir est un terme péjoratif ; et le pouvoir provoque des ambivalences et des dissonances. Nous présentons ces trois attitudes dans les prochaines sections à la fin

desquelles nous discuterons de la possibilité de retrouver ces types d'attitudes chez les travailleurs sociaux.

6.3 ATTITUDE ET PRISE DE POSITION FACE AU POUVOIR

6.3.1 Le pouvoir n'est pas réfléchi

Lors des entretiens lorsqu'est venu le moment d'aborder les questions relatives au pouvoir nous avons remarqué de l'hésitation chez les participants. Ces questions ont nécessité de leur part plus de réflexion. Nous nous sommes demandé : est-ce que le fait de devoir s'interrompre pour réfléchir aux aspects du pouvoir en jeu dans l'interaction thérapeutique révèle le faible niveau d'attention accordé aux relations de pouvoir ? Nous avons aussi remarqué que les moments de confrontations ou de perturbations entre intervenant et client, décrits dans les vignettes cliniques, n'ont la plupart du temps pas été interprétés avec les termes relatifs au pouvoir. Plusieurs ont mentionné n'avoir jamais envisagé leurs interventions en termes de pouvoir. Il nous est apparu que le pouvoir n'est pas perçu par les participants comme une composante inhérente de la relation d'aide. Serait-ce dû au fait que l'hypnose, plus que toute autre forme de thérapie, est intrinsèquement liée au jeu du pouvoir, à l'assujettissement de la volonté du patient ? Ou encore peut-être est-ce une forme de discours-pouvoir qui procède par escamotage de la question du pouvoir.

D'autres, conscients de leur pouvoir, se sont dits préoccupés par la position sociale qui va avec leur titre professionnel ou simplement avec l'étiquette d'« intervenant », et ont affirmé porter une attention particulière à leur attitude pour établir un climat de confiance et d'émancipation avec leurs clients. Matthieu est un des seuls intervenants à parler clairement du pouvoir qu'il détient comme thérapeute : « *Aussitôt qu'on est en relation d'aide, veux, veux*

pas, on est dans une position de contrôle [...]. En relation d'aide, le pouvoir, il est là ».
(Mathieu)

Comme le suggère Erickson, les intervenants s'efforcent d'adopter une position peu dominante afin de ne pas nuire au déroulement de l'intervention. Tout se passe comme si les intervenants pouvaient choisir d'exercer ou non du pouvoir. Les résultats montrent aussi qu'une fois l'interaction engagée, l'attention du thérapeute est concentrée sur le client, son problème et sa résolution plutôt que sur sa propre posture d'expert.

À propos de notre questionnaire sur les pratiques réflexives des intervenants, nous avons trouvé dans la littérature une recherche menée au Canada par Nimmon et Stenfors-Hayes (2016) à propos de la perception du pouvoir de médecins spécialistes. L'étude met en évidence trois postures : les médecins ont du pouvoir ; le pouvoir des médecins est en déclin ; il n'y a pas de pouvoir dans la rencontre médecin-patient. En outre, les questions sur le pouvoir ont aussi surpris les participants qui ont demandé un temps de réflexion. Pour les auteurs, cette absence de réflexion sur les enjeux de pouvoir dans la rencontre médicale pourrait s'expliquer à l'aide des concepts d'« habitus » et de « doxa » élaborés par Bourdieu. En effet, les médecins suivent une longue formation qui les met en contact avec la culture institutionnelle, l'habitus médical, où ils ont tenu pour acquis et internalisé des vérités et une autorité, la doxa. Mais la théorie de Bourdieu n'arrive pas à expliquer les différentes interprétations du pouvoir par les médecins, pas plus que les réactions des hypnothérapeutes. Il est plus probable que ces différences d'interprétation dépendent de facteurs individuels et reposent sur des valeurs, des croyances et des représentations sociales.

Foucault fait remarquer, dans *L'Archéologie du savoir* (1969), que l'essentiel de la relation de pouvoir est inconsciente, tout comme la manière dont se construit et s'emmagine l'information. Pour étayer sa thèse, Foucault prend l'exemple de la bourgeoisie qui, depuis le

XIX^e siècle, a bénéficié des formes du pouvoir-savoir, et dont les membres jouent un rôle qui leur est assigné sans savoir comment s'y prendre pour détenir et entretenir la relation de pouvoir. Ainsi, dans la conception foucauldienne, le pouvoir est perpétuellement en jeu dans les interactions thérapeutiques, mais n'est pas conscientisé.

6.3.1.1 Le travail social et l'auto réflexion

Cette situation de non-réflexivité quant au pouvoir remarqué chez les hypnothérapeutes et dans la recherche de Nimmon et Stenfors-Hayes peut-elle se retrouver chez les travailleurs sociaux?

Il semble en effet que les travailleurs sociaux ne soient pas l'exception et comme les autres intervenants soient peu enclins à réfléchir à leur position de pouvoir. Par exemple, une étude réalisée en 2018 auprès de 20 travailleurs sociaux ontariens révèle que la réflexion sur le pouvoir et les privilèges n'était pas une priorité pour les intervenants, sauf lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles avec leurs clients. Malgré le fait que la réflexion critique soit présentée comme un moyen d'aborder ou de déconstruire le pouvoir (Noble et Sullivan, 2009 ; Vodde, 2010), il apparaît que les travailleurs sociaux ne s'engagent pas dans une réflexion critique sur le pouvoir lorsqu'ils interagissent avec leurs clients, certains des participants aux études expliquent cette situation par le fait qu'ils focalisent leur attention sur le discours du client (Taiwo, 2018).

Nous pouvons conclure en convoquant notre propre expérience d'intervention en travail social et en hypnothérapie qu'en effet les situations difficiles vont forcer la réflexion, car elles attirent notre attention, elles sont déstabilisantes et vont créer une interruption du processus habituel d'intervention. À ce moment nous sommes forcés à réfléchir, c'est aussi le moment où nous nous tournons vers nos collègues afin de ventiler et de quérir de l'aide pour sortir de l'impasse. Comme le précise Foucault, les dynamiques de pouvoir sont imbriquées à

l'interaction et se déroulent à l'insu des acteurs. Il ne s'agirait probablement pas d'un manque de volonté ou d'intérêt de la part des travailleurs sociaux, des hypnothérapeutes ou des médecins à réfléchir leur position de pouvoir lors de l'intervention, mais ces derniers ne peuvent à la fois être attentifs à leur posture, à l'écoute du client et créatif dans les solutions qu'ils lui proposent.

6.3.2 Le pouvoir, un terme péjoratif

Une réaction de retrait, de réserve est révélée lors de l'évocation du concept. Le mot « pouvoir » a suscité chez les participants des représentations négatives :

Pour moi, il y a quelque chose de péjoratif dans ça. Au mot "pouvoir" [...]. Si je lui parle de pouvoir, ben là, il y a bien des gens qui vont être réfractaires à ça, ils vont rester en état de vigilance. (Richard)

La connotation négative du pouvoir n'est pas réservée aux hypnothérapeutes, elle rejoint aussi les travailleurs sociaux et tous ceux qui œuvrent dans les « métiers de l'humain » où il est « mal perçu, mal vécu, dénoncé pour des raisons idéologiques dans la tradition antiautoritaire, ou facilement associés à une volonté de puissance "pathologique" » (Perrenoud, 1996, p. 38). On trouve dans la littérature sur le pouvoir cette aura négative de manipulation, de domination, d'influence qui évoque le harcèlement de natures sexuelles ou psychologiques (Guilfoyle, 2006; Perrenoud, 1996; Pratto, 2016). La connotation péjorative du pouvoir se retrouve aussi dans plusieurs modèles théoriques, l'un des plus prégnants est celui d'Enriquez (2012). Selon Enriquez « la tendance intellectualisante tend à enlever au concept tous ses aspects affectifs et dramatiques et à en faire simplement une des notions-clés des sciences sociales au même titre que système, structure et conduite » (*Ibid.*, p.20). L'auteur réfère en outre aux notions d'influence, de persuasion, d'autorité, de commandement et de prise de décision. Prenant appui sur la psychanalyse et la relation père – fils évoqué par Freud (1912/2015), Enriquez affirme que cette relation exprime un des

éléments essentiels du pouvoir : la prédominance des instincts de mort sur les instincts de vie. Selon l'auteur, le pouvoir est essentiellement destructif et départage le monde en deux groupes : les puissants et les dominés.

Nous pouvons faire un parallèle entre l'acception d'Enriquez et la représentation du pouvoir substance présentée précédemment. Il est aussi possible qu'elles cantonnent les intervenants dans une logique binaire à partir de laquelle on ne peut qu'envisager la présence ou l'absence de pouvoir au détriment d'une logique compréhensive qui permet de prendre conscience des côtés positifs du pouvoir et de son utilité en intervention. Comme nous le verrons dans la prochaine section, les acceptions péjoratives du pouvoir entretiennent le climat de méfiance à son égard et entretiennent des ambivalences chez les intervenants.

6.3.3 Ambivalences et dissonances face au pouvoir

La représentation négative du pouvoir et, en même temps, le recours à une technique puissante ont pour effet d'entretenir une ambivalence chez les intervenants. En effet, dans leurs discours, ils sont enclins à faire usage d'un pouvoir, mais ils nient en détenir :

Oui, ça, c'est clair. Je ne suis pas son égal. [...] Moi, je suis le consultant, j'ai une expertise, pis il vient la chercher. Ça fait que c'est sûr que ça me positionne. Mais ce n'est pas à travers un pouvoir. Pour moi, il y a quelque chose de péjoratif dans ça. Au mot "pouvoir". (Richard)

Les participants parlent de leur position d'expert ou d'autorité, soit pour qualifier leur rôle d'intervenant, soit pour souligner les connaissances qui leur permettent d'aider l'autre : « [j'ai] peut-être une connaissance, peut-être la compréhension de ce que c'est, du phénomène, mais non, pas de pouvoir » (Sylvie).

Par ailleurs, l'hypnose avec sa puissance et son efficacité présumée répond bien aux normes de performance de notre société, ce qui permet peut-être aux intervenants de contourner la question du pouvoir de l'intervenant et de l'assujettissement du client.

La littérature scientifique explique en partie cette ambivalence en raison des effets à la fois positifs et négatifs du pouvoir. Le pouvoir a des avantages. Les personnes en mesure de l'exercer sont plus susceptibles de ressentir des émotions positives, du bonheur, du désir, et moins d'inhibition (Anderson et Berdahl, 2002). Celles qui en sont privées se sentent contraintes et menacées, elles éprouvent plus d'émotions négatives comme la peur, l'anxiété et la culpabilité (Langner et Keltner, 2008).

L'exercice du pouvoir est bénéfique aux intervenants, mais inspire des craintes en raison de ses aspects négatifs et des abus qui peuvent en découler. Pour minimiser la dissonance, les intervenants nient leur pouvoir et adoptent des représentations qui leur permettent d'écarter les idées de prise de contrôle et d'influence. Ce qui est probablement le cas pour les travailleurs sociaux. Comme nous l'avons vu précédemment une manière de contourner le pouvoir est de le nier et de rechercher une posture égalitaire avec le client.

6.3.4 Pourquoi se soumettre à l'hypnotiste et risquer de perdre son pouvoir ?

Le client est aussi susceptible de vivre une ambivalence quant au recours à l'hypnose. Comme nous l'avons vu, en raison des craintes d'assujettissement, il y a parfois une longue réflexion et des hésitations avant de se décider à recourir à l'hypnose. Cette hésitation est susceptible de s'appliquer à toute forme de consultation « psychologique ». Tant que l'on arrive à se débrouiller par soi-même, on ne peut pas concevoir qu'une autre personne, soit-elle spécialiste, puisse être en meilleure position que nous pour nous aider. Il faut donc faire preuve d'un certain degré d'introspection pour reconnaître qu'on a besoin d'aide et qu'en définitive nous n'y arriverons pas seuls. Alors préside à la rencontre avec l'intervenant une

forme d'abdication de notre pouvoir, de notre dignité, de notre fierté légitime pour accepter d'aller chercher de l'aide et « se soumettre » volontairement à quelqu'un d'autre.

Cette hésitation est soulevée par les intervenants lorsqu'ils affirment que la plupart de leurs clients ont tout essayé avant de venir les consulter : *« Les gens qui sont plus un peu désespérés parce qu'ils ont tout essayé, vraiment les trois quarts du temps, les nouveaux clients, c'est ça. Ils ont essayé plein de choses, pis il n'y a rien qui fonctionne. »* (Nicole). L'hypnothérapie représente pour les clients un dernier recours. Le point de bascule est atteint lorsque le seuil de tolérance à la souffrance d'une personne est atteint. Alors, elle consent à abandonner une partie de son pouvoir afin d'être soulagée : *« Ça peut venir de l'amplitude de sa souffrance [...] ça peut être une souffrance tellement énorme que là, elle est propulsée vers une autre direction »* (Adrien). Coincée entre la souffrance et la soumission, elle résout cette dissonance en adoptant une représentation qui lui permet de s'adresser à un hypnothérapeute et qui la prépare à renoncer momentanément à sa liberté. Il n'en reste pas moins qu'elle espère retrouver, au terme de l'exercice, une volonté plus forte, une fois le trouble surmonté. En un sens, il n'y a jamais abdication totale de la volonté, mais jeu de discours-pouvoir où le client est tantôt puissant, tantôt impuissant, où la puissance doit renaître de l'absence prétendue de volonté.

Dans les circonstances qui poussent l'individu à consulter, les mythes du *self-made-man* et de la méritocratie forment un ensemble de représentations et de « normes biologiques, socioculturelles, voire morales » auxquelles ce dernier doit se soumettre afin d'éviter les conséquences pathologiques (Moreau, 2009). Ehrenberg (2011) décrit la conjoncture idéologique et la pensée libérale qui poussent l'individu à se mobiliser et à devenir l'entrepreneur de lui-même. L'impossibilité de rejoindre cette image idéale entraîne dépression et trouble mental, une forme de souffrance qui peut pousser à avoir recours à une technique puissante pour rejoindre au plus vite la course à l'autonomie.

En outre la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) permet d'expliquer le comportement d'un individu qui s'engage malgré la présence de représentations négatives. Devant l'inconfort l'individu procédera à un changement de représentations et d'attitude face à la situation inconfortable (dissonance) et l'état émotionnel négatif qu'elle génère (Girandola et Joule 2013, p.239)

6.4 CONDITIONS D'EXERCICE DU POUVOIR ET ESPACES DE LÉGITIMATION

Jusqu'à maintenant, nous avons dégagé les représentations sociales et les attitudes face au pouvoir et à l'expérience hypnotique. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, la question de la légitimité, présente dans toutes les sphères de la société, traverse la littérature sur le pouvoir. Nous voulons maintenant souligner le rôle de la dynamique représentationnelle pour cet élément essentiel de l'exercice du pouvoir qu'est la légitimité. Considérant que les représentations sociales sont au fondement de la légitimité, nous avons développé notre analyse en nous appuyant sur les remarques de Jodelet (2013) à propos des formes d'interconnection entre représentations sociales et interventions dans les sphères : transsubjective, intersubjective et intrasubjective. Comme le précisent Negura et Lévesque (2019):

These different levels continually interact within representational dynamics. As such, any analysis of the construction of social representations, or of the way they operate, must consider each of these levels. The same is true with regard to the role they play in the construction, continuity and transformation of relations of power (*Ibid.*, p. 10).

Par exemple, le discours de la sphère transsubjective donne une légitimité aux professionnels par le biais des institutions. Les intervenants ont bien souligné qu'ils ne pouvaient pas dire ni faire ce qu'ils voulaient : « *La seule crainte, c'est avec la loi 21, tu sais,*

dans le sens, tu sais, de faire attention, de rester dans le cadre maintenant qui est plus réglementée par la loi» (Adrien, hypnothérapeute). Ainsi un discours et des actes peuvent être l'apanage d'une classe d'intervenants. C'est le cas pour les régressions avec ou sans hypnose qui sont des actes réservés aux psychologues. Le législateur québécois a chargé l'Ordre des psychologues d'assurer le respect de la loi et ce cadre législatif confère une autorité aux thérapeutes.

Toutefois, c'est parce que ces discours sont légitimés que les représentations sociales sont intégrées au niveau subjectif. Ainsi, l'intervenant, nimbé de l'autorité qui lui est conférée, s'approprie le discours du savoir-pouvoir, et celui qui reconnaît son autorité accepte et intègre ce discours. La nature de la relation d'aide tient à la manière dont se concrétisent les discours légitimes entre l'intervenant et son client. Il faut faire en sorte que ce qui est énoncé soit accepté comme légitime, pour ensuite être intégré dans la réorganisation interne de la pensée du sujet :

Une science *adéquate* du discours doit établir les lois qui déterminent qui peut (en fait et en droit) parler et à qui et comment. Ceux qui parlent estiment ceux qui écoutent dignes d'écouter et ceux qui écoutent estiment ceux qui parlent dignes de parler (Bourdieu, 1977, p. 20).

D'après Foucault, le savoir expert « est un instrument que peuvent utiliser à leurs propres fins ceux qui sont au pouvoir ; un savoir nouveau engendre une nouvelle classe d'individus ou d'institutions qui peuvent exercer un nouveau type de pouvoir » (Hacking, 1989, p. 39). Pour Foucault, lors de leurs interventions, les intervenants (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) mettent en œuvre des savoirs — les jeux de vérité — à travers des relations de pouvoir. Les savoirs utilisés par l'intervenant et légitimés par l'institution lui donnent pleine autorité pour imposer une forme de vérité que devra faire sienne la personne en recherche d'aide afin de « guérir » (Foucault, 1984).

À partir des résultats, nous avons relevé deux situations qui permettent aux intervenants d'obtenir ou de maintenir leur légitimité comme hypnothérapeute. Ces situations correspondent à deux niveaux de légitimation : recherche de légitimité auprès du client et expérience de l'hypnose autolégitimée.

6.4.1 Recherche de légitimité auprès du client

En considérant les sphères transsubjectives, intersubjectives et intrasubjectives dans lesquelles se déroule la dynamique de pouvoir, nous retrouvons aussi dans ces mêmes sphères la recherche de légitimité.

Les intervenants ont insisté sur le lien de confiance qui doit s'établir avec le client pour que l'hypnose puisse se réaliser :

[je vais] prendre le temps de leur expliquer des choses, je les mets vraiment, vraiment en confiance. (Nicolas)

On ne fait pas d'hypnose tant que je n'ai pas l'accord 100 % de la personne, tant [qu'il y a de] la résistance, je suis dans la psychopédagogie de l'hypnose avec le pendule [...]. On démystifie tout le temps ça. (Alexis)

Pour être légitimé dans l'exercice de la thérapie et de l'hypnose, l'intervenant doit donc être digne de confiance. Pour gagner la confiance du client, l'intervenant doit faire preuve d'honnêteté et d'un réel désir de venir en aide. Les résultats laissent entendre que l'intention de l'hypnotiste est importante pour la réalisation de l'état d'hypnose :

Tu sais, le centre d'hypnose pour lequel j'ai travaillé [...], il a fait faillite, ce centre-là, pis moi, j'ai comme senti, à un moment donné, que j'étais moins confortable, pis j'ai quitté cet endroit-là [...], en parlant avec le propriétaire, je me suis aperçue que lui, il voulait bien plus faire de l'argent que d'aider le monde. Puis le monde le sent, ça. (Samuel)

Comme les résultats le supposent, les attitudes malhonnêtes ou intéressées finissent par être ressenties, ce qui est susceptible de mettre un terme à la rencontre thérapeutique. Ainsi

il apparaît que le pouvoir n'est jamais acquis, que la légitimité n'est pas non plus incontestable et peut être remise en cause.

La notion de confiance apparaît dans l'étymologie même du mot « croyance » dérivée du latin *credere* qui signifie, tenir pour vraie quelque chose, croire, penser, avoir confiance, se fier. (Rey et Hordé, 2006, p. 576). C'est la croyance en l'autre qui permet l'échange. Nous nous reconnaissons mutuellement à travers ces croyances. Les notions de confiance et d'échange impliquent en outre celle d'« adhésion » : nous adhérons à des croyances que nous partageons et échangeons au sein de notre communauté. Cette adhésion a la particularité d'être « relativement permanente, souvent irrationnelle » (Jodelet, 2002, p. 164). La notion d'adhésion mène à celles de séduction et d'influence, et aux dérives associées au pouvoir. Le prêtre, l'astrologue, le scientifique, ou d'autres détenteurs de la connaissance et de la vérité nous séduisent et/ou nous influencent par leur autorité. Marc Bloch a bien illustré cet aspect dans *Les Rois thaumaturges* (1983), étude du caractère surnaturel attribué à la puissance royale, particulièrement en France et en Angleterre.

Comme nous l'avons souligné dans les précédentes sections, le discours sur l'hypnose qui circule dans notre société transporte des représentations qui déterminent un espace d'action pour l'intervenant et un autre pour le client. Ces représentations concernant l'espace d'action s'amalgament pour former des attentes. Si l'intervenant sort de cet espace délimité par les représentations, donc s'il ne répond pas aux attentes du client, les résultats le démontrent, celui-ci perd sa légitimité et le client est susceptible de mettre un terme à la relation thérapeutique. En outre, grâce aux représentations sociales, le système d'attentes qui s'actualise au moment de l'hypnose permet au potentiel de l'hypnose de se réaliser et au client d'entrer dans un espace de changement et de soulagement des symptômes. Par exemple, dans le cas de la consommation d'alcool, il a été démontré, par des expériences contrôlées par placebo, que le comportement social des personnes (agression, sexualité,

etc.) et leurs performances motrices ne sont pas seulement le fait de l'action pharmacologique de l'éthanol sur le cerveau, mais aussi de l'effet des croyances de conformité acquises au sein du groupe (INSERM, 2003, p.263). En ce qui concerne l'hypnose, les attentes ont un impact à la fois sur les motivations du sujet et sur la qualité de la relation avec l'intervenant :

Strong negative attitudes and expectations suppressed hypnotizability, whereas positive attitudes and expectations allow subjects to attain high hypnotizability scores. However, positive attitudes and expectations in and of themselves do not engender high hypnotizability (Spanos, 1991, p. 333).

Erickson (2009) l'a montré lors d'une expérience où il a informé un groupe d'intervenants en hypnose que certains sujets étaient incapables de répondre à des suggestions particulières parce qu'ils ne pouvaient développer le degré de transe requis. Erickson a observé que les intervenants informés des incapacités de leurs sujets ne réussissaient pas à en obtenir la profondeur de transe souhaitée. Cette expérience rappelle celle de Rosenthal (1974) impliquant deux groupes d'expérimentateurs chargés de tester la performance de rats auxquels étaient attribuées de manière arbitraire des qualités spécifiques : les performances des rats étaient corrélées aux attentes des expérimentateurs. Ces résultats ont conduit à l'élaboration de la notion de « prophétie autoréalisatrice » ou d'« effet Pygmalion » et ont été vérifiés par la suite sur une population d'élèves de niveau primaire. Les conclusions de Rosenthal et Jacobson (1968) illustrent en effet l'influence des représentations sociales sur les attentes et les croyances des professeurs sur les capacités académiques des élèves.

Par ailleurs, les résultats ont révélé les réactions émotives des thérapeutes lors des moments de remise en question de leur légitimité et donc de leur pouvoir. Pareille situation est susceptible d'engendrer chez le thérapeute des émotions ou une forme plus ou moins intense de désarroi :

Écoute, après la rencontre... pendant la rencontre, je suis venu en sueur de bord en bord, tu sais, quand tu essaies d'improviser des techniques en file, pis qu'il n'y a rien qui marche, tu sais. [...] pis ce n'est pas le fun, là, tu sais, ce n'est vraiment pas le fun. Tu as un inconfort, tu ne te sens pas compétent non plus. (Adrien)

Une reconfiguration des positions de pouvoir peut être interprétée par l'intervenant comme un désir de déconnexion de la part du client. Celui-ci tente de se soustraire à l'interaction, jugeant que le thérapeute n'a plus la légitimité d'expert pour l'aider à résoudre ses difficultés.

6.4.2 Expérience de l'hypnose et autolégitimité

Concernant la sphère intrasubjective, les résultats révèlent un moment crucial pour la recherche de l'autolégitimité menant à l'adoption de la technique hypnotique par les intervenants : l'expérience personnelle de l'hypnose. Interrogés sur leur apprentissage de l'hypnose, les intervenants disent tous avoir vécu une expérience hypnotique, lors d'une consultation avec un hypnothérapeute dans le but de résoudre une impasse ou un malaise, ou lors de leur formation à la technique. Dans tous les cas, cette expérience s'est révélée déterminante pour l'ajout de la technique à leur pratique professionnelle :

[Quand] je me suis laissé aller, je me suis complètement abandonné à l'expérience et là j'ai vraiment vécu une petite révélation et je me suis dit : « My god, cette révélation-là va me servir pour le reste de l'année, je vais en profiter pour nourrir ça, cette révélation-là ». (Alexis)

Pour Arianne, l'expérience a été une révélation et a emporté son adhésion à la pratique de l'hypnose. Il en est de même pour l'ensemble des intervenants rencontrés.

Jodelet (2006) s'est intéressée au rôle de l'expérience vécue sur la formation des représentations sociales. L'expérience vécue recèle deux dimensions : une cognitive et une émotive. La première correspond à l'intégration de l'expérience dans le système représentationnel et permet « la construction de la réalité selon des catégories ou des formes qui sont socialement données ». La seconde renvoie au rôle des émotions sur l'état vécu, que Jodelet compare à l'expérience esthétique ou amoureuse. C'est aussi dans cette

dimension que la personne « prend conscience de sa subjectivité, de son identité » (*Ibid.*, p 241). L'état vécu est alors à la limite de l'indicible, comme l'expérience mystique, et susceptible de modifier les représentations sociales.

Des chercheurs australiens se sont aussi intéressés au rôle de l'expérience hypnotique sur les attitudes et croyances des sujets à l'égard de l'hypnose. Deux groupes ont été comparés : 84 personnes ayant une expérience de l'hypnose et 102 n'en ayant pas vécu. Les conclusions de l'étude montrent que les sujets ayant une expérience ont une connaissance plus précise de l'hypnose. Ils adoptent envers elle une meilleure attitude, ont moins de craintes et sont plus enclins à y avoir recours dans l'avenir (Barling et De Lucchi, 2004). Aux États-Unis, Green (2003) a réalisé le même genre d'étude auprès de 276 étudiants. Le chercheur aboutit aux mêmes conclusions que Barling et De Lucchi en spécifiant que l'expérience hypnotique permet de modifier le regard des participants sur l'hypnose, ceux-ci adoptant des croyances moins stéréotypées.

Il ressort des résultats de notre étude qu'une expérience d'hypnose fait en sorte que les intervenants développent une conviction forte à propos du potentiel thérapeutique de l'hypnose. Alors que les représentations sociales s'acquièrent à travers des discours et au contact de l'information qui circule dans l'environnement social à l'aide des mécanismes d'objectivation et d'ancrage décrits par Moscovici, il apparaît que la conviction envers l'hypnose est acquise de manière particulière, car elle met en œuvre des émotions positives comme la surprise et l'étonnement. Selon Echeverri (2014), l'inférence causale découlant d'une seule expérience est fondatrice de la croyance. Ici, un état intérieur ressenti dans des circonstances particulières est attribué à l'hypnose. L'expérience perceptive vécue lors de l'hypnose devient une croyance.

Tout se déroule comme si l'intervenant, en plus d'être légitimé par la société et son vis-à-vis, devait aussi recevoir une autoapprobation de l'expérience hypnotique en l'éprouvant dans son propre corps. Convaincus des effets positifs de la technique, les intervenants invitent leurs clients à vivre le même type d'expérience. Comme le précise Aebischer (1983) :

Pour que la parole devienne agissante, pour que le mot produise son effet, le praticien pense activement ce qu'il dit et le ressent sur son propre corps. Son propre état lui sert alors d'indication et de mesure de l'état du patient. Par son empathie, le corps joue le rôle de l'échantillon de preuve de ce que le patient est en train de vivre (*Ibid.*, p. 82).

6.5 LES JEUX DE POUVOIR AU SEIN DE L'INTERVENTION

Les résultats nous ont permis d'établir l'importance des représentations sociales dans la légitimation de l'exercice du pouvoir. Nous avons fait ressortir le rôle des représentations sociales et de l'expérience intime de l'hypnose sur la mise en place de cette légitimité dans les sphères intrasubjective, intersubjective et transsubjective. Nous voulons maintenant attirer l'attention sur les stratégies déployées de manière plus ou moins consciente par les intervenants afin de maintenir et/ou de renforcer la légitimité nécessaire à l'exercice de l'hypnose.

Michel Foucault, qui s'est particulièrement intéressé à ces stratégies de pouvoir, présente ainsi son travail : « J'ai cherché [...] à produire une histoire des différents modes de subjectivation de l'être humain dans notre culture » (Foucault, 1994, p.222-223). Il s'est employé à décrire les mécanismes de pouvoir et les pratiques de normalisation, les jeux de pouvoir et de vérité avec lesquels les individus doivent vivre quotidiennement. Russ (1994) précise que lorsqu'il est question de jeux de pouvoir à l'échelle microscopique, il faut parler de microstratégies ou de micropouvoirs qui sont omniprésents dans notre existence quotidienne et qui revêtent de multiples formes :

Des relations de domination souple et par moments amorphes, caractérisées par une certaine liberté de manœuvre [...]. Ce sont [...] des stratégies [...], des actions coordonnées menées par des individus privés et visant un certain résultat. Les participants poursuivent donc un objectif tendant au renforcement de leurs avantages (*Ibid.*, p. 176).

Par ailleurs, comme le souligne Russ, les relations de pouvoir et les stratégies qui en découlent :

sont à la fois intentionnelles et non subjectives [...]. Elles sont de part en part traversées par un calcul : pas de pouvoir qui s'exerce sans une série de visées et d'objectifs. Mais cela ne veut pas dire qu'il résulte du choix ou de la décision d'un sujet individuel (*Ibid.*, p. 197).

Nous avons repéré dans les discours de nos participants quatre jeux de pouvoir ou microstratégies : les effets de langage et la fabrication de sens ; la spectacularisation ou la mise en scène de l'hypnose ; la recherche de crédibilité scientifique ; et enfin le discours de peur sur les dangers potentiels de l'hypnose. Après avoir présenté chacune de ces microstratégies, nous nous questionnons sur la possibilité de retrouver de telles stratégies dans l'exercice du travail social, afin d'achever notre travail de caractérisation.

6.5.1 Effets de langage et fabrication de sens

Un des avantages pour les intervenants de l'hypnose à adopter ces stratégies est le maintien de la légitimité de leur position d'expert qui leur permet entre autres de définir les comportements observés chez le client en situation hypnotique, comme de l'hypnose. Nous avons observé les effets de pouvoir de la communication et des mots et constaté que les hypnothérapeutes ont une connaissance empirique du pouvoir des mots et certains en font un usage délibéré. Par exemple, lorsqu'ils saupoudrent⁵⁹ le mot « hypnose » dans les échanges avant l'hypnose et pendant l'hypnose pour décrire l'expérience vécue par le client :

⁵⁹ En hypnose ericksonienne le saupoudrage est « l'action de glisser au sein d'une communication verbale des adverbes et adjectifs choisis pour susciter indirectement un état interne, le plus souvent en

Je saupoudre le mot « hypnose » parce que le mot « hypnose » a beaucoup de... de puissance, parce que les gens voient l'hypnose à la télé, connaissent un peu l'histoire parce que c'est une histoire qui a deux siècles, donc il y a eu beaucoup de choses dans l'hypnose. (Gilbert)

Les rapports de communication qui permettent, par le langage, de véhiculer et d'échanger des informations, des signes et des symboles, ont des effets de pouvoir, car « communiquer, c'est toujours une certaine manière d'agir sur l'autre ou les autres » (Foucault, 1984, p. 309). En effet, comme nous l'avons vu dans le troisième chapitre, « la langue n'est pas seulement un instrument de communication ou même de connaissance, mais un instrument de pouvoir. On ne cherche pas seulement à être compris, mais aussi à être cru, obéi, respecté, distingué. » (Bourdieu, 1977, p. 20).

Le comportement hypnotique serait aussi le résultat de suggestions ou d'un jeu de rôle calqué sur des comportements déjà observés et assimilés à l'hypnose. Ces comportements diffèrent d'une époque à l'autre, aujourd'hui, les médias, la télévision, le cinéma et la littérature diffusent une image de l'hypnose qui évoque un état de relaxation ou de demi-sommeil très éloigné de l'hystérie ou de la possession décrite au XIX^e siècle après les séances publiques de Franz Anton Mesmer et de Jean-Martin Charcot. Nous avons vu aussi que les intervenants utilisaient des analogies pour définir l'hypnose. Par exemple, ils expliquent l'expérience hypnotique en la comparant à des états de conscience similaires de notre quotidien :

La plupart des gens ne savent pas que l'hypnose, c'est un état naturel. [...] Les gens ne réalisent pas, mais tous les jours, quand ils vont prendre l'auto, ils sont en transe. Tous les jours, dès qu'ils sont concentrés sur quelqu'un qui parle ou sur la TV, sur un livre, n'importe quoi, tu sais, ils ont l'accès, l'accès, il est là. (Salvador)

La comparaison à un état d'hyperconcentration, de relaxation ou de distraction est en soi une suggestion quant aux comportements à adopter en état d'hypnose et les hypnothérapeutes

lien avec le calme et la détente. » Institut français d'hypnose (2018), www.hypnose.fr/iff/ (consulté le 5 avril 2019).

vont s'attendre à un comportement spécifique de la part de leur sujet et considérer comme réussie ou non l'hypnose corrélée selon que la personne adopte ou non certains comportements. Les représentations sociales opèrent donc comme une forme de référence, une norme qui permet de juger si le comportement est normal ou non. Le mot « hypnose » charrie des représentations qui agissent sur le client comme une suggestion. Décrire l'état de relaxation du client comme une hypnose le fait basculer dans l'hypnose : il ajuste son comportement et l'interprétation de son expérience à sa représentation de l'hypnose. Comme nous l'avons vu au chapitre 3, le rôle des représentations dans le phénomène hypnotique a été traité dans la littérature scientifique (Laurence, 1995 ; Michaux, 2005; Sarbin et Coe, 1972 ; Spanos, 1998). Pour Michaux (2005), qui s'y est particulièrement intéressé, « la représentation sociale de l'hypnose joue un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et de l'hypnothérapeute face à l'hypnose » (*Ibid.*, p. 344). Les théories sociocognitives (Hindin, 2007 ; Spanos, 1998) (Chapitre 2, section 2.3.5) confirment cette influence. Spanos (1998) considère que les comportements observés chez des individus sous hypnose

ne résultent pas d'un état de transe ou de processus de dissociation mentale, mais sont plutôt, comme tout autre comportement quotidien, des produits sociaux. [Ils] reflètent les attentes et attitudes que les gens *associent* à cette situation, l'interprétation qu'ils en font et les objectifs qu'ils aspirent à atteindre par la manière dont ils se la représentent (*Ibid.*, p. 24).

Par ailleurs, Foucault (1969) précise que les symboles ou représentations qui constituent le discours ne peuvent être utilisés efficacement que s'ils ont été légitimés par le groupe. Ainsi, le discours participe à la légitimation du pouvoir. Pour le philosophe, les notions de « discours », de « savoir » et de « pouvoir » sont imbriquées et indissociables, ce qui implique que des formes de langage spécialisé permettent de structurer les relations sociales en définissant des rôles et des statuts. Par exemple, dans la rencontre thérapeutique, parler de discussion individuelle ou de groupe permet de définir les rôles des interlocuteurs et de

conférer ou non l'autorité. Aussi, lorsqu'un expert légitimé par l'institution définit, décrit ou nomme le comportement d'une personne ou d'un groupe, il détermine ce qu'il adviendra d'eux au point de les transformer (*Ibid.*).

Revenons à la description de l'hypnose. Les participants comparent l'hypnose à un état « naturel » connu et donc inoffensif. Cette description permet au client une compréhension pratique de l'hypnose. Cette référence à un état normal et sans danger permet entre autres de la dédouaner de son côté ésotérique. Larivée (2014) précise que « la notion de concept naturel » permet de circonscrire des phénomènes aux contours flous, comme l'hypnose, et « pour lesquels plusieurs caractéristiques peuvent être pertinentes. Pour y parvenir, plutôt que d'en donner une définition univoque, on recourt à l'énumération de prototypes, c'est-à-dire des exemples typiques et représentatifs du concept en question » (*Ibid.*, p. 143). De fait, « on considère spontanément "ce qui est familier comme inévitable et ce qui n'est pas familier comme inconcevable" » (Larivée, 2014, p.38). Ce flou conceptuel est probablement dû au fait que la science n'a pas encore été en mesure de proposer une théorie englobant l'ensemble du phénomène hypnotique, ou encore, que l'hypnose est un champ où s'affrontent divers discours-pouvoirs ! Le fait que le discours scientifique n'ait pas pu « englober » ou « circonscrire » l'hypnose montre que ses pratiquants sont à la recherche d'une manière de garder le pôle dominant. Ceci explique également le « rejet » de l'hypnose par certains scientifique et/ou professionnel: ce qu'on n'arrive pas à amalgamer, on l'exclut.

L'absence de définition claire permet de définir plusieurs situations comme des états d'hypnose et d'inscrire ces définitions dans un discours qui, par son caractère d'évidence, permet de légitimer le recours à l'hypnose. Ce qui est évident possède un caractère de vérité et d'autorité qu'il est difficile de contester :

[l'évidence] inscrit les discours dans un savoir absolu, accepté par tous, toujours vrai, qui ne peut être contredit sans mettre en cause, du même coup, le plus élémentaire bon sens, le sens commun, le savoir ordinairement partagé [...]. Contredire le bon

sens est difficile justement parce qu'il s'agit de bon sens, comme dans les déclarations du type « tout le monde sait que... » (Souchart et *al.*, 1997, p.22).

Ce qui vient d'être détaillé s'apparente au mécanisme d'ancrage décrit par Moscovici. Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à l'aspect théorique, l'ancrage permet d'intégrer la représentation sociale d'un objet social nouveau ou inconnu dans un univers connu en l'enracinant dans des connaissances préexistantes qui servent de cadre de référence. Une fois l'objet social devenu familier, il est plus facile d'en faire usage. La différence avec le mécanisme décrit par Moscovici est que les intervenants de l'hypnose proposent eux-mêmes la catégorie qui permet une meilleure compréhension du phénomène.

Par ailleurs, les données montrent une tendance des intervenants à qualifier d'hypnose tous les moments où le client est en réflexion ou en introspection, ou encore lorsqu'il est confus ou plus ou moins conscient. Ainsi, des exercices de visualisation, de relaxation, de pleine conscience, ou des techniques de désensibilisation et d'autocontrôle couramment utilisés par d'autres approches thérapeutiques, comme les thérapies cognitivocomportementales, sont susceptibles d'être assimilés à l'hypnose. L'hypnose chapeaute un ensemble mal délimité de phénomènes ayant pour dénominateur commun le recours aux mécanismes de contrôle attentionnel. Certains participants ont bien décrit le processus de ratification⁶⁰ qui vise à interpréter les comportements et réactions du client en termes hypnotiques. Comme le précisent les intervenants, la validation des comportements du sujet comme propres à un état d'hypnose permet à celui-ci d'adhérer à l'interprétation de l'intervenant et de se laisser glisser dans l'hypnose. La littérature sur la nature de l'hypnose confirme cette importance de l'anticipation et de la subjectivité des sujets dans le phénomène hypnotique (Laurence, 1995 ; Michaux, 1995).

⁶⁰ En hypnose ericksonienne, la ratification vise à faire prendre conscience au client de l'apparition d'un phénomène inconscient, par exemple un mouvement involontaire des doigts.

6.5.1.1 Travail social - effets de langage et fabrication de sens

Avec ce qui vient d'être énoncé à propos des effets de langage et de la fabrication de sens est-il possible de transposer les constats formulés à propos de l'hypnose au travail social?

Dans la précédente section, nous avons mis l'accent sur le rôle du mot hypnose sur le déroulement de l'hypnose et la clarification des attentes de l'intervenant à propos des comportements du client sous hypnose. Le discours de l'intervenant qui décrit et interprète les comportements et réactions du client fait en sorte que ce dernier vit littéralement l'expérience hypnotique. On peut supposer que le travailleur social n'utilise pas sciemment les mots afin de provoquer un comportement chez le client comme cela est le cas en hypnose, mais nous pouvons convenir des attentes du travailleur social envers son client. Par exemple on attendra de celui-ci qu'il engage ses énergies à tout mettre en œuvre dans la réalisation de ses potentialités (Illouz, 2008). Par ailleurs, l'intervention du travailleur social est une activité langagière et de ce fait l'intervenant ne peut éviter l'influence des effets de langage et de la fabrication de sens. Selon Hayakawa (1978) les mots et le discours sont un outil important pour influencer et contrôler.

With words, therefore, we influence and to an enormous extent control future events. It is for this reason that writers write; preachers preach; employers, parents, and teachers scold; propagandists send out news releases; statesmen give addresses. All of them, for various reasons, are trying to influence our conduct—sometimes for our good, sometimes for their own. These attempts to control, direct, or influence the future actions of fellow human beings with words may be termed directive uses of language (Hayakawa, 1978, p.101).

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, le discours du professionnel est spécifique et légitimé et lui permettra d'exercer son influence afin d'amener le client au changement. Ce sont les élites qui fabriquent et distribuent des « connaissances [...], des croyances, des attitudes, des normes, des valeurs, de la morale, et des idéologies. Leur pouvoir symbolique est aussi une forme de pouvoir idéologique » (Van Dijk, 2012, p. 5). Selon Bourdieu (1986) le langage est en soi une forme de pouvoir. Eilenn Gambrill (2012) s'est intéressé à la teneur des

discours et aux stratagèmes déployés dans les professions d'aide afin de maintenir l'autorité de l'intervenant auprès du client. L'auteur souligne entre autres l'emploi des simplifications excessives, du jargon pseudo technique, des métaphores, des euphémismes, du discours scientifique, de la catégorisation, etc.

Pour répondre à la question de départ à propos de la transférabilité aux travailleurs sociaux des effets de langage et de la fabrication de sens observés chez les hypnothérapeutes, nous ne pouvons affirmer que ce qui a été repéré chez les hypnothérapeutes peut être directement appliqué aux travailleurs sociaux. Par exemple l'utilisation du mot hypnose ne se retrouve pas en travail social. Par contre, les travailleurs sociaux emploient un discours légitimé par l'institution et c'est par ce discours que le travailleur social recevra la légitimité d'exercer son pouvoir. Comme nous l'avons déjà mentionné : « l'intervenant, nimbé de l'autorité qui lui est conférée, s'approprie le discours du savoir-pouvoir, et celui qui reconnaît son autorité accepte et intègre ce discours. La nature de la relation d'aide tient à la manière dont se concrétisent les discours légitimes entre l'intervenant et son client. Il faut faire en sorte que ce qui est énoncé soit accepté comme légitime, pour ensuite être intégré dans la réorganisation interne de la pensée du sujet » (Section 5.4).

6.5.2 La spectacularisation : la mise en scène de l'hypnose

Une autre particularité de l'hypnose nous est apparue comme une possibilité de renforcer la légitimité de l'hypnose. Nous avons nommé cette microstratégie la spectacularisation de l'hypnose. Au Québec, la popularité de Messmer et de l'hypnose-spectacle rejoint les intervenants et leur clientèle, car tous les participants en ont parlé et selon eux, le fascinateur a un effet marqué sur la population. Les intervenants font remarquer que l'hypnose est la seule pratique thérapeutique qui s'exhibe sur scène, ce qui participe au brouillage des

représentations. La magie qui accompagne l'hypnose de spectacle confère à l'hypnose thérapeutique une aura fantastique qui effraie ou séduit.

La popularité de l'hypnose-spectacle repose, à notre avis, sur les représentations de l'hypnose comme phénomène mystérieux. Le spectacle met en vedette un hypnotiste ayant la capacité d'induire chez certains spectateurs, soigneusement sélectionnés, un état dans lequel ils semblent totalement sous l'influence du fascinateur qui leur fait vivre des actions s'inscrivant dans des scénarios rocambolesques, provoquant l'hilarité, la fascination et le doute. Il est aussi possible que le public établisse un lien entre ces prestations et la modification passive de comportements tels que maigrir, arrêter de fumer, avoir une bonne estime de soi. L'hypnose est ainsi représentée comme un outil de contrôle et de pouvoir, mais aussi comme une thérapeutique efficace.

Cet effet spectacle de l'hypnose participe à l'enchevêtrement de la représentation fantastique et thérapeutique de l'hypnose et il devient ainsi difficile pour la population de distinguer l'une et l'autre. Cet effet spectacle a été étudié au Québec dans le domaine de la politique (Lalancette, 2009) et nous croyons que certaines des conclusions de l'étude peuvent être appliquées à l'hypnose.

Selon Lalancette, un des effets de la spectacularisation est de rendre le « spectateur » apathique : il n'a qu'à se laisser aller sans faire d'effort, sans réflexion. Un autre effet, qui découle du premier, est d'affaiblir le discours critique et enfin, un dernier effet est de réduire le phénomène qui se donne en spectacle à quelques éléments caricaturaux. La description de la simplification par Lalancette trouve un écho dans le mécanisme d'objectivation de Moscovici que nous avons présenté au chapitre 3 : « La simplification [est] une caractéristique clé du fonctionnement des représentations » (Lalancette, 2009, p. 190) qui permet de synthétiser de l'information sur un phénomène qui fait irruption dans

l'environnement social et de le transformer en une image explicative, concrète et compréhensible, utilisable dans la communication.

Les effets de la spectacularisation sur les connaissances, les croyances et les attitudes de la population à l'égard de l'hypnose ont été étudiés et n'ont pas permis d'apporter une réponse claire. Certaines de ces études rapportent des effets négatifs (Large et James, 1991) ; d'autres sont partagées entre effets positifs et négatifs (Echterling et Whalen, 1995) ; et enfin, certains affirment que le spectacle n'a aucun effet sur les croyances, attitudes et connaissance de la population (Hawkins et Bartsch, 2000). Les intervenants québécois adoptent quant à eux une attitude favorable critique aux présentations spectaculaires de Messmer⁶¹ :

C'est qu'il y a de plus en plus d'émissions à la télé, donc, de shows, de Messmer [...], moi, personnellement, je suis très content [...], depuis qu'il y a ça, je suis sûr que ça amène plus de gens à venir vers l'hypnose. (Adrien)

Messmer a dit dans une entrevue qu'il n'avait [pas] le contrôle, mais il l'a dit une fois ou deux... Pis dans d'autres entrevues, il a dit le contraire. (Gilbert)

Ils demeurent critiques quant à la banalisation de leur outil d'intervention et à l'impact du spectacle sur les représentations sociales de l'hypnose, mais sans s'y opposer formellement, le spectacle permet une forme de publicité et leur donne un prétexte pour renseigner la population. En mettant de l'avant leurs connaissances à caractère scientifique, ils expliquent le phénomène hypnotique et ont ainsi l'occasion de se positionner en expert aux yeux de la population.

Il faut également prendre en compte que certains intervenants rencontrés utilisent des inductions courtes et que, tout comme Messmer, ils ont recours à une mise en scène de l'hypnose :

⁶¹ Messmer le fascinateur fait carrière au Québec depuis 1986 et il aurait à lui seul hypnotisé plus de 70 000 personnes. Il attire aujourd'hui l'attention d'un vaste public, tant au Québec qu'en France. Il a atteint une notoriété inégalée par ses prédécesseurs. Reali, Mariana (26 septembre 2014), « Messmer, le démystificateur », dans *Les Échos*, www.lesechos.fr/26/09/2014/.htm

Ils remontent dans leur tête, puis ils se mettent à douter. Moi, je ne leur donne pas le temps de douter. Je vais plus vite qu'eux autres. Ça fait que ça devient un peu comme un truc de magie, si tu veux, mais tu veux déjouer le conscient. Moi, je connais tellement, je maîtrise tellement l'induction, parce que je l'ai fait des centaines et des milliers de fois, que ça boum ! boum ! boum ! boum ! boum ! boum ! (Richard)

D'ailleurs, leur discours rejoint celui des prestidigitateurs qui déjouent les mécanismes de l'attention des spectateurs pour mieux les fasciner. L'illusionniste Luc Langevin (2018) résume bien sa technique de fascination : « L'idée est d'anticiper les réactions mentales [du sujet], d'apprendre à les déjouer ou les détourner, pour qu'il relâche progressivement ses résistances et renonce à ses tentatives d'analyse rationnelle » (*Ibid.*, p. 61). L'induction courte exige des habiletés de la part du intervenant qui doit en particulier faire preuve d'assurance, être très attentif aux réactions du client, les anticiper et rapidement interpréter sa situation en lui suggérant qu'il vit bien un état d'hypnose. D'autres intervenants ont associé les inductions courtes au spectacle en se disant mal à l'aise avec cette forme d'induction qui a un effet placebo.

Comme nous venons de le voir, l'effet spectacle est susceptible de se transporter dans le cabinet de l'hypnothérapeute et le brouillage des représentations permet à l'intervenant de faire valoir son autorité tout en conservant l'aura de mystère autour de l'hypnose.

6.2.2.1 Le travail social et la spectacularisation

Comme nous l'avons suggéré, la spectacularisation peut s'appliquer à d'autres univers que ceux de la politique. Le fait que le travail social puisse être associé à une forme de spectacularisation nous apparaît indéniable. Les médias relais des images et des informations parfois choquantes qui concernent les travailleurs sociaux. Par exemple, la couverture médiatique concernant les événements dramatiques reliés au système de protection de l'enfance ici au Québec (Ducas, 2019) et ailleurs dans le monde (Laville, 2015). D'autres événements impliquant les travailleurs sociaux sont peut-être moins médiatisés,

mais se déroulent tout de même sur la scène publique. Par exemple, lorsque les travailleurs sociaux sont appelés à intervenir dans des contextes difficiles ils doivent parfois être accompagnés par les forces de l'ordre pour réaliser leurs interventions. Nous avons été personnellement impliqués dans ce genre de situation dans le contexte de la pandémie lors d'interventions menées auprès des personnes en situation d'itinérance qui menaçaient notre intégrité. Nous pouvons aussi relater l'évènement qui s'est déroulé en novembre 2020 dans les locaux d'Ubisoft (Ouellet-Vézina et Renaud, 2020) où les travailleurs sociaux de notre équipe sont intervenus dans le cadre de l'opération policière auprès des employés perturbés par l'évènement. Ou encore, cette nouvelle collaboration avec les policiers (Boily et Gentile, 2020) débordés par l'augmentation du nombre d'interventions liées à des problèmes de santé mentale ou cette fois ce sont les policiers qui ont fait appel aux travailleurs sociaux.

On peut se demander quel est l'effet de ces images sur la représentation du travail social et la crédibilité accordée aux travailleurs sociaux. Nous relatons à cet effet le témoignage d'une cliente que nous avons personnellement accompagné dans son cheminement à travers le système de justice après avoir subi des épisodes brutaux de violence conjugale et qui concluait que les travailleurs sociaux sont des combattants. Nous retrouvons ce même constat dans certaines publications (Coma, 2020; Maher, 2016). Les travailleurs sociaux sont quotidiennement au combat contre les inégalités sociales et leurs conséquences sur les individus. D'ailleurs, les enquêtes populationnelles effectuées ailleurs dans le monde à propos de l'image du travailleur social le démontrent, et ces derniers ne semblent pas amoindris par les problèmes qui affligent la DPJ. Nous pouvons supposer que la population comprend qu'il y a un problème avec la structure et celle du système de protection de la jeunesse. Nous pouvons formuler l'hypothèse que les travailleurs sociaux ressortent de cette spectacularisation avec une image rassurante de combattant, c'est celui qui en a vu d'autre et qui sera en mesure d'accueillir les clients ayant vécu les expériences les plus difficiles et les plus traumatisantes, mais ces assertions sont de l'ordre du spéculatif et doivent être

vérifiées. Certes, le spectacle du travail social n'est pas un cirque comme celui que présente Messmer, mais il n'en est pas moins une forme de spectacle qui choque et qui informe sur la représentation sociale du pouvoir, et qui dans un certain sens vient légitimer le rôle du travailleur social.

6.5.3 Recherche de la crédibilité scientifique

Une autre manière pour les intervenants de maintenir et de consolider leur légitimité est de l'asseoir sur le savoir scientifique. Plusieurs participants évoquent les ondes cérébrales ou encore les recherches scientifiques sur l'activité cérébrale pour expliquer l'hypnose, justifier son emploi et rassurer leurs clients :

À peu près tout ce qu'on fait ici est prouvable scientifiquement, là, c'est juste une question d'ondes cérébrales », je leur dis comme ça : « Tu sais, il n'y a rien de mystique dans ce qu'on fait, c'est juste une capacité à ton cerveau de relâcher pis recevoir une instruction différemment. (Richard)

Les neurosciences, qui tentent de retracer une signature neuronale de l'hypnose à l'aide d'appareils coûteux et sophistiqués, sont très prisées par les intervenants de l'hypnose, même si elles n'ont pas encore montré clairement une telle signature, pas plus que pour la conscience, d'ailleurs (Buser, 2005 ; Faymonville et al., 2005 ; Rainville, 2004 ; Vion-Dury et Mougin, 2018). Mais le fait que la science s'intéresse à l'hypnose est en soi une reconnaissance qui donne une légitimité à ces intervenants. En l'absence d'une théorie qui explique la globalité du phénomène hypnotique, l'intérêt de la science pour l'hypnose permet de la faire sortir du domaine ésotérique et la rend séduisante aux yeux de ceux qui souffrent.

Les intervenants adoptent une stratégie visant à prouver la valeur scientifique de l'hypnose et de leur pratique en saupoudrant le mot « scientifique » dans leurs explications et définitions de l'hypnose. Pour Charaudeau (2007), prouver est une activité cognitive qui sert à fonder la valeur du positionnement. Ainsi, dans leur discours, les intervenants parlent des recherches

sur la physiologie de l'hypnose, cela permet d'étayer leurs prises de position et donner au client la possibilité de juger de leur validité et d'y adhérer ou non.

Charaudeau (2007) explique que cette stratégie d'influence vise à satisfaire trois enjeux relationnels : un enjeu de légitimation, un enjeu de crédibilité et un enjeu de captation. L'enjeu de légitimation vise à déterminer la position d'autorité de l'intervenant. Généralement, la légitimité relève de l'identité sociale dans la mesure où elle est attribuée par la reconnaissance d'un statut social, octroyé en l'occurrence à l'intervenant par le législateur. L'enjeu de crédibilité vise à déterminer le degré de vérité des arguments de l'intervenant aux yeux de son client, de sorte que celui-ci puisse admettre que celui qui s'adresse à lui est crédible. Les intervenants font par ailleurs le pari que la science est crédible aux yeux de leurs clients. Enfin, l'enjeu de captation vise à faire entrer le client dans l'univers de discours de l'intervenant, lequel se demande : « Comment faire pour que l'autre adhère à ce que je dis ? ». Cet enjeu est en partie réalisé du fait même de la rencontre thérapeutique, puisque c'est le client qui va s'adresser au thérapeute dans le but de recevoir un service.

Les recherches en psychologie sociale ont montré le rôle de la crédibilité dans les relations de pouvoir. Dans nos sociétés fondées sur la science et la technique, le discours scientifique est une source puissante et valorisée de pouvoir (Renard et Roussiau, 2007). Selon le contexte, tous les types d'informations jugées crédibles sont susceptibles d'avoir une emprise sur les gens. Par contre, toute nouvelle façon de voir les choses qui ne rallie pas le sens commun est rapidement rejetée et oubliée (Jacobs et Campbell, 1961). La question se pose alors de savoir jusqu'à quel point un expert peut aller contre les idées communes et la volonté des gens ? Une étude de Falomir-Pichastor et Mugny (2004) révèle que les informations menaçant la liberté de penser et d'agir des individus, comme l'avis des experts sur les effets délétères du tabagisme, risquent d'être ignorées. Ne pas tenir compte du sens

commun et de la liberté des personnes risque alors de mettre en danger la crédibilité de l'intervenant.

La recherche de crédibilité explique peut-être le fait que les théories physiologiques de l'hypnose, en raison de leur caractère biomédical, apparaissent plus intéressantes aux yeux des intervenants que les théories psychosociales. Ils ont tous inscrit leur définition dans les théories physiologiques de l'hypnose en parlant d'état de conscience modifié. Cette définition comme état de conscience modifié figure d'ailleurs dans les études internationales précédemment citées sur les croyances et opinions sur l'hypnose. Il en va de même pour les écoles d'hypnose du Québec, qui adoptent la définition de l'Association américaine de psychologie (APA, 2016), pour laquelle l'hypnose est un état modifié de conscience.

Considérer l'hypnose comme un état physiologique l'assimile au modèle biomédical et permet à la recherche scientifique d'en prouver l'existence. Jean-Martin Charcot, qui est à l'origine de la théorie physiologique, considérait l'hypnose comme un état pathologique. Son apport majeur à l'histoire de l'hypnose a été de provoquer une véritable coupure épistémologique entre le magnétisme et son monde occulte et le noyau rationnel de l'hypnose, « coupure [...] qui précéda et prépara celle introduite par Freud, et d'où sortit la psychanalyse » (Méheust, 1999, p. 31). Comme nous l'avons vu, le débat a fait rage entre les tenants du grand hypnotisme de Charcot et ceux de la suggestion de Bernheim. Aujourd'hui, il semble que les théories psychosociales de l'hypnose n'aient plus la cote, en Amérique du Nord comme en Europe. Aucun participant de notre recherche n'a fait appel aux théories psychosociales pour expliquer sa pratique ou pour définir l'hypnose. Les théories psychosociales de l'hypnose insistent sur la relation particulière qui s'établit entre l'intervenant et son client, et sur le rôle des croyances, des attentes et des jeux de rôle pour expliquer les comportements observés lors de l'induction de l'hypnose.

La situation conflictuelle entre les sciences dites dures et les sciences humaines reflète bien ce qui se passe dans notre société. Par sa nature objective et rationnelle, le discours scientifique occupe une place spécifique et privilégiée. Ainsi, dans les milieux institutionnels, le paradigme biopsychosocial est la base explicative de la maladie mentale et les observateurs du milieu psychiatrique remarquent sur le terrain que la partie psychosociale du paradigme est plus ou moins occultée. L'aspect psychosocial des interventions thérapeutiques proposées en psychiatrie ne sert qu'à permettre ou faciliter le traitement pharmacologique (Borgeat et Stravynski, 1985; Dutrénit, 1977; Gauthier, 2009). Le désengagement à l'égard des sciences humaines et sociales est aussi observé dans les universités occidentales, qui font état d'une baisse des inscriptions dans les facultés des sciences humaines (Mcmillan, 2016), et dans la recherche en sciences sociales aux États-Unis (Boyle, 2013) et en Europe (Nowotny, 2013).

6.5.3.1 Travail social et recherche de crédibilité scientifique

Le travail social recherche aussi à asseoir sa crédibilité face au discours dominant et la profession formulera un discours-pouvoir sur le modèle du discours-pouvoir dominant, et comme l'explique Charaudeau (2007) afin d'être compris et reconnu et aussi afin d'avoir un maximum d'impact. Comme nous l'avons vu dans la première partie de la thèse, le travail social est initialement associé au clergé et a évolué à partir de l'action charitable. En raison de son caractère insaisissable, le travail social est souvent taxé d'inconsistance (Crognier, 2012) et depuis les années 1960 la question de la scintification a pris de l'ampleur étant donné le désir d'intégrer le système professionnel et de s'éloigner définitivement du cadre vertueux et de la confessionnalisation. Paradoxalement, cette quête de reconnaissance scientifique a rencontré une certaine résistance de la part des intervenants (Groulx, 1987). Aujourd'hui les travailleurs sociaux œuvrent dans des institutions où le paradigme biomédical occupe une place importante en outre ils font face au désintérêt de la communauté

scientifique pour l'objet relation et le fait social (Chouinard, 2016) il est donc de l'intérêt de la profession d'adopter un discours crédible qui se fonde sur la science et les données probantes.

6.5.4 Le discours de peur sur les dangers de l'hypnose

Notre analyse a identifié certaines ambiguïtés dans le discours sur l'hypnose des intervenants, dont une liée à la sécurité de la technique. D'une part, les intervenants définissent l'hypnose comme un état naturel semblable à une relaxation. Elle apparaît alors comme une pratique anodine et sans danger. Les intervenants assurent que, sous hypnose, nous conservons notre libre arbitre et, pour le prouver, ils évoquent des clients qui sont inopinément sortis d'hypnose après avoir entendu un mot ou une suggestion qui ne correspondait pas à leurs attentes ou qui froissait leur égo :

Ça va arriver que quelqu'un va réagir, même ne serait-ce qu'à un mot qui est non directif, puis qui pourrait être attaché à tout un paquet de choses, tu sais, qui va la faire sortir de la transe, réagir. [...] Une personne peut sortir de l'état d'hypnose soudainement, tu sais, pour n'importe quelle raison. (Adrien)

Le fascinateur Mesmer présente l'hypnose comme une technique accessible à tous qui peut se révéler utile dans le traitement de certaines affections. Mais d'autre part, en évoquant la peur de certaines vedettes qui craignent de retomber sous son emprise (Dubé, 2012), il laisse entendre qu'il possède réellement un pouvoir. Nous avons aussi souligné la bataille de Gilles La Tourette au XIXe siècle contre les hypnotiseurs et l'appel des médecins au monopole médical de l'hypnose en mettant en garde contre les dangers potentiels des pratiques hypnotiques. Le débat s'est transporté jusqu'à aujourd'hui avec les mises en garde des psychologues.

À propos de l'utilisation inappropriée et choquante de l'hypnose par les hypnotiseurs de rue et de music-hall et avec parfois la complicité naïve des sujets victimes de cette

manipulation, nous pouvons dire qu'il se crée une relation perverse, qui pourrait être préjudiciable à la personne qui se prête au jeu du manipulateur.⁶²»

Ces discours entretiennent le doute sur la nature de l'hypnose. Le pouvoir accordé à l'hypnose et/ou à l'hypnotiste et les risques d'abus ne sont donc jamais totalement écartés et laissent la population dans l'incertitude. La conséquence de cette ambiguïté est de renforcer l'ancrage de sa représentation dans le thème profane/initié : le détenteur d'une technique puissante ne peut la laisser aux mains des profanes (Negura *et al.*, 2019). Ces mises en garde et ce tiraillement à propos de l'hypnose existaient déjà au XIX^e siècle parmi les médecins hypnotistes. Dès cette époque, Jean-Martin Charcot et Gilles de la Tourette avertissaient des dangers des pratiques hypnotiques et en appelaient au monopole médical sur l'hypnose.

Jodelet (2011) s'est intéressée à la peur et à son effet sur les dynamiques sociales. Pour l'auteure, le concept peut s'appliquer aux personnes ou à la collectivité. Sur le plan individuel, il englobe des manifestations comme « l'angoisse, la crainte et l'effroi » et, au-delà, « la panique et l'épouvante ». La peur surgit dans des situations où l'intégrité physique et/ou psychologique est menacée, ou dans le cas de « périls indirects comme la mort de personnes connues, le surnaturel, l'action de forces extérieures » (*Ibid.*, p. 240). Cette émotion perturbe la réflexion et le raisonnement et entraîne « une activité de production de sens » (*Ibid.*, p. 241) qui permet l'adaptation de l'individu. « Les individus perdant leur cadre de pensée [...] auraient alors tendance à se soumettre à des leaders qui offrent des lignes directrices simples et autoritaires » (*Ibid.*, p.245). Cet éclairage sur les conséquences des discours alarmistes et anxiogènes fait dire à Chomsky et Herman (2008) que les informations en circulation dans les médias et les discours chargés de termes qui stimulent la peur

⁶² Yves Halfon, psychologue, vice-président de la Confédération d'Hypnose et de Thérapie Brève juillet 2013, www.medicines-douces.tv/Hypnose-de-Rue-Le-Scandale-a1138.html, consulté le 20 avril 2015

servent les intérêts des élites politiques et économiques. Comme nous l'avons vu, les experts de l'hypnose et de la psychologie semblent aussi y trouver un avantage.

Les scientifiques qui ont étudié l'hypnose contribuent aussi à son mystère et à l'image de sa puissance. Par exemple, pour décrire les phénomènes neuropsychologiques qui surviennent lors de la plongée en hypnose, ils emploient des termes comme « lévitation », « catalepsie », « hallucination positive ou négative ». Ces termes figurent aussi dans la description de certains désordres mentaux comme la schizophrénie et la psychose, ou des états de transe des mystiques (Boufflet, 2006).

6.5.4.1 Travail social et discours de peur

Le discours alarmiste n'est pas l'apanage des experts de l'hypnose. En 2013, au Québec, pour faire suite à l'adoption de la loi 21 encadrant la pratique de la psychothérapie et l'usage du titre de psychothérapeute, l'Ordre des psychologues a mené auprès du public une campagne de sensibilisation intitulée « Ne laissez pas n'importe qui entrer dans votre tête ». Cette campagne soulignait les dangers de se confier à un individu plein de bonnes intentions et qui pouvait, par inadvertance ou par ignorance, causer des dommages. La peur de se faire jouer dans la tête par un « psy » incompetent est bien ancrée dans la société québécoise et ressort des témoignages des intervenants de l'hypnose. Les mises en garde de l'Ordre des psychologues ont probablement renforcé les craintes de la population envers l'hypnose. Il y a quelques années Robyn Dawes (1994) affirmait que les intervenants qui ne font pas partie d'un ordre professionnel sont aussi efficaces que les détenteurs de titre et de diplômes. Selon l'auteur l'octroi de licences offre une illusion de protection et dessert les intérêts économiques des professionnels.

Les travailleurs sociaux n'ont pas un discours de peur à servir à leur client probablement parce que leur profession ne possède pas d'actes réservés et que ces professionnels n'ont

pas à se battre pour en conserver l'exclusivité. Par contre, comme nous l'avons vu à la section 5.2.2.1, certaines croyances à propos de la distance et de la réserve et du fait que les professionnels sont en possession de connaissances de techniques uniques qui pourraient être déviés à d'autres fins (Gambrill, 2012) laissent planer de potentielles dérives.

6.6 REMARQUES ET PISTES DE RÉFLEXION

C'est avec une pensée toute spéciale pour les étudiants en travail social que nous terminons ce chapitre.

Au terme de cette discussion, nous avons fait ressortir l'effet des éléments représentationnels sur les attitudes, les paradoxes et les ambivalences des intervenants (hypnothérapeutes et travailleurs sociaux) face au pouvoir. À partir de notre affirmation des éléments communs ou proches entre hypnose ericksonienne et travail social, nous avons démontré la possibilité de transposer nos résultats à la sphère du travail social. L'analyse nous a fait réaliser à quel point la dynamique de pouvoir et les représentations ne peuvent être circonscrites à une profession. Nous avons choisi d'interroger les hypnothérapeutes en raison de leur facilité à vanter la puissance de leur technique et à utiliser leur influence pour aider et soigner. Ces préconceptions nous incitaient à penser que les hypnothérapeutes avaient une appréhension positive du mot « pouvoir », mais, au terme de notre analyse, nous constatons que les hypnothérapeutes professionnels et non professionnels partagent la même réserve face à ce mot. Comme nous l'avons souligné, le pouvoir est mal vu à cause du mauvais usage qui en est souvent fait, et des images de répression et d'abus qui affleurent rapidement à la conscience. La répulsion envers le pouvoir ne peut qu'engendrer la méfiance et même le déni, et les hypnothérapeutes n'échappent pas à cette logique.

Nous avons assigné comme objectif à notre recherche l'enrichissement et la compréhension de l'expérience du pouvoir ainsi que l'émergence et l'utilisation d'une représentation positive du pouvoir parmi les travailleurs sociaux. La pertinence de notre recherche s'appuyait sur l'observation par Landry (2007) d'une mauvaise utilisation du concept par les intervenants lorsque, par exemple, ils prétendent perdre, transférer et/ou redonner du pouvoir. Dans cette optique, les réactions du client lors de l'intervention sont interprétées comme de la résistance et/ou de la stagnation et une absence de collaboration, et non comme une manière d'exercer son pouvoir pour défendre sa liberté et son identité, ou encore pour se protéger d'une forme d'abus. Tout se déroule alors comme s'il était demandé aux travailleurs sociaux de ne pas prendre en compte les positions hautes et basses (Watzlawick et *al.*, 1972) susceptibles de s'instaurer dans l'interaction, mais de les oblitérer et de les remplacer par une forme de collaboration où l'un est perçu comme détenteur de sagesse et l'autre, comme en quête de sagesse ou d'aide. Dans l'élaboration de nos objectifs de recherche nous avons aussi repris les conclusions de Boyle (2020), Harper (2020), Bundy-Fazioli, Quijano et Bubar (2014), Callanan (2018) et Wilkins (2011) quant à la nécessité pour les travailleurs sociaux de développer une compréhension positive du pouvoir qui, outre les considérations éthiques, leur permettrait de discuter librement des enjeux de pouvoir auxquels l'intervention et la profession sont confrontées. Notre discussion permet-elle de dégager pour les travailleurs sociaux une vision positive du pouvoir ?

6.6.1 Développer une posture de pouvoir affirmée

Notre travail descriptif a mené à quelques constats qui pouvaient sembler dévier de notre objectif, particulièrement lorsque nous avons présenté les jeux de pouvoir comme des stratégies permettant de maintenir la légitimité des positions de pouvoir. Nous nous proposons, dans les paragraphes suivants, de reprendre quelques éléments de la discussion

afin, cette fois, d'envisager une perception positive du pouvoir qui ne peut, selon nous, émerger que d'une position affirmée du travailleur social face au pouvoir.

Comme l'affirme Pratto (2016), qui distingue, dans sa définition du pouvoir, capacité à atteindre ses buts et possibilités d'action qui permettent de les atteindre, le pouvoir en soi n'est pas mauvais, nous en possédons tous et nous en avons tous besoin. Pour Foucault, le pouvoir relève de l'inconscient et échappe au consentement, il est insaisissable et inhérent aux interactions, il n'existe qu'en acte et se manifeste dans les actions d'un sujet agissant sur un autre sujet agissant. Tout le monde a la possibilité d'exercer un pouvoir en vue de satisfaire ses besoins. Mais les possibilités de chacun sont tributaires du contexte et reposent en quelque sorte sur la fatalité. Ainsi, Bourdieu a utilisé les concepts d'« habitus » et de « capital social » pour expliquer que nous ne choisissons pas notre lieu de naissance et que certains bénéficient d'un contexte plus favorable au développement de leur capacité d'agir. Mais il ne faut pas oublier le libre arbitre, qui fait en sorte que notre destinée n'est pas soumise à un pur déterminisme. Sinon, à quoi bon être travailleur social et, de surcroît, constructionniste ? Ainsi, les circonstances permettent d'acquérir de nombreuses positions d'influence par l'apprentissage et/ou l'expérience, tels les rôles formels (professionnels de l'aide et du soin) ou informels (mentor, guide, professeur, parent, etc.). Comme nous l'avons montré, les travailleurs sociaux sont en position de pouvoir du fait de la nature de leur poste et des environnements structurels dans lesquels ils évoluent. Cette situation implique des formes d'influence importantes pour le développement de la communauté et elle est déterminée par des idéologies qui font consensus dans la société. Nous avons vu que les motivations qui poussent les intervenants à venir en aide, à changer la société ou encore à permettre l'intégration des plus faibles sont louables et contribuent à l'ordre de la société. C'est la mission des parents, des professeurs et des professionnels, tels les travailleurs sociaux, qui œuvrent auprès des personnes et des familles. Les résultats l'attestent, ces motivations rencontrent celles du client qui s'engage dans un processus de changement ou

de résolution de problème en faisant appel à un expert qu'il juge en mesure d'apporter l'aide et le soutien nécessaires. Comme l'explique Erickson, l'intervenant conscient de sa légitimité d'expert est susceptible de conférer à l'autre la légitimité d'expert de sa vie et de sa destinée, et ainsi de favoriser l'actualisation du concept d'empowerment et de la représentation du pouvoir-ressource.

Nous avons montré que la dynamique de pouvoir sous-tend une véritable quête de légitimité par les acteurs de l'intervention. Cette dimension s'est révélée centrale dans notre recherche, car la légitimité est une condition sine qua non de l'exercice du pouvoir. Les résultats le montrent, les réactions émotionnelles suscitées par la reconfiguration des positions de pouvoir permettent d'interpréter la légitimité non comme un fait objectif, mais comme un sentiment, celui de se sentir ou non légitime. En fait, le sentiment d'illégitimité se déploie dans l'espace intersubjectif et peut être pensé comme absence de reconnaissance. Cette dernière réflexion ouvre une avenue à de futures recherches sur la légitimité. Ainsi nous pouvons reconsidérer la dynamique au sein de l'intervention non pas comme un transfert de pouvoir, mais de légitimité. À partir de sa position d'autorité, l'intervenant autorise, rend légitime l'exercice du pouvoir par le client.

6.6.2 Implications pour la formation des travailleurs sociaux

Bunzy-Fazioly et ses collaborateurs (2013) ont fait remarquer que les cursus en travail social envisagent le partage du pouvoir entre les acteurs de l'intervention comme une manière réaliste de concevoir les interactions au sein de l'intervention. Il ne semble pas y avoir de leur part d'engagement en faveur d'une réflexion approfondie sur la dynamique et les relations de pouvoir qui permettrait de démystifier l'exercice du pouvoir. Pour que les étudiants conçoivent le pouvoir et le statut professionnel de manière plus positive, ils pourraient être invités à effectuer une analyse critique des différentes théories et définitions du pouvoir en

les rapportant à des contextes d'intervention. Une autre avenue est d'aborder le pouvoir de la même manière que dans cette recherche. Comme nous l'avons montré, le pouvoir est là, dans l'interaction, mais il est décrié et la discussion à son sujet est difficile à mener.

Au lieu de contester le pouvoir de l'intervenant, nous proposons de réfléchir à la posture qu'il adopte en tant qu'intervenant privilégié. Comme l'explique Paul (2012), « la posture [...] désigne une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude "de corps et d'esprit" » (*Ibid.*, p. 15). Nous préconisons dans ce cadre l'adoption par l'intervenant d'une approche heuristique. En accord avec sa position d'expert, il manifeste ainsi une curiosité sincère à l'endroit de l'autre. Il laisse de côté ses aprioris, ce qu'il sait et croit savoir au sujet de l'autre et de sa destinée :

La compétence du professionnel ne consiste plus à énoncer des compréhensions, des explications, des interprétations, mais à s'ouvrir aux savoirs et vérités construits par les échanges et les dialogues, en situation [...], car, lorsque les certitudes dominent, elles rétrécissent et limitent les possibilités (*Ibid.*, p. 16).

Cette réflexion peut mettre à profit le recul qu'offrent la perspective constructionniste et la théorie des représentations sociales pour s'interroger sur la vérité, la connaissance et la rationalité. Un regard critique doit être posé sur l'origine historique de constructions comme la moralisation, la catégorisation et la frontière entre normal et pathologique, la responsabilisation, l'autodétermination, l'impartialité et la neutralité des acteurs, ainsi que l'impact des descriptions et interprétations des comportements et du discours du client sur l'espace de légitimité qu'elles lui ouvrent.

Puisque la question du pouvoir est difficile à aborder avec les intervenants, nous estimons qu'il ne faut pas compter sur les stages supervisés pour envisager les questions de posture, de pouvoir, d'identité professionnelle et de savoir-être. Ces questions doivent être abordées dans le cursus régulier, par exemple en approfondissant la dimension intervention par la création d'une maîtrise clinique en travail social et l'implantation de cliniques de travail social

à l'université, ce qui favoriserait le développement de l'expertise et de la pratique autonome qui, nous l'avons vu, est une tendance qui s'affirme. Par ailleurs, les étudiants en travail social sont voués à devenir des professionnels de l'aide dans une société diverse et complexe, où l'aspect biomédical est prédominant. Ils ont donc besoin de développer une compréhension approfondie à la fois d'eux-mêmes (savoir-être) et du discours médical afin de pouvoir communiquer efficacement.

Comme nous l'avons vu, les représentations sociales se propagent à travers les médias et sont impliquées dans l'élaboration de l'identité professionnelle. Les milieux de formation, l'ordre professionnel, les associations et fédérations d'écoles et de travailleurs sociaux devraient participer à la promotion de la profession et des formes d'intervention en travail social autres que la psychothérapie.

Grâce à la recherche, des lignes directrices peuvent être formulées et enseignées aux travailleurs sociaux sur la façon appropriée de gérer le pouvoir. En outre, le pouvoir peut être conceptualisé de manière plus positive en tant que composante de la relation thérapeutique. Par exemple, la recherche en travail social fournit beaucoup d'informations sur les personnes que nous cherchons à aider, mais peu sur la prestation de ce service. Une place plus grande devrait être accordée aux pratiques et approches d'intervention individuelles qui préconisent l'articulation du constructionnisme social, de la théorie des représentations sociales et de la vision ericksonienne de la posture de l'intervenant et de l'utilisation de l'influence.

6.7 CONCLUSION

Ce chapitre a permis de dégager et de discuter trois représentations du pouvoir. La première concerne le réservoir de ressources détenu par chaque individu. Perspective qui confère au

pouvoir un caractère constitutif étant donné que tous ont accès à ce potentiel. La deuxième conception présentée concernait le pouvoir substance. Elle rappelle le pouvoir royal et les positions figées des acteurs du pouvoir. La troisième relate la recherche d'égalité entre les individus. Elle est considérée par certains comme une utopie, car les intervenants et les clients ne possèdent pas les mêmes moyens ni les mêmes compétences.

La discussion a aussi présenté la légitimation comme un élément essentiel de la dynamique de pouvoir. Cette recherche de légitimité se déroule aux niveaux intrasubjectif, intersubjectif et transsubjectif. C'est à travers des jeux de pouvoir ou des micros stratégies mises en place par les intervenants que cette recherche de légitimité s'actualise. Quatre stratégies sont ressorties des analyses. Les jeux de langage et la fabrication de sens permettent aux hypnothérapeutes de décrire et de définir les comportements de leur client. Le discours légitimé des intervenants qui fait foi de vérité est comparé à la puissance de la catégorisation et au mécanisme d'ancrage décrit par Moscovici. La spectacularisation qui est en soi une caricature, une simplification de la réalité qui peut être comparée au mécanisme d'objectivation des représentations sociales. L'emploi du discours scientifique est aussi une stratégie de maintien de la position d'expert tout comme le discours de mise en garde contre les dérives possibles de l'intervenant non légitimé.

Après avoir constaté des préventions à l'encontre de la notion et même du terme de « pouvoir », non seulement parmi les travailleurs sociaux, mais aussi parmi les hypnothérapeutes, notre recherche s'est orientée vers la compréhension de la représentation plus positive du pouvoir. Les travailleurs sociaux peuvent prendre en compte la présence du pouvoir et ainsi mieux comprendre ses mécanismes. Afin de stimuler cette réflexion et de lui donner des balises, notre enquête propose de déplacer quelque peu les termes du débat, de la dynamique du pouvoir vers la quête de légitimité qu'elle sous-tend. Quand ses motivations rencontrent celles du client, l'intervenant est en mesure de lui renvoyer la légitimité qui lui est

ainsi conférée. En d'autres mots, l'intervenant conscient de sa légitimité d'expert peut la transférer à son client et le légitimer en tant qu'expert de sa vie. Nous avons enfin esquissé quelques avenues pour intégrer cette vision démystifiée et positive du pouvoir dans la formation des étudiants en travail social, en mettant à profit le recul critique qu'offrent le constructionnisme et la théorie des représentations sociales pour promouvoir une approche heuristique qui assume de manière éclairée la dynamique de pouvoir au sein de l'intervention.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le discours des hypnothérapeutes, par la richesse des idées exprimées, s'est révélé pertinent à l'exploration des thèmes qui ont permis une lecture originale des relations de pouvoir et de sa représentation. Nous avons aussi constaté que les intervenants rencontrés sont, comme membres de notre société, imprégnés des discours et des idéologies qui y circulent. Il ne pourrait d'ailleurs en être autrement, personne n'étant immunisé contre l'influence de ce qui circule dans le groupe. Ils sont aussi ballottés par les jeux d'influence entre les différentes disciplines de l'intervention, chacune se prévalant de l'autorité scientifique.

Les apports de notre thèse se divisent en trois volets. D'abord, une étude détaillée du travail social contemporain et du contexte socio historique qui a présidé à sa professionnalisation, ensuite, une mise en évidence de l'aspect pragmatique des représentations sociales sur la légitimation des discours et des comportements en situation d'intervention ; et finalement, une compréhension originale du concept de pouvoir individuel qui s'écarte de la perspective d'influence et de contrôle sur la pensée, les sentiments et les comportements des autres.

Nous avons aussi fait ressortir l'implication des représentations dans la résolution des dissonances de l'intervenant et du client, le premier face à l'usage du pouvoir, et le deuxième face à la perte momentanée de volonté afin de quérir de l'aide. Nous avons souligné l'importance de l'expérience vécue et des émotions positives, non seulement sur les représentations sociales de l'hypnose et du travail social, mais aussi sur les convictions et l'attitude de l'intervenant à l'égard d'une approche ou d'une profession.

Notre thèse a mis en évidence l'importance des représentations sociales et de leurs rôles non seulement dans l'intervention, mais sur la dynamique de pouvoir qui anime les acteurs de l'intervention. Nous avons pu observer et interpréter l'intervention comme une mise en scène, où se déroulent des jeux de pouvoir entre intervenant et client, une dialectique qui s'articule autour de mots, de représentations, de définitions et de catégorisations des comportements. Par le biais des représentations sociales, le discours véhicule des significations qui permettent l'exercice du pouvoir et les représentations sociales impliquées dans la légitimation des pratiques et des acteurs leur confèrent des effets de pouvoir. L'observation attentive des représentations des intervenants nous a permis de conclure que le pouvoir est au cœur de l'intervention. Nous avons aussi vu que l'exercice du pouvoir avait pour condition la légitimité. À travers nos résultats, nous avons mis en évidence plusieurs niveaux de légitimité nécessaires à l'intervention. Il est apparu que les intervenants font des efforts constants pour maintenir cette légitimité. À cet effet quatre jeux de pouvoir : effet de langage, spectacularisation, la recherche de crédibilité scientifique et le discours de peur ont été repérés dans les discours des hypnothérapeutes. Il s'avère que ces stratégies permettent de soutenir la crédibilité des intervenants face aux clients. Un parallèle a pu être établi avec les travailleurs sociaux en considérant la littérature scientifique et notre expérience de travailleur social.

La recherche de légitimité est menée à plusieurs niveaux d'interactions : face à la société, face au client et face à soi-même. Ces trois niveaux sont imbriqués de manière inextricable. Comme nous l'avons vu, l'intervenant doit se montrer très habile et faire preuve de finesse dans la mise en place de stratégies visant à conserver sa légitimité. Par ailleurs, comme le client est en déficit de pouvoir en raison de ses difficultés et de sa souffrance, il est lui aussi en quête de la légitimité qui lui permettra d'exercer à nouveau son pouvoir dans le but d'atteindre ses objectifs. On assiste ici à une véritable quête de légitimité entre les acteurs de

l'intervention. Cette prospection est apparue comme un élément central de notre recherche, car la légitimité est une condition *sine qua non* de l'exercice du pouvoir. Comme le montrent les résultats, les réactions émotives que la reconfiguration des positions de pouvoir occasionne permettent d'interpréter la légitimité non comme un fait objectif, mais comme un sentiment, celui de se sentir ou non légitime. En fait, le sentiment de ne pas être légitime s'inscrit dans l'espace intersubjectif et pourrait être pensé dans les termes d'une absence de reconnaissance, celle qui, par exemple, ne permet pas à l'intervenant en perte de légitimité de se rapporter positivement à lui-même. Cette dernière réflexion ouvre une avenue à de futures recherches sur la légitimité.

Une autre contribution de cette recherche est, à l'instar de Landry (2007) et de Pratto (2016), d'apporter des précisions au concept de pouvoir. Comme nous l'avons vu, celui-ci est généralement compris comme une substance qu'il est possible d'échanger, de donner ou de redonner. En fait, le pouvoir est inhérent aux interactions et son exercice est réservé à un espace où la légitimité est accordée aux personnes pour qu'elles exercent *leur* pouvoir et non *le* pouvoir en tant que tel. Nous avons souligné qu'une acception positive du pouvoir doit s'appuyer sur une position affirmée des travailleurs sociaux quant à leur légitimité d'exercer leur pouvoir. Quelques propositions ont été formulées quant à la formation en travail social qui selon nous permettrait le développement d'une acception positive du pouvoir.

Malgré certaines limites, nous considérons que notre thèse peut servir de point de départ pour alimenter et élargir les discussions sur le pouvoir, la légitimité et l'intervention. Aussi, s'ouvrent plusieurs pistes d'interrogation et de réflexion sur les représentations sociales des personnes souffrantes et des responsables institutionnels qui mettent en œuvre des pratiques thérapeutiques. Il serait par ailleurs intéressant d'explorer les méandres de l'intervention et de ce qui s'y joue en termes d'implication émotive et d'établissement ou de

rétablissement du lien social, et aussi de rechercher l'incidence de ces composantes psychologiques et sociales sur le bien-être des personnes faisant l'objet d'une intervention.

Nous souhaitons, en terminant, avoir instillé en vous la curiosité ou même l'intérêt pour l'intervention, le travail social, la théorie des représentations sociales et l'hypnose.

BIBLIOGRAPHIE

- Aballéa, F. (1996). «Crise du travail social, malaise des travailleurs sociaux». *Recherches et prévention*, vol. 44, no 1, p. 11-22.
- Aballéa, F. (2000). «Travail social et intervention sociale : de la catégorisation à l'identité». *Recherches et prévisions*, vol. 62, p. 71-81.
- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Labour*. Chicago, IL.: The University of Chicago Press.
- Abric, J.-C. (1989). «L'étude expérimentale des représentations sociales». In *Les représentations sociales*, D. Jodelet (dir.), p. 205-223. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Abric, J.-C. (1993). «Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representation». *Papers on Social Representations*, vol. 2, no 2, p. 75-78.
- Abric, J.-C. (1994). «Les représentations sociales: aspects théoriques». In *Pratiques sociales et représentations*, J.-C. Abric (dir.), p. 11-36. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Abric, J.-C. (2003a). «La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales». In *Méthodes d'études des représentations sociales*, J.-C. Abric (dir.), p. 59-80. Ramonville-Saint-Agne: Érès.
- Abric, J.-C. (2003b). «Pratiques sociales et représentations sociales». In *Pratiques sociales et représentations*, J.-C. Abric (dir.), p. 217-252. Paris: Presses universitaires de France.
- Adler, R. B., et R. F. Proctor. (2015). *Communication et interaction*, 3e édition. Montréal: Modulo.
- Aebischer, V. (1983). «Le pouvoir du mot». *Langage et société*, no 25, p. 75-85.
- Aïm, P. (2019). «Communication thérapeutique et hypnose». *Santé mentale*, vol. Juin, no 239, p. 30-37.
- Aïm, P., et J.-P. Kahn. (2012). «Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté». *L'information psychiatrique*, vol. 88, no 9, p. 711-719.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago IL: Dorsey.
- Ajzen, I. (2015). «The theory of planned behaviour is alive and well, and not ready to retire: a commentary on Sniehotta, Presseau, and Araújo-Soares». *Health Psychology Review*, vol. 9, p. 131-137.
- Akoun, A., et P. Ansart. (1999). *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Le Robert/Seuil.
- Alary, J. (1999). «Quelques enjeux de la pratique et de la formation en service social». *Intervention*, vol. 110, no octobre, p. 13.
- Allard-Gaudreau, N., et M. Lalancette. (2018). «L'induction au service d'une étude des représentations sociales du leadership féminin : de la problématisation à l'interprétation des données». *Approches inductives*, vol. 5, no 1, p. 177-204.
- Allegri, E. (2014). «Des voleurs d'enfants ? Une recherche sur les représentations de l'assistante sociale dans les médias». *Vie sociale*, vol. 5, no 1, p. 163-183.
- Allport, G. W. (1947). «The genius of kurt lewin». *Journal of personality*, vol. 16, no 1, p. 1-10.
- Amadou, R. (1971). *Franz A. Mesmer, Le magnétisme animal, textes présentés par Robert Amadou*. Paris: Payot.
- Amundson, J., et K. Stewart. (1993). «Temptations of power and certainty». *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 19, no 2, p. 111-123.

- Anderson, C., et J. Berdahl. (2002). «The experience of power : examining the effects of power on approach and inhibition tendencies». *Journal of personality and social psychology*, vol. 83, no 6, p. 1362-1377.
- Anderson, H. (2001). «Postmodern collaborative and person-centered therapies : what would Carl Rogers say?». *Journal of family therapy*, vol. 23, no 4, p. 339-360.
- Antonin, C. (2013). «Après le choc pétrolier d'octobre 1973, l'économie mondiale à l'épreuve du pétrole cher». *Revue internationale et stratégique*, vol. 91, no 3, p. 139-149.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing.
- APA. (2016). «Definition and Description of Hypnosis». APA Division 30: Society of Psychological Hypnosis. En ligne. <<http://www.apadivisions.org/division-30/about/index.aspx>>.
- Apostolidis, T., et L. Dany. (2012). «Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales». *Psychologie française*, vol. 57, p. 67-81.
- Ardiet, G. (2018). «Les pratiques alternatives et complémentaires en Centre d'hébergement de soins de longue durée et le travail social». *Intervention*, no 147, p. 93-105.
- Arendt, H. (1972). *Du mensonge à la violence: essais de politique contemporaine*. Paris: Calmann-Lévy.
- Aron, R. (1964). «Macht, Power, Puissance: prose démocratique ou poésie démoniaque?». *Archives européennes de Sémiologie*, vol. V, p. 27-33.
- As, A., R. O'hara et M. P. Munger. (1962). «The measurement of subjective experiences presumably related to hypnotic susceptibility». *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 3, p. 47-64.
- Avenel, C., et M. Duvoux. (2020). «Le travail social entre pouvoir et impuissance. Appel à contribution». *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, p. 1-16.
- Bachelor, A. (2011). «Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome». *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 20, no 2, p. 118-135.
- Bachrach, P., et M. S. Baratz. (1963). «Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework». *American Political Science Review*, vol. 57, p. 632-642.
- Baker, L., E. Egan-Lee, M. A. Martimianakis et S. Scott Reeves. (2011). «Relationships of power: implications for interprofessional education». *Journal of Interprofessional Care*, vol. 25, p. 98-104.
- Balahoczky, M. (2003). «Images du grand âge : impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement». In *Le grand âge un défi pour l'individu et la société. Débat no.1*, Fondation Prosenectute (dir.), p. 13-17. Villars-sur-Glâne, Suisse: ProSenectute.
- Balay, M. (2019). «Co-construction de l'autorité dans des séances d'hypnose de rue : Une approche constitutive de la communication». Montréal, Maîtrise, Communication, Université de Montréal.
- Balkow, M., et T. Lillis. (2019). *Social Work Writing and Bureaucracy. A Tale in Two Voices*. <https://citizen-network.org/>: Citizen network.
- Ballinger, L. (2017). «Feminist therapy». In *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy 4th edition*, C. Feltham, T. Hanley et L. A. Winter (dir.), p. 1029-1037. Los Angeles: Sage.
- Banks, S. (2012). *Ethics and Values in Social Work*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
- Bar-On, A. (2002). «Restoring power to Social Work Practice». *British Journal of Social Work*, vol. 32, p. 997-1014.
- Barabasz, A. F., et M. Barabasz. (2015). «The New APA Definition of Hypnosis: Spontaneous Hypnosis MIA». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 57, p. 459-463.

- Barber, J. (2004). «Hypnotic analgesia : mechanism of action and clinical approaches». In *Psychological Methods of Pain Control : Basic Science and Clinical Approach, Progress in Pain and Research Management*, D. D. Price et M. C. Bushnell (dir.), p. 269-300. Seattle: IASP Press.
- Barber, T. (1964). «Hypnotizability, suggestibility, and personality: V. A critical review of research findings». *Psychological Reports*, vol. 14, no 13, p. 299-320.
- Barber, T. X. (1970). «Suggested ("hypnotic") behavior: The trance paradigm versus an alternate paradigm. Chap. 5». In *Hypnosis: research development and perspectives*, E. Fromm et R. Shor (dir.). New York: Aldine-Atherton.
- Barling, N., R., et D. De Lucchi, A. G. (2004). «Knowledge, attitudes, and beliefs about clinical hypnosis». *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, vol. 32, no 1, p. 36-52.
- Barnes, J., C. Y. Dong, H. Mcrobbie, N. Walker, M. Mehta et L. F. Stead. (2010). «Hypnotherapy for smoking cessation». *Cochrane database systematic review*, vol. 6 octobre, no 10 : CD001008.
- Barnier, A. J., et M. Nash. (2008). «Introduction: a roadmap for explanation, a working definition». In *The Oxford Handbook of Hypnosis. Theory, Research and Practice*, M. Nash et A. J. Barnier (dir.), p. 1-18. Oxford: Oxford University Press.
- Barrineau, P., et J. D. Bozarth. (1989). «A person-centered research model». *Person-Centered Review*, vol. 4, p. 465-474.
- Bataille, M. (2000). «Représentation, implicitation, implication ; des représentations sociales aux représentations professionnelles». In *Les Représentations en éducation et formation*, C. Garnier et M.-L. Rouquette (dir.), p. 165-189. Montréal: Éditions nouvelles.
- Bataille, M., J.-F. Blin, C. Jacquet-Mias et A. Piasser. (1997). «Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles». In *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, Association Francophone Internationale De Recherche Scientifique En Éducation (dir.). Paris: Presses universitaires de France.
- Bates, Y. (2006). *Shouldn't I be feeling better by now: Clients views of psychotherapy*. Coll. «Changes». New York: Palgrave Macmillan.
- Belcher, J. R., et C. Tice. (2013). «Power and Social Work: A Change in Direction». *Journal of Progressive Human Services*, vol. 24, no 1, p. 81-93.
- Benhaïem, J.-M., et F. Roustang. (2012). *L'hypnose ou les portes de la guérison*. Paris: Odile Jacob.
- Bernheim, H. (1911). *De la suggestion*. Paris: Albin Michel.
- Berthiaume, J. F. (2009). «Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier». *Intervention*, vol. 131, p. 89-97.
- Besson, C., et J. Guay. (2000). *Profession travailleur social. Savoir évaluer, oser s'impliquer*. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Betbèze, J. (2016). «Thérapies brèves et hypnose dans les troubles du comportement alimentaire». In *Interventions et Thérapies Brèves : 10 Stratégies Concrètes. Crises et Opportunités. 2e Édition*, Y. Doutrelugne, O. Cottencin, J. Betbèze, L. Isebaert et D. Megglé (dir.). Paris: Elsevier Masson.
- Bierstedt, R. (1950). «An Analysis of Social Power». *American Sociological Review*, vol. 15, no 6, p. 730-738.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité de travail social*. Rennes: Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP).
- Bioy, A. (2008). «Sigmund Freud et l'hypnose: une histoire complexe». *Perspectives Psy*, vol. 47, no 2, p. 171-174.

- Bioy, A. (2011). «L'oubli de la dimension relationnelle en hypnose : quelles incidences?». In *L'alliance thérapeutique. Fondements. Mise en œuvre*, É. Collot (dir.), p. 17-34. Paris: Dunod.
- Bioy, A., et P.-H. Keller. (2009). *Hypnose clinique et principe d'analogie. Fondements d'une pratique psychothérapeutique*. Bruxelles: Éditions de Boeck.
- Blanchet, L., M.-C. Laurendeau, D. Paul et J.-F. Saucier. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bloch, M. (1983). *Les rois thaumaturges. Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre*. Paris: Gallimard.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism perspective and method*. Englewood Cliffs N.J: Prentice-Hall.
- Bohart, A. C., et A. Greaves Wade. (2013). «The Client in Psychotherapy». In *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 6e ed., M. J. M. J. Lambert (dir.), p. 219-257. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Boily, D., et D. Gentile. (2020). «De plus en plus de travailleurs sociaux dans les autopatrouilles». *La Presse*, vol. 12 novembre. En ligne. <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1748936/travail-social-police-longueuil-saint-eustache-patrouille>>.
- Boily, P.-Y. (2014). «Les paradoxes du Travail social en regard de la théorie de la complexité. Comment recréer le travail social au-delà de ses aberrations». Québec, Doctorat, Service social, Université Laval.
- Bontoux, D., D. Couturier et C.-J. Menkès (2013). *Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi -leur place parmi les ressources de soin*. Paris, Académie nationale de médecine
- Bonvin, É. (2012). «L'hypnose thérapeutique – un art relationnel jouant de l'attention dans l'intention de soigner». *Swiss archives of neurology and psychiatry*, vol. 163, no 8, p. 286-292.
- Bordin, E. S. (1994). «Theory and research on the therapeutic working alliance : New directions». In *The Working Alliance : Theory, Research, and Practise*, A. O. Horvath et L. S. Greenberg (dir.), p. 13-37. New York: Wiley & Sons.
- Borgeat, F., et A. Stravynski. (1985). «Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie». *Santé mentale au Québec*, vol. 10, no 1, p. 75-80.
- Bosc, A. (2013). «Représentations sociales de l'hypnose chez les patients de médecine générale n'ayant jamais eu recours à l'hypnose». Doctorat, Paris, Faculté de médecine, Université Paris XI.
- Bouchard, C. (2012). «Recension : Méthodologie de l'intervention sociale personnelle». *Reflets*, vol. 18, no 1, p. 223-228.
- Boufflet, J. (2006). *La Lévitiation chez les mystiques*. Paris: Le Jardin des Livres.
- Bourbeau, A. (2009). «La réorganisation de l'assistance chez les catholiques montréalais : la fédération des œuvres de charité canadiennes-françaises et la federation of catholic charities, 1930-1972». Montréal, Histoire, Université du Québec à Montréal.
- Bourdieu, P. (1977). «L'économie des échanges linguistiques». *Langue française*, no 34, p. 17-34.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de minuit.
- Bourdieu, P. (1986). *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.
- Bourdieu, P., et L. Boltanski. (1976). «La production de l'idéologie dominante». *Acte de la recherche sociale*, vol. 2, no 2-3, p. 3-73.

- Bourdieu, P., et J.-C. Passeron. (1970). *La reproduction. Les fonctions du système d'enseignement*. Paris: Minuit.
- Bourgeault, G. (2003). «L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ?». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2, p. 92-105.
- Bourgon, M. (1987). «L'approche féministe en termes de rapports sociaux ou l'art de survivre sur la corde raide en talons hauts! ». *Service social*, vol. 36, no 2, p. 248-273.
- Bourgon, M. (2007). «L'intervention individuelle en travail social». In *Introduction au travail social. 2e édition*, J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (dir.), p. 121-142. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Bourque, D. (2009). «Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec». In *Colloque européen (CEFUTS). Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires* (Toulouse, Université de Toulouse).
- Boutanquoi, M. (2008). «Compréhension des pratiques et représentations sociales : le champ de la protection de l'enfance». *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 2, no 24, p. 123-135.
- Bovina, I. B. (2006). «Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes: «force» versus «faiblesse»». *Papers on Social Representation*, vol. 15, p. 5.1 - 5.11.
- Bowers, P. (1978). «Hypnotizability, creativity, and the role of effortless experiencing». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 26, p. 187-202.
- Boyer, R. (2015). *Économie politique des capitalismes: Théorie de la régulation des crises*. Paris: La découverte.
- Boyle, M. (2020). «Power in the Power Threat Meaning Framework». *Journal of Constructivist Psychology*, vol. Juin, p. 1-15.
- Boyle, P. (2013). «A U.K. View on the U.S. Attack on Social Sciences». *Science magazine*, vol. 341, no August, p. 719. En ligne. <<http://science.sciencemag.org/content/341/6147/719.summary>>.
- Brody, H. (2000). «The placebo response. Recent research and implications for family medicine». *Journal Family Practice*, vol. 49, no 7, p. 649-654.
- Brown, L. S. (1988). «Harmful effects of post-termination romantic and sexual relationships between therapists and their former clients». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 25, no 2, p. 249-255.
- Brown, R. J. (1999). «An integrative cognitive theory of suggestion and hypnosis». London, Psychology, University College London.
- Brym, R. J., et J. Lie. (2007). *Sociology. Your compass for a new world*. Belmont, USA: Thomson Higher Education.
- Bundy-Fazioli, K., K. Briar-Lawson et E. R. Hardiman. (2009). «A Qualitative Examination of Power between Child Welfare Workers and Parents». *The British Journal of Social Work*, vol. 39, no 8, p. 1447-1464.
- Bundy-Fazioli, K., L. M. Quijano et R. Bubar. (2013). «Graduate Students' Perceptions of Professional Power in Social Work Practice». *Journal of Social Work*, vol. 49, no 1, p. 108-121.
- Buser, P. (2005). *L'inconscient aux mille visages*. Paris: Odile Jacob.
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E. et Maglio, A.-S. T. (2005). «Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond». *Qualitative Research*, Vol. V, No. 4, p. 475-497.
- Calicis, F. (2010). «Remise en jeu des représentations dans la rencontre thérapeutique». *Thérapie Familiale*, vol. 31, no 4, p. 319-337.

- Callanan, M. I. (2018). «Doctor's Orders: A Grounded Theory of Physician Power Relations in the Practice of Medicine». Washington, Doctorat, Éducation, George Washington University.
- Cantwell, A. (2016). «Dispersion of Identity Meanings, Negative Emotion, and Identity Discrepancy». In *New Directions in Identity Theory and Research*, J. E. Stets et R. T. Serpen (dir.), p. 571-600. New York, É.-U.: Oxford university press
- Carey, M., et V. Foster. (2013). «Social work, ideology, discourse and the limits of posthegemony». *Journal of Social Work*, vol. 13, no 3, p. 248-266.
- Carpenter, D. E., et K. Brownlee. (2017). «Constructivism : A Conceptual Framework for Social Work». In *Social work treatment interlocking theoretical approaches*, F. J. Turner (dir.), p. 96-116. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Carpenter, D. M., L. L. Geryk, A. T. Chen, R. H. Nagler, N. F. Dieckmann et P. K. J. Han. (2015). «Conflicting health information: a critical research need». *Health Expectations*, vol. 19, no 6, p. 1173-1182. En ligne. <[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1369-7625](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1369-7625)>.
- Carpenter, M. C., et S. Platt. (1997). «Professional identities for clinical social workers: Impact of changes in health care delivery systems». *Clinical Social Work*, vol. 25, no 3, p. 337-350.
- Carroy, J. (1991). *Hypnose, suggestion et psychologie; l'invention de sujets*. Paris: Presses universitaires de France.
- Cartwright, D. (1959). *Studies in social power*, . Ann Arbor, Mass.: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Castel, R. (1994). «La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation». *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 22, p. 11-27.
- Catty, J. (2004). «The vehicle of success: theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry». *Psychology Psychotherapy*, vol. 77, p. 255-272.
- Causser, J.-Y., et J. Engel. (2009). «La contribution de la formation au construit d'une identité professionnelle, le cas des travailleurs sociaux». In *Les identités au travail : analyses et controverses*, J.-Y. Causser, J.-P. Durand et W. Gasparini (dir.), p. 55-62. Toulouse: Éditions Octarès.
- Ceccarelli, P., et C. Lindenmeyer. (2012). «Les avatars de la pensée magique ». *Cliniques méditerranéennes*, vol. 1, no 85, p. 41-49.
- Chaiken, S., et A. Ledgerwood. (2012). «A theory of heuristic and systematic information processing». In *Handbook of theories of social psychology* P. a. M. Van Lange, A. W. Kruglanski et E. T. Higgins (dir.). New York: Sage Publications Ltd.
- Chambon, O. (2010). *Les bases de la psychothérapie approche intégrative et éclectique*. Paris Dunod.
- Charaudeau, P. (2007). *Argumentation, Manipulation, Persuasion*. Paris: L'Harmattan.
- Chauffaut, D., et É. David (2003). La notion d'autonomie dans le travail social : l'exemple du RMI. Paris, Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie. Septembre, No.186
- Chazel, F. (1974). «Pouvoir, cause et force ». *Revue française de Sociologie*, vol. XV, no 4, p. 441-457.
- Chénard, J., et J. Grenier. (2012). «Concilier les logiques pour une pratique de sens: exigence de solidarité». *Intervention*, vol. 1, no 136, p. 18 - 29.
- Chenot, D. (2011). «The vicious cycle: Recurrent interactions among the media, politicians, the public, and child welfare services organisations». *Journal of Public Child Welfare*, vol. 5, no 2-3, p. 167-184.
- Chomsky, N., et E. Herman. (2008). *La fabrication du consentement : de la propagande médiatique en démocratie*. Marseille: Agone.

- Chouinard, I. (2013). «Entre valeurs humanistes et modèles d'intervention : réflexions théoriques sur le sentiment de non-reconnaissance des travailleurs sociaux». *Reflète*, vol. 19, no 2, p. 164-179.
- Chouinard, I. (2016). «La relation en travail social au Québec: analyse de l'action médiatrice de travailleurs sociaux en situation d'intervention sociale, en Centres de santé et de services sociaux». Sherbrooke, Doctorat, Éducation, Université de Sherbrooke.
- Christenson, J. A. (1949). «Dynamics in hypnotic induction». *Psychiatry*, vol. 12, no 37-54.
- Clastot, P.-A. (2013). «Hypnose médicale et stress post-traumatique. Revue de la littérature». Doctorat, Rouen, Médecine, Université de Rouen.
- Clegg, S. R., D. Courpasson et N. Phillips. (2006). *Power and Organizations*. London: Sage.
- Clémence, A. (2001). «Social positioning and social representations». In *Representations of the social : Bridging theoretical traditions*, K. Deaux et G. Philogène (dir.), p. 83-95. Oxford: Blackwell.
- Cnaan, R. A., et M. E. Dichter. (2008). «Thoughts on the Use of Knowledge in Social Work Practice». *Research on Social Work Practice*, vol. 18, no 4, p. 278-284.
- Coe, R. M. (1987). «An Apology for Form; or, Who Took the Form out of the Process?». *College English*, vol. 49, no 1, p. 13-28.
- Cohen-Scali, V., et P. Moliner. (2008). «Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples». *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 37, no 4. En ligne. <<http://journals.openedition.org/osp/1770>>.
- Cohen, M. B. (1998). «Perceptions of power in client/worker relationships». *Families in Society*, vol. 79, no 4, p. 433-443.
- Collins, R. (1981). «On the microfoundations of macrosociology». *American journal of sociology*, vol. 86, no 5, p. 984-1014.
- Coma, P. (2020). «Coronavirus - Vernet-les-Bains : les travailleurs sociaux, "combattants" silencieux». *L'indépendant*. En ligne. <<https://www.lindependant.fr/2020/04/07/vernet-les-bains-les-travailleurs-sociaux-combattants-silencieux,8837162.php>>.
- Condie, C. D., J. A. Hanson, N. E. Lang, D. K. Moss et R. A. Kane. (1978). «How the public views social work». *Social Work*, vol. 23, no 1, p. 47-53.
- Conn, J. H. (1981). «The myth of coercion through hypnosis: a brief communication». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 29, no 2, p. 95-100.
- Corcoran, J., et J. Walsh. (2016). *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. New York: Oxford University Press.
- Council, J., et K. Huff. (1990). «Hypnosis, fantasy activity, and reports of paranormal experiences in high, medium, and low fantasizers». *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, vol. 7, no 9-15.
- Cova, F., et F. Jaquet. (2012). «Qu'est-ce que l'utilitarisme». In *La Morale: Éthique et sciences humaines*, N. Journet (dir.), p. 76-84. Auxerre, France: Éditions Sciences humaines.
- Crawford, K., et J. Walker. (2007). *Social Work and Human Development*. Exeter: Learning Matters.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions: Third Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creux, G. (2010). «Les travailleurs sociaux à l'épreuve de la rationalisation du travail social». *Les mondes du travail*, vol. Mars no 8, p. 44-54.
- Crognier, P. (2012). «Les enjeux de la scientification du travail social et de l'action sociale». In *La science du travail social. Hypothèses et perspectives*, S. Rullac (dir.), p. 93-104. Issy-les-molineux: ESF éditeurs.

- Crozier, M., et E. Friedberg. (1981). *L'acteur et le système les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- CSTS, Conseil Supérieur Du Travail social. (2014). *L'intervention sociale d'aide à la personne*. Rennes, France: Presses de l'EHESP.
- Cushman, P. (1995). *Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History of Psychotherapy*. Boston MA: Addison-Wesley.
- Dahl, R. (1957). «The concepts of power». *Behavior Science*, vol. 2, p. 201-215.
- Dahl, R. (1971). *Qui Gouverne?* Paris: Armand Colin.
- Dany, L. (2016). «Analyse qualitative du contenu des représentations sociales». In *Les représentations sociales*, G. Lo Monaco, S. Delouvée et P. P. Rateau (dir.), p. 85-102. Bruxelles: de Boeck.
- Davis, J. L. (2012). «Conditions affecting the relationship between power and identity verification in power imbalanced dyads». College Station, Texas, Sociologie, Texas A&M University.
- Dawes, R. M. (1994). *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: The fress press.
- De Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris: Éditions du Seuil.
- De Heusch, L. (2006). *La transe et ses entours : la sorcellerie, l'amour fou, Saint-Jean de la Croix, etc.* Bruxelles: Éditions Complexe.
- De Montmollin, M. (1986). *L'intelligence de la tâche. Éléments d'ergonomie cognitive*. Berne: Peter Lang.
- De Robertis, C., F. Lesimple et H. Pacxal. (2018). *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris: Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- De Rosa, A. S., E. Fino et E. Bocci. (2016). «Les réseaux sociaux, nouvel espace interactif pour les représentations sociales et l'intervention. Les discussions autour des notions de psychanalyse, de psychiatrie et de santé mentale dans Facebook, Twitter et Yahoo! questions/réponses». In *L'intervention en sciences humaines : l'importance des représentations*, L. Negura (dir.). Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- De Sá, C. P. (1994). «Sur les relations entre représentations sociales, pratiques socio-culturelles et comportement». *Papers on Social Representation*, vol. 3, no 1, p. 1-138.
- De Sá, C. P., et D. C. Oliveira. (2002). «Sur la mémoire sociale de la découverte du Brésil». In *La mémoire sociale : Identités et Représentations sociales*, S. Laurens et N. Roussiau (dir.), p. 107-117. Rennes: Les Presses Universitaires de Rennes.
- De Sardan, J.-P. O. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Bruylant-Academia.
- De Shazer, S., Y. Dolan, H. Korman, T. Trepper, E. Mccollum et K. M. Berg. (2007). *Au-delà des miracles. Un état des lieux de la thérapie brève solutionniste*. Bruxelles: Éditions Satas.
- Déléaz, T. (2020). «« Zone interdite » : comment la France a abandonné ses enfants placés». *Le point*, vol. Janvier. En ligne. <https://www.lepoint.fr/medias/zone-interdite-comment-la-france-a-abandonne-ses-enfants-places-19-01-2020-2358560_260.php>.
- Demailly, L. (2014). «La santé : affaire privée ? Affaire publique ? De la domination dans la santé à la domination par la santé ». *Socio-logos [En ligne]*, vol. 8. En ligne. <<http://socio-logos.revues.org/2777>>.
- Desjardins, M. (2009). «Comment conjuguer les valeurs du travail social et l'intervention en contexte d'autorité à l'évaluation des signalements en protection de la jeunesse?». *Intervention*, vol. 131, p. 222-232.

- Deslauriers, J.-M., J.-P. Deslauriers et M. Laferrière Simard. (2017). «La méthode de l'incident critique et la recherche sur les pratiques des intervenants sociaux». *Recherches qualitatives*, vol. 36, no 1, p. 94-112.
- Deslauriers, J. P. (2007). «Le travail social. Une innovation sociale à poursuivre». In *Les transformations de l'intervention sociale : entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, E. Baillergeau et C. Bellot (dir.), p. 213-220. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J. P., et Y. Hurtubise. (2005). *Le travail social international. Éléments de comparaison*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Devaris, J. (1994). «The dynamics of Power in Psychotherapy». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 31, no 4, p. 588-593.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- Devonshire, C. (2011). «L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle». *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, vol. 13, no 1, p. 23-55.
- Dineen, T. (2007). *Manufacturing victims: what the psychology industry is doing to people*. Montréal: R. Davies Publications.
- Diorio, W. (1992). «Parental perceptions of the authority of public child welfare caseworkers». *Families in Society*, vol. 73, no 222-235.
- Djaoui, E. (2011). «Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime». *Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime*, vol. 192, no 2, p. 7-18.
- Doise, W. (1986). «Les représentations sociales : définition d'un concept ». In *L'étude des représentations sociales*, A. Palmonari et W. Doise (dir.). Neuchâtel, Paris: Éditions Delachaux & Niestlé.
- Doise, W. (1990). «Les représentations sociales ». In *Traité de psychologie cognitive, vol. 3. Cognition, représentation, communication*, R. Ghiglione, C. Bonnet et J.-F. Richard (dir.), p. 111-174. Paris: Dunod.
- Doise, W., et A. Palmonari. (1986a). *L'étude des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Doise, W., et A. Palmonari. (1986b). *Texte de base en psychologie : L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- Dominelli, L. (2002). *Anti-oppressive social work theory and practice*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Dortier, J.-F. (2008). *Dictionnaire des sciences humaines*. Auxerre: Éditions des sciences humaines.
- Dorvil, H. (1990). «La maladie mentale comme problème social». *Service social*, vol. 39, no 2, p. 44-58. En ligne. <<http://id.erudit.org/iderudit/706476ar>>.
- Doutrelugne, Y., et O. Cottencin. (2008). *Thérapies brèves : principes et outils pratiques. 2e édition*. Issy-les-Molineaux: Elsevier Masson.
- Dubar, C. (2002). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. 3e édition*. Paris: Armand Colin.
- Dubar, C. (2015). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris: Presses universitaires de France.
- Dubasque, D. (2018). «Pourquoi avoir choisi de devenir travailleur social ? Ce qu'en disent les étudiants de première année». En ligne. <<https://dubasque.org/2018/11/20/pourquoi-avoir-choisi-de-devenir-travailleur-social-ce-qua-disent-les-etudiants-de-premiere-annee/>>.

- Dubé, C. (2012). «Le mystère Messmer». *La Presse*, vol. 4 juillet. En ligne. <<https://lactualite.com/culture/le-mystere-messmer/>>.
- Ducas, I. (2019). «Fillette morte à Granby : un tragique destin». *La Presse*. En ligne. <<https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2019-05-03/fillette-morte-a-granby-un-tragique-destin>>.
- Dumora, B., et T. Boy. (2008). «Les perspectives constructivistes et constructionnistes de l'identité (1re partie)». *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 37, no 3. En ligne. <<https://journals.openedition.org/osp/1722?gathStatIcon=true&lang=fr>>.
- Duru-Bellat, M. (2009). *Le mérite contre la justice*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Dutrénit, J.-M. (1977). «Fonction médicale et travail social à l'hôpital psychiatrique». *Revue française de Sociologie*, vol. 18, no 2, p. 301-315.
- Duveen, G. (1999). «Le développement des représentations sociales chez les jeunes enfants : un exemple, le genre». In *La genèse des représentations sociales*, C. Garnier et M.-L. Rouquette (dir.), p. 114-135. Montréal: Éditions nouvelles.
- Duveen, G., et B. Lloyd. (1990). *Social representations and the development of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Duveen, G. M. (2001). «Representations, identities, resistance». In *Representations of the Social: Bridging Theoretical Traditions*, K. Deaux et G. Philogene (dir.), p. 257-270. Oxford: Blackwell.
- Echeverri, S. (2014). «Perception et justification ». In *Connaître. Questions d'épistémologie contemporaine*, J. Chevalier, M. et B. Gaultier (dir.), p. 175-200. Paris: Ithaque.
- Echterling, L. G., et J. Whalen. (1995). «Stage hypnosis and public lecture effects on attitude and beliefs regarding hypnosis». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 38, p. 13-19.
- Edelman, N. (2009). «Un savoir occulté ou pourquoi le magnétisme animal ne fut-il pas pensé «comme une branche très curieuse de psychologie et d'histoire naturelle» ?». *Revue d'histoire du XIXe siècle*, vol. 1, no 38, p. 115-132.
- Edelman, N. (2014). *Voyantes, guérisseuses et visionnaires en France, 1785-1914*. Paris: Albin Michel.
- Ehrenberg, A. (2011). «La société du malaise». *Adolescence*, vol. 3, no 77, p. 553-570.
- El Akremi, A., N. Sassi et S. Bouzidi. (2009). «Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail». *Relations industrielles*, vol. 64, no 4, p. 662-684.
- Elder, G. H. (2001). «Families, social change, and individual lives». *Marriage and Family Review*, vol. 31, no 1-2, p. 177-192.
- Élias, N. (1981). *Qu'est-ce que la sociologie?* Aix-en-Provence: Pandora.
- Ellett, A. J., J. I. Ellis et T. M. Westbrook. (2007). «A qualitative study of 369 child welfare professionals. Perspectives about factors contributing to employee retention and turnover». *Children and Youth Services Review*, vol. 29, no 2, p. 264-281.
- Elliot, R. (2013). «Research». In *The Handbook Of Person-Centred Therapy and Counselling (2nd Ed.)* M. Cooper, P. F. Schmid, M. O'hara et A. Bohart (dir.), p. 468-482. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Enns, C. Z. (1988). «Dilemmas of power and equality in marital and family counseling: Proposals for a feminist perspective». *Journal of Counseling and Development*, vol. 67, p. 242-247.
- Enriquez, E. (2012). *Cliniques du pouvoir. Les figures du maître*. Paris: Érès.
- Erickson, M. (2009). *L'hypnose thérapeutique. Quatre conférences*. J.-A. Malarewicz et J. Fleiss. Issy-les-Moulineaux: ESF Éditeur.
- Erickson, M. H. (1965). «Congrès international d'hypnose, 1965, Paris». *Santé mentale. Le Renouveau de l'hypnose*, vol. 103, no Décembre.

- Erickson, M. H. (1980). *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose. Tome 1. De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. A. Touyarot et J. Taillandier. New York: Satas.
- Erickson, M. H. (1982). *My Voice will go with you, the teaching tales of Milton H. Erickson*. New York: W. W. Norton & Company.
- Erickson, M. H. (1983). «Healing in Hypnosis». In *The Seminars, Workshops and Lectures of Milton H. Erickson, Volume I*, E. L. Rossi, M. O. Ryan et F. A. Sharp (dir.). New York: Irvington.
- Ethier, K. A., et K. Deaux. (1994). «Negotiating Social Identity When Contexts Change: Maintaining Identification and Responding to Threat». *Journal of personality and social psychology*, vol. 67, no 2, p. 243-251.
- Falomir Pichastor, J. M., et G. Mugny. (2004). *Société contre fumeur : une analyse psychosociale de l'influence des experts*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Fassler, O., S. J. Lynn et J. Knox. (2008). «Is hypnotic suggestibility a stable trait? ». *Consciousness and Cognition*, vol. 17, p. 240-253.
- Faucher, L. (2006). «Philosophie psychopathologique : un survol». *Philosophiques*, vol. 33, no 1, p. 3-17. En ligne. <<http://id.erudit.org/iderudit/012944ar>>.
- Faymonville, M. E., J. Joris, M. Lamy, P. Maquet et S. Laureys. (2005). «Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique». *Conférence d'actualisation*. En ligne. <http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05_06/ca05_06.htm>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Flament, C. (1989). «Structure et dynamique des représentations sociales». In *Les représentations sociales*, D. Jodelet (dir.), p. 224-239. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Flament, C. (2003). «Structure, dynamique et transformation des représentations sociales». In *Pratiques sociales et représentations*, J.-C. Abric (dir.), p. 37-58. Paris: Presses universitaires de France.
- Flament, C., et M.-L. Rouquette. (2003). *Anatomie des idées ordinaires : comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin
- Flanagan, J. C. (1954). «The critical incident technique». *Psychological bulletin*, Vol. xvi, No.4, p. 327-358.
- Fleury, E. (2020). «Réseau de la santé: terminée l'omertà dans la région de Québec?». *Le soleil*, vol. 21 janvier. En ligne. <<https://www.lesoleil.com/actualites/reseau-de-la-sante-terminee-lomerta-dans-la-region-de-quebec-08a08062080aa7c0b3b5a65b03ef0bc5>>.
- Flick, U., et J. Foster. (2017). «Social Representations». In *The Sage handbook of qualitative research in psychology*, C. Willig et S. W. Roger (dir.), p. 336-353. London: Sage Publications Ltd.
- Fontaine, L. (2008). «Une histoire de la pauvreté et des stratégies de survie». *Regards croisés sur l'économie*, vol. 2, no 4, p. 54-61.
- Forchuk, C., et W. Reynolds. (2001). «Client's reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Scotland». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 8, no 1, p. 45-51.
- Fortin, P. (2003). «L'identité professionnelle des travailleurs sociaux». In *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, G. A. Legault (dir.), p. 85-104. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Foster, J. L. H. (2014). «What can social psychologists learn from architecture? The asylum as example». *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 44, no 2, p. 131-147.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir, naissance de la prison* Paris: Éditions Gallimard.

- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1982). «Le sujet et le pouvoir». In *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, H. Dreyfus et P. Rabinow (dir.), p. 208-226. Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1984). «Deux essais sur le sujet et le pouvoir». In *Michel Foucault un parcours philosophique: : au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*, H. Dreyfus, L. et P. Rabinow (dir.), p. 297-321. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1994a). *Dits et écrits 1954-1988, Tome IV, 1980-1988*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1994b). *Dits et écrits, tome II. 1970-1975*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2005). *Le jeu de Michel Foucault. Texte numéro 206. Dits et écrits III*. Paris: Quarto Gallimard.
- Frank, J. D. (1985). «Shared Therapeutic Features of Psychotherapies». In *Psychiatry the state of the art, volume 4, Psychotherapy and psychosomatic medicine*, P. Pichot, R. Berner, P. Wolf et K. Thau (dir.), p. 1-7. New York: Plenum Press.
- Fray, A.-M., et S. Picouleau. (2010). «Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail». *Management & Avenir*, vol. 8, no 38, p. 72-88.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the Third Logic*. Chicago: University of Chicago press.
- French, J. R., et B. Raven. (1959). «The bases of social power». In *Studies in social power*, D. Cartwright (dir.), p. 150-167. Ann Arbor, Mass.: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Freud, S. (1912/2015). *Totem et tabous*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Boni and Liveright.
- Freud, S., et J. Strachey. (1901-1905). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, V.7, A case of hysteria, Three essays on sexuality and others works* Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Freund, J. (2019). «WEBER MAX - (1864-1920)». *Encyclopædia Universalis [en ligne]*. En ligne. <<http://www.universalis.fr/encyclopedie/max-weber/>>.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris: Seuil.
- Fromm, E., et R. E. Shor. (2009). *Hypnosis : development in research and perspective. 2e Edition*. New Brunswick, É.-U.: Aldine Transaction.
- Frosh, S. (1987). *The Politics of Psychoanalysis: An introduction to Freudian and Post – Freudian Theory*. Basingstoke: Macmillan Education.
- Frozzini, J. (2000). «Axes de recherche représentations sociales et médiatiques». LABRRI En ligne. <<http://labrri.net/recherche/axes-de-recherche/representations/>>. Consulté le 20 octobre 2020.
- Gallina, J.-M. (2011). «Les représentations : un enjeu pour les sciences cognitives ». In *Peut-on se passer de représentation en sciences cognitives?*, N. Bault, V. Maïonchi-Pino, F.-X. Pénichaud, B. Putois et J.-M. Roy (dir.), p. 13-31. Bruxelles: De Boeck.
- Gambrill, E. (2003). «A client-focused definition of Social Work practice». *Research on Social Work Practice*, vol. 13, no 3, p. 310-323.
- Gambrill, E. (2012). *Propaganda in the Helping Professions*. New York: Oxford University press.
- Gamby-Mas, D., L. M. Spadoni-Lemes et J. Mariot. (2012). «Idéologie et représentations sociales : étude expérimentale du rôle des thèmes». *Bulletin de psychologie*, vol. 4, no 520, p. 321-335.

- Garrow, E. E., et Y. Hasenfeld. (2016a). «When Professional Power Fails: A Power Relations Perspective». *Social Service Review*, vol. 90, no 3, p. 371-402.
- Gauthier, Y. (2009). *L'avenir de la psychiatrie de l'enfant. Le parcours d'un psychiatre d'enfant*. Toulouse: Érès.
- Gaventa, J., et A. Cornwall. (2008). «Power and Knowledge». In *Handbook of Action Research*, P. Reason et H. Bradbury (dir.), p. 2-23. London: Sage Publications.
- Gay, M.-C. (2007). «Les théories de l'hypnose». *Anales Médico-Psychologiques*, vol. 165, p. 623-630.
- Gendreau, F. (2010). «L'approche du rétablissement en santé mentale». Centre de ressources en soin infirmier. En ligne. <<http://www.infiressources.ca/MyScriptorAdmin/scripto.asp?resultat=637856>>.
- Gerbet, T. (2020). «Les scientifiques au cœur de l'affaire Louis Robert publient leur étude controversée». *Radio Canada*, vol. 7 février. En ligne. <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1541098/neonicotinoides-pesticides-tueurs-abeilles-inutiles-etude-louis-robert-cerom>>.
- Gergen, K., J. (2005). *Construire la réalité. Un nouvel avenir pour la psychothérapie*. Paris: Éditions du seuil.
- Germain, C. B. (1979). «Ecology and social work.». In *Social work practice: People and environments*, C. B. Germain (dir.), p. 1-22. New York: Columbia University Press.
- Geschiere, P. (2000). «Sorcellerie et modernité: retour sur une étrange complicité». *Politique africaine*, vol. 3, no 79, p. 17-32.
- Giami, A., C. Humbert et D. Laval. (1983). *L'ange et la bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs*. Paris: Éditions de CTNERHI.
- Giovazolias, T., et P. Davis. (2001). «How common is sexual attraction towards clients? The experiences of sexual attraction of counselling psychologists toward their clients and its impact on the therapeutic process». *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 14, no 4, p. 281-286.
- Girandola, F., et V. Fointiat. (2016). *Attitudes et comportements : comprendre et changer*. Fontaine, France: Presses universitaires de Grenoble.
- Girandola, F., et R.-V. Joule. (2013). «Attitudes, changement d'attitudes et comportement». In *Traité de psychologie sociale. La science des interactions humaines*, L. Bègue et O. Desrichard (dir.), p. 221-248. Bruxelles: De Boeck.
- Gitterman, A. (1989). «Testing professional authority and boundaries». *Social Case-work*, p. 165-174.
- Giust-Desprairies, F. (2004). *Le désir de penser. Construction d'un savoir clinique*. Paris: Téraède.
- Glaser, B. G., et J. Holton. (2004). «Remodeling grounded theory». *Forum: Qualitative social*, vol. 5, no 2, p. 1-16.
- Glaser, B. G., et A. L. Strauss. (2006). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative research*. New Brunswick (É.-U.): Aldine Transaction.
- Glazer, N. (1974). «The Schools of the Minor Professions». *Minerva*, vol. 12, no 3, p. 346-364.
- Goetschy, J. (1981). «Les théories du pouvoir». *Sociologie du Travail*, vol. 23, no 4, p. 447-467.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. I. Joseph, M. Darteville et P. Joseph. Paris : Les Éditions de Minuit
- González Rey, F. (2002). «Repenser les fondements épistémologiques de la recherche en psychologie sur les représentations sociales». In *Les représentations sociales : Balisage du domaine d'études*, C. G. W. Doise (dir.), p. 295-303. Montréal: Éditions nouvelles.

- Goodman, N. (1978). *Ways of Worldmaking*. Indianapolis Hackett Pub. Co.
- Goulet, D. (1997). *Histoire du Collège des médecins du Québec (1847-1997)*. Montréal: Collège des médecins du Québec.
- Graham, C., et F. J. Evans. (1977). «Hypnotizability and the deployment of waking attention». *Journal of abnormal psychology*, vol. 86, p. 631-638.
- Gravel, P. (2008). «Ouvrir les yeux sur les bienfaits de l'hypnose». *Le devoir, section science*, vol. 22 août. En ligne. <<https://www.ledevoir.com/societe/science/534981/l-hypnose-dans-le-milieu-de-la-sante>>.
- Gray, M., et S. A. Webb. (2013). «Critical social work». In *Social work theories and methods. 2nd ed.*, M. Gray et S. A. Webb (dir.). London: Sage.
- Green, J., P., R. Page, A., R. Rasekhy, L. K. Johnson et S. Bernhardt. (2006). «Cultural Views and Attitudes about Hypnosis: A Survey of College Students Across Four Countries». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 54, no 3, p. 263-280.
- Green, J. P., A. F. Barabasz, D. Barrett et G. H. Montgomery. (2005). «Forging ahead : the 2003 APA Division 30 definition of hypnosis». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 53, no 3, p. 259-264.
- Greenwald, A. G. (1968). «Cognitive Learning, Cognitive Response to Persuasion, and Attitude Change». In *Psychological Foundations of Attitudes*, T. B. E. T. O. A. Greenwald (dir.), p. 147-171. New York: Academic Press.
- Gremillion, H. (2003). *Feeding anorexia. Gender and power at a treatment center*. Chicago: Duke University Press.
- Groulx, L.-H. (1994). «Liens recherche et pratique : les thèses en présence». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no 2, p. 35-50.
- Gueguen, H. (2014). «Reconnaissance et légitimité. Analyse du sentiment de légitimité professionnelle à l'aune de la théorie de la reconnaissance». *Vie sociale*, vol. 4, no 8, p. 67 - 82.
- Gueguen, J., C. Barry, C. Hassler et B. Falissard. (2015). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*. Paris: INSERM.
- Guillemette, F., et J. Luckerhoff. (2009). «Introduction en méthodologie de la théorisation enracinée». *Recherches qualitatives*, vol. 28, no 2, p. 4-21.
- Gusew, A., et G. Berteau (2011). Le développement professionnel d'intervenants sociaux assignés à des services d'accueil ou de court terme en contexte d'urgence ou de crise. Montréal, École de travail social, UQAM
- Guterman, N. B., et D. Bargal. (1996). «Social Worker's Perceptions of their Power and Service Outcomes». *Administration in Social Work*, vol. 20, no 3, p. 1-20.
- Hacking, I. (1989). «L'archéologie de Foucault». In *Michel Foucault. Lectures critiques*, D. Couzezn Hoy (dir.), p. 39-54. Bruxelles: De Boeck éditions universitaires.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité la construction sociale de quoi?* J. Baudoin. Paris: Éditions la découverte.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, MD Volume I: Changing individuals*. New York: Triangle Press (Norton).
- Haley, J. (1986). *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton Erickson*. New York: Norton.
- Hammond, D. C. (2004). *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles: Satas.
- Hammond, D. C. (2008). «Hypnosis as sole anesthesia for major surgeries: historical & contemporary perspectives». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 51, no 2, p. 101-121.

- Harari, Y. N. (2015). *Sapiens. Une brève histoire de l'humanité*. P.-É. Dautat. Paris: Albin Michel.
- Hardy, R. (2016). «Why I became a social worker». Guardian News & Media / Social care Network. En ligne. <<https://www.theguardian.com/social-care-network/2016/mar/15/why-i-became-a-social-worker>>. Consulté le 15 novembre 2020.
- Harper, D. J., et J. Cromby. (2020). «From 'What's Wrong with You?' to 'What's Happened to You?': an Introduction to the Special Issue on the Power Threat Meaning Framework». *Journal of Constructivist Psychology*.
- Harper, E., et H. Dorvil. (2014). *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Hass, V. (2006). «Introduction générale», dans V. HASS, *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*, p. 11-16, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Häuser, W., M. Hagl, A. Schmierer et E. Hansen. (2016). «The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis: A Systematic Review of Meta-analyses». *Deutsches Aerzteblatt.de*, vol. 17, no 113, p. 289-296.
- Hawkins, R., et J. Bartsch. (2000). «The effects of an educational lecture about hypnosis». *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, vol. 28, p. 82-99.
- Hayakawa, S. I. (1978). *Language in thought and action*. London: George Allen & Unwin Ltd.
- Heap, M. (2000). «The alleged dangers of stage hypnosis». *Contemporary Hypnosis*, vol. 17, p. 117-126.
- Hegel, G. W. F. (1988). *Encyclopédie des sciences philosophiques. Tome III. « Philosophie de l'esprit »*. Paris: Vrin.
- Hegel, G. W. F. (2005). *Le magnétisme animal : naissance de l'hypnose*. F. Roustang. Paris: Presses universitaires de France.
- Herman, S. M. (1998). «The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome». *The journal of psychotherapy practice and research*, vol. 7, no 1, p. 56-64.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace and World.
- Hilgard, J. (1970). *Personality and hypnosis: A study of imaginative involvement. 2nd ed.* Chicago: University of Chicago Press.
- Hindin, M., J. (2007). «Role theory». In *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, G. Ritzer (dir.). Hoboken, N. J.: John Wiley and sons.
- Hoffman, I. Z. (2014). «Dialectical thinking and therapeutic action». In *Ritual and spontaneity in psychoanalytic process : A Dialectical-Constructivist View*, I. Z. Hoffman (dir.), p. 193-218. New York: Routledge.
- Hogg, M. A., et D. J. Terry. (2000). «Social identity and self-categorization processes in organizational contexts». *The Academy of Management Review*, vol. 25, no 1, p. 121-140.
- Homans, G., C. (1958). «Social behavior as exchange». *Journal of Sociology*, vol. 63, no 6.
- Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. P. Rusch. Paris: Gallimard.
- Hotho, S. (2008). «Professional identity – product of structure, product of choice. Linking changing professional identity and changing professions». *Journal of Organizational Change Management*, vol. 21, no 6, p. 721-742.
- Howard, J. A., P. Blumstein et P. Schwartz. (1986). «Sex, power and influence tactics in intimate relationship». *Journal of personality and social psychology*, vol. 51, no 1, p. 102-109.

- Howarth, C. (2002). «Using the theory of social representations to explore difference in the research relationship». *Qualitative Research*, vol. 2, no 1, p. 21-34.
- Howarth, C. (2011). «Representations, identity and resistance in communication». In *The social psychology of communication* D. Hook, F. Bradley et M. W. Bauer (dir.), p. 153-168. London UK: Palgrave Macmillan.
- Howarth, C., J. Foster et N. Dorrer. (2004). «Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research – and vice versa?». *Journal of Health Psychology*, vol. 9, no 2, p. 229-243.
- Hurtubise, Y., et J.-P. Deslauriers. (2005). «Pour une analyse comparative du travail social». In *Le travail social international. Éléments de comparaison*.
- Illich, I. (1975). «The medicalization of life». *Journal of Medical Ethics*, vol. 1, no 2, p. 73-77.
- Illouz, E. (2008). *Saving the Modern Soul. Therapy, Emotions and the Culture of Self-Help*. Berkeley: University of California press.
- INPES, Institut National De Prévention Et D'éducation Pour La Santé (2002). Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social, Santé publique, France. En ligne. <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-social-et-medicosocial/pdf/souffrance-troubles-psychiques.pdf>>.
- INSERM (2003). Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Rôle des attentes dans les comportements de consommation. Paris: Les éditions Inserm En ligne. <<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/154>>.
- Ion, J. (2010). «La professionnalité éducative à l'épreuve de l'individuation». In *Le métier d'éducateur spécialisé à la croisée des chemins*, J.-P. Kervala, A. Vilbrod et N. Conq (dir.), p. 107-116. Paris: L'Harmattan.
- Ishiyama, I. F. (1989). «Understanding Foreign Adolescents' Difficulties in Cross-Cultural Adjustment: A Self-Validation Model». *Canadian journal of school psychology*, vol. 5, no 1, p. 41-56.
- Izquierdo De Santiago, A., et M. Khan. (2007). «Hypnosis for schizophrenia». *Cochrane database systematic review*, vol. 17 octobre, no 4 : CD004160.
- Jacobs, R. C., et D. T. Campbell. (1961). «The perpetuation of an arbitrary tradition through several generations of laboratory microculture ». *Journal of abnormal and social psychology*, vol. 62, no 3, p. 649-658.
- Jahoda, G. (1987). «Some Historical and Cultural Aspects of Suggestion». In *Suggestion and suggestibility. Theory and research*, V. A. Gheorghiu, P. Netter et H. J. Eysenck (dir.), p. 255-261. New York: Springer-Verlag.
- Janet, P. (1893/1973). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Société Pierre Janet et Laboratoire de psychologie pathologique de la Sorbonne.
- Janet, P. (1920). *Major symptoms of hysteria: fifteen lectures given in the Medical School of Harvard University*. New York: Macmillan.
- Janet, P. M.-F. (1898). *Névroses et idées fixes*. Paris: F. Alcan.
- Janet, P. M.-F. (1976). *Psychological healing. A historical and clinical history. Vol.1*. New York: Arno Press.
- Jenning, S. (2015). «Suzanne Jennings hypnothérapeute». En ligne. <www.suzannejennings.com/hypnotherapie>. Consulté le 3 avril 2015.
- Jensen, M. P., T. Adachi, C. Tomé-Pires, J. Jikwan Lee, Z. J. Osman et J. Miró. (2015). «Mechanisms of hypnosis: Toward the Development of a Biopsychosocial Model». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 63, no 1, p. 34-75.

- Jiang, H., M. P. White, M. D. Greicius, L. C. Waelde et D. Spiegel. (2017). «Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis». *Cerebral Cortex*, vol. August, no 27, p. 4083-4093.
- Jodelet, D. (1984a). «Réflexions sur le traitement de la notion de représentation en psychologie sociale». *Communication, information*, vol. 6, no 2-3, p. 15-42.
- Jodelet, D. (1984b). «Représentation sociale : phénomène, concept et théorie ». In *Psychologie sociale*, S. Moscovici (dir.), p. 357-378, Paris: Les Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989a). *Les représentations sociales*. Paris: Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (2002a). «Les représentations sociales dans le champ de la culture». *Information sur les sciences sociales*, vol. 41, no 1, p. 111-133.
- Jodelet, D. (2002b). «Perspectives d'étude sur le rapport croyances/représentations sociales». *Psychologie & Société*, no 5, p. 157-178.
- Jodelet, D. (2003). «Aperçus sur les méthodologies qualitatives». In *Les méthodes des sciences humaines*, S. Moscovici et F. Buschini (dir.), p. 139-164. Paris: Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (2006). «Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales». In *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*, V. Hass (dir.), p. 235-255. Rennes: Les Presses universitaires de Rennes.
- Jodelet, D. (2011). «Dynamiques sociales et formes de la peur». *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2, no 12, p. 239-256.
- Jodelet, D. (2013). «Interconnections between Social Representations and Intervention». In *Social Representations in the 'Social Arena'* A. M. De Rosa (dir.), p. 77-88. New York: Routledge.
- Jodelet, D. (2014). «À propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education thérapeutique des Patients». In *nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*, E. Jouet, O. L. Vergnas et E. Noël-Hureau (dir.), p. 59-76. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Johnson, M., E., et C. Hauck. (1999). «Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: a systematic evaluation». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 42, no 1, p. 10-20.
- Johnston, S. H., et B. A. Farber. (1996). «The maintenance of boundaries in psychotherapeutic practice». *Psychotherapy*, vol. 33, p. 391-402.
- Joule, R., et J. L. Beauvois. (1998). *La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?* Paris: Les Presses universitaires de France.
- Jovchelovitch, S. (2007). *Knowledge in Context : Representations, Community and Culture*. London: Routledge.
- Jovchelovitch, S. (2008). «Reflections on the Diversity of Knowledge: Power and Dialogue in Representational Fields». In *Meaning in action. Constructions, Narratives, and Representations*, T. Sigima, K. J. Gergen, W. Wagner et Y. Yamada (dir.), p. 23-26. Hong Kong: Springer.
- Joyal, R., et M. Provost. (1993). «La Loi sur la protection de la jeunesse de 1977. Une maturation laborieuse, un texte porteur». *Les Cahiers de droit*, vol. 34, no 2, p. 635-677.
- Juarascio, A. S., E. M. Forman et J. D. Herbert. (2010). «Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for treatment of comorbid eating pathology». *Behavior Modification*, vol. 34, no 2, p. 175-190.
- Kadushin, C. (1968). «Power, Influence and Social Circles : a new methodology for studying opinion makers». *American Sociological Review*, vol. 33, no 5, p. 685-699.

- Kalampalikis, N., et T. Apostolidis. (2016). «La perspective sociogénétique des représentations sociales». In *Les représentations sociales*, G. Le Monaco (dir.), p. 69-78. Bruxelles: De Boeck.
- Karlin, R. A. (1979). «Hypnotizability and attention». *Journal of abnormal psychology*, vol. 88, p. 92-95.
- Karsz, S. (2004). *Pourquoi le travail social? Définitions, figures, clinique*. Paris: Dunod.
- Keebler, J., S. Bond et T. Sussman. (2014). «L'évaluation psychosociale». In *Le travail social: théories, méthodologies et pratiques*, H. Dorvil et E. Harper (dir.), p. 287-310. Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Kekecs, Z., T. Nagy et K. Varga. (2014). «The effectiveness of suggestive techniques in reducing postoperative side effects: a meta-analysis of randomized controlled trials». *Anesthesia & Analgesia*, vol. 119, p. 1407-1419.
- Keller, P.-H. (2005). «Hypnose et psychosomatique». *Perspectives Psy*, vol. 44, p. 355-358.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* New York: W.W. Norton.
- Kernberg, O. F. (2016). «The four basic components of psychoanalytic technique and derived psychoanalytic psychotherapies». *World Psychiatry*, vol. 15, no 3, p. 287-288.
- Kerouac, M. (2008). *Métaphore. Manuel de communication métaphorique : métaphores et contes populaires, pédagogiques et thérapeutiques. Selon les modèles Ericksonien et A.R.T.S. thérapeutiques*. Canton-de-Hatley: Édition MKR.
- Kessous, É., K. Mellet et M. Zouinar. (2010). «L'économie de l'attention : entre protection des ressources cognitives et extraction de la valeur». *Sociologie du travail*, vol. 52, no 3. En ligne. <<https://journals.openedition.org/sdt/14802>>.
- Keucheyan, R. (2007). *Le constructivisme. Des origines à nos jours*. Paris: Hermann Éditeurs.
- Kihlstrom, J. F. (1984). «Conscious, subconscious, unconscious: a cognitive perspective». In *The unconscious reconsidered*, K. S. By et D. Bowers (dir.), p. 149-212. New York: J. Wiley & Sons.
- Kihlstrom, J. F. (2003). «The fox, the hedgehog, and hypnosis». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 51, p. 166-189.
- Kihlstrom, J. F. (2008). «The domain of hypnosis, revisited». In *The Oxford Handbook of Hypnosis. Theory, Research and Practice*, M. Nash et A. J. Barnier (dir.), p. 21-52. Oxford: Oxford University Press.
- Kipman, S. D. (2005). *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Rueil-Malmaison: Doin.
- Kirsch, I. (1985). «Response expectancy as a determinant of experience and behavior». *American Psychologist*, vol. 40, no 11, p. 1189-1202.
- Kirsch, I. (2000). «The response set theory of hypnosis». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 42, no 3-4, p. 274-293.
- Kirsch, I., S. J. Lynn et J. W. Rhue. (1993). «Introduction to clinical hypnosis». In *Handbook of Clinical Hypnosis*, J. W. Rhue, S. J. Lynn et I. Kirsh (dir.), p. 3-22. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirsch, I., G. Mazzoni et G. H. Montgomery. (2007). «Remembrance of hypnosis past». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 49, no 3, p. 171-178.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration in the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kluft, R. (1989). «Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist». *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 12, p. 483-500.

- Knight, B. M. (2008). «Using Hypnosis in Private Social Work Practice». *Journal of Independent Social Work*, vol. 5, no 2, p. 43-52.
- Knox, V. J., A. H. Morgan et E. R. Hilgard. (1974). «Pain and suffering in ischemia: the paradox of hypnotically suggested anesthesia as contradicted by reports from the "hidden observer"». *Archives of General Psychiatry*, vol. 30, no 6, p. 840-847.
- Kollmuss, A., et J. Agyeman. (2002). «Mind the Gap : why do people act environmentally and what are the barriers to pro-environmental behavior?». *Environmental Education Research*, vol. 8, no 3, p. 239-260.
- Kotler, P., et N. Lee. (2008). *Social marketing : influencing behaviors for good*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Krogsrud Miley, K., M. W. O'melia et B. L. Dubois. (2016). *Generalist Social Work Practice. An Empowering Approach*. Boston: Pearson.
- Krouwel, M., K. Jolly et S. Greenfield. (2017). «What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996–2016». *Complementary Therapies in Medicine*, no 32, p. 75-84.
- Kruglanski, A. W., E. P. Thompson et S. Spiegel. (1999). «Separate or equal? Bimodal notions of persuasion and a single-process "unimodel" ». In *Dual-process theories in social psychology* S. Chaiken et Y. Trope (dir.), p. 293-313. New York: The Guilford Press.
- Lagacé, P. (2020). «L'omerta du devoir de loyauté». *La Presse*, vol. 20 février. En ligne. <<https://www.lapresse.ca/actualites/202002/23/01-5262127-lomerta-du-devoir-de-loyaute.php>>.
- Lago, C. (2006). *Race, Culture and Counselling: The Ongoing Challenge. 2nd Edition*. New York: McGraw – Hill Education.
- Lakhdari, S. (2007). « Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud». *Savoirs et clinique*, vol. 1, no 8, p. 201-209.
- Lalancette, M. (2009). «Représentations sociales et opérations discursives en politique : enjeux de spectacularisation». Doctorat, Montréal, Département de communication, Université de Montréal.
- Lambert, S. (1990). «Les pauvres et la société à Québec de 1681 à 1744». Québec, Histoire, Université Laval.
- Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Landry, M. (2018). «Congrès mondial d'hypnose médicale & clinique». www.globalgoodness.ca. En ligne. <<https://globalgoodness.ca/wp-content/uploads/2018/08/Confe%CC%81rence-publique-sur-l%E2%80%99hypnose-me%CC%81dicale-et-clinique-1.pdf>>. Consulté le 18 février 2019.
- Landry, S. (2007). *Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints : le modèle des trois zones dynamiques*. Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Langevin, L. (2018). *La Science de l'illusion : décrypter le réel, découvrir les failles du cerveau et repousser les limites de l'impossible*. Montréal: Michel Lafon.
- Langner, C. A., et D. Keltner. (2008). «Social power and emotional experience : actor and partner effects within dyadic interactions». *Journal of experimental social psychology*, vol. 44, p. 848-856.
- Large, R. G., et F. R. James. (1991). «Public expectations of hypnosis». *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, vol. 19, p. 103-106.
- Larivée, S. (2014). *Quand le paranormal manipule la science. Comment retrouver l'esprit critique*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

- Larroque, M. (1993). *Hypnose, suggestion et autosuggestion*. Paris: Éditions l'Harmattan.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley, CA : University of California Press.
- Lasswell, H. D., et A. Kaplan. (2017). *Power and society: A framework for political inquiry*. London: Routledge.
- Laurence, J.-R., et C. Perry. (1988). *Hypnosis, Will and Memory. A psycho-Legal History*. New York: Guilford Press.
- Laurence, J. R. (1995). «Ce sont toujours les mêmes qui entrent en transe». In *La transe et l'hypnose*, D. Michaux (dir.), p. 235-264. Paris: Éditions Imago.
- Laurence, J. R. (2014). «When in Doubt, Forbear ! Commentary : On the Centrality of the Concepts of an Altered State to Definitions of Hypnosis». *The journal of Mind Body Regulation*, vol. 2, no 2, p. 109-111.
- Lautier, N. (2001). *Psychosociologie de l'éducation*. Paris: Armand Colin.
- Lavoie, C. (2014). «Exploration des représentations sociales et des pratiques d'intervention en travail social sur les troubles alimentaires». Maîtrise, Montréal, École de travail social, Université du Québec à Montréal.
- Le Bossé, Y. (2003). «De l' "habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2, p. 30-51.
- Le Poultier, F. (1986). *Travail social, inadaptation sociale et processus cognitifs*. Vanves: Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
- Lebossé, Y. (2008). «L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 21, no 1, p. 137-149.
- Lecomte, C., R. Savard, M.-S. Drouin et V. Guillon. (2004). «Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie». *Revue québécoise de Psychologie*, vol. 25, no 3, p. 73-102.
- Lecron, L. M., et J. Bordeaux. (1971). *Hypnotism today*. Hollywood, Cal.: Wilshire Book Company.
- Lecroy, W. C., et E. L. Stinson. (2004). «The Public's Perception of Social Work: Is It What We Think It Is?». *Social Work*, vol. 49, no 2, p. 164-174.
- Legault, G. A. (1997). *Les codes: une tension entre le droit et l'éthique », Enjeux de l'éthique professionnelle, tome II : L'expérience québécoise*. Sillery: Presse de l'Université du Québec.
- Legaut, J. (2019). «L'omerta d'une machine détraquée». *Le Journal de Montréal*, vol. 11 décembre. En ligne. <<https://www.journaldemontreal.com/2019/12/11/lomerta-dune-machine-detraquee>>.
- Lemay, L. (2004). «Conditions et conséquences des pratiques d'empowerment. Une étude interdisciplinaire et intersystémique des rapports de pouvoir professionnels <-> Clients». Doctorat, Montréal, Sciences humaines appliquées, Université de Montréal.
- Lemay, L. (2007). «L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 20, no 1, p. 165-180.
- Lemoine, S. (2013). *Le sujet dans les dispositifs de pouvoir*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Lépine, P. (2013). «Pour une sociologie du pouvoir. Essai de définition du phénomène du pouvoir et de sa caractérisation typologique à partir de l'ontologie de Castoriadis». Québec, Doctorat, Sociologie, Université Laval.
- Lescelleur, H., et S. Garneau. (2016). «L'autodivulgaration délibérée au prisme du travail social : entre délégitimation professionnelle et requalification». *Intervention*, vol. 144, p. 29-41.
- Levenson, J. (2017). «Trauma-informed social work practice». *Social Work*, vol. 62, no 2, p. 105-113.

- Lévesque, M., L. Negura, C. Gaucher et M. Molgat. (2019). «Social representation of social work in the Canadian healthcare setting: negotiating a professional identity». *British Journal of Social Work*, vol. bcz005, p. 1-21.
- Lévy-Bruhl, L. (1927, 1963). *L'âme primitive*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Lévy, A. (2001). «Le changement social et l'intervention dans la perspective de la psychosociologie». In *La sociologie et l'intervention. Enjeux et perspectives*, D. Vrancken et K. Olgierd (dir.), p. 191-210. Bruxelles: De Boeck Université.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw Hill.
- Lewin, K. (1938). *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Durham: Duke University Press.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers*. New York: Harper.
- Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts and field theory in social science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Libois, J., et K. Stroumza. (2007). «Le travail social aujourd'hui, en quête de sens et d'identité : éclairages par l'analyse de l'activité». In *Analyse de l'activité en travail social : Actions professionnelles et situations de formation*, K. Stroumza et J. Libois (dir.), p. 7-20. OpenEdition Books: Éditions IES.
- Lin, N. (1995). «Les ressources sociales : une théorie du capital social». *Revue française de Sociologie*, vol. 36, no 4, p. 685-704.
- Llewelyn, S. P. (1988). «Psychological therapy as viewed by clients and therapists». *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 27, no 3, p. 223-237.
- Lo Monaco, G., et C. Guimelli. (2008). «Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin». *Cahiers internationaux de Psychologie sociale*, no 78, p. 33-50.
- Lollivier, S. (2008). «La pauvreté : définitions et mesures». *Regards croisés sur l'économie*, vol. 4, no 2, p. 21-29.
- Lorquet, É. (2015). «Une entente avec l'École de formation professionnelle en hypnothérapie». *Psychologie Québec*, vol. 32, no 5, p. 17-18.
- Ludwig, A., M. (1966). «Altered states of consciousness». *Archive of general psychiatry*, vol. 15, no 3, p. 225-230.
- Lumbroso, É. (2004). «Résistance, transfert, sujet supposé savoir». In *Résistances et transferts*, Patrick Chemla (dir.), p. 29-38. Toulouse France: Érès.
- Lynch, M. (2001). «Vers une généalogie constructiviste du constructivisme». *Revue du MAUSS*, vol. 1, no 17, p. 224-246.
- Lynn, S. J., et M. N. Hallquist. (2004). «Toward a scientifically based understanding of Milton H. Erickson's strategies and tactics: hypnosis, response sets and common factors in psychotherapy». *Contemporary Hypnosis*, vol. 21, no 2, p. 63-78.
- Lynn, S. J., et I. Kirsch. (2006). «Contemporary theories and research. Chap.2 ». In *Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-Based Approach*, S. J. Lynn et I. Kirsch (dir.), p. 17-30. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., J. R. Laurence et I. Kirsch. (2015). «Hypnosis, Suggestion, and Suggestibility: An Integrative Model». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 57, p. 314-329.
- Madden, K., P. Middleton, A. M. Cyna, M. Matthewson et L. Jones. (2012). «Hypnosis for pain management during labour and childbirth». *Cochrane database systematic review*, vol. 14 novembre, no 11: CD009356.

- Maier, A.-I. (2016). «Métier». Parachute carrière. En ligne. <<https://parachutecarriere.com/5-mythes-associes-au-travail-social/>>. Consulté le 30 novembre 2020.
- Malinoski, P., et S. Lynn. (1999). «The plasticity of early memory reports: Social pressure, hypnotizability, compliance, and interrogative suggestibility». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 47, p. 320-345.
- Malinowski, B. (2001/1922). *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Paris: Gallimard.
- Marková, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales* Paris: Presses universitaires de France.
- Marquis, N. (2014). *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*. Paris: Presses universitaires de France.
- Maslow, A. H. (1943). «A theory of human motivation». *Psychological Review*, vol. 50, no 4, p. 370-396.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Masson, J. (1989). *Against Therapy*. London: Fontana.
- Masson, P. (2012). «Évaluations psychosociales : culture du positivisme et enjeux éthiques». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 25, no 1, p. 224-242.
- Mauss, M. (2007). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives* Paris: Presses universitaires de France.
- Mauss, M. (2013). *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Mayer, R., et L.-H. Groulx (1987). Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960. Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Gouvernement du Québec.
- Mcfadden, R. (2011). «Hypnosis and social work practice: Incorporating new perspectives from neuroscience». In *Social work treatment. Interlocking theoretical approaches*. 5e éd., F. J. Turner (dir.), p. 271-278.
- Mcmichael, A. (2000). «Professional identity and continuing education : a study of social workers in hospital settings». *Social Work Education*, vol. 19, no 2, p. 175-183.
- Mcmillan, E. (2016). «Les lettres et les sciences humaines n'ont plus la cote dans les universités des Maritimes». *ici.radio-canada.ca*. En ligne. <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/765387/sciences-humaines-lettres-universites-maritimes-inscriptions-chute-libre-acadie>>.
- Mead, G. H., et C. W. Morris. (1962). *Mind, self, and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago press.
- Mearns, D., et J. Mcleod. (1984). «A person-centred approach to research». In *Client centred therapy and the person-centred approach: New directions in theory, research and practice*, M. Shlein (dir.), p. 370-389. Eastbourne: Praeger.
- Méheust, B. (1999). *Somnambulisme et médiumnité (1784-1930). Tome 1. Le défi du magnétisme animal*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- Melchior, T. (1998). *Créer le réel. Hypnose et thérapie*. Paris: Seuil.
- Mendoza, E., A. Capafons, B. Espejo et D. Montalvo. (2009). «Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles». *Psicothema*, vol. 21, no 3, p. 465-470.
- Merton, R. K. (1965). *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris: Armand Colin.
- Messu, M. (1991). *Les assistés sociaux. Analyse identitaire d'un groupe social*. Paris: Privat.

- Meyer, C. (2007). *Une histoire des représentations mentales. Contribution à une archéologie de la société connaissante*. Paris: L'Harmattan.
- Meyerson, J. (2014). «The myth of hypnosis: The Need for remythification». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 62, no 3, p. 378-393.
- Michalot, T. (2010). «L'insertion sociale : un droit sous conditions : l'exemple des CHRS en France». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, no 2, p. 99-113.
- Michaux, D. (1982). «Aspects cliniques et expérimentaux de l'hypnose». Paris, U.E.R. des sciences humaines cliniques, Doctorat, Paris, Université Paris VII.
- Michaux, D. (1995). «Formes d'hypnose et formes de transe». In *La Transe et l'hypnose*, D. Michaux (dir.), p. 265-291. Paris: Imago.
- Michaux, D. (2005). «La représentation sociale de l'hypnose : conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose». *Perspectives Psy*, vol. 44, no 5, p. 341-345.
- Miles, M. B., M. Huberman et J. Saldaña. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. 3e édition. Los Angeles: Sage Publications Inc.
- Miller, A. (1986). *L'enfant sous terreur. L'ignorance de l'adulte et son prix*. J. Étoré. Paris: Éditions Aubier.
- Milner, J., et P. O'byrne. (2009). *Assessment in Social Work*. 3e édition. Houndmills: Palgrave MacMillen.
- Molgat, M. (2007). «Définir le travail social». In *Introduction au travail social (2e édition)*, J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (dir.), p. 19-40. Québec: Presses Université Laval.
- Moliner, P. (1995). «Noyau central, principes organisateurs et modèle bi-directionnel des représentations sociales. Vers une intégration théorique?». *Cahiers internationaux de Psychologie Sociale* p. 44-55.
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations à l'étude des images sociales* Grenoble: Les Presses universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (1998). «Dynamique naturelle des représentations sociales». *Cahiers internationaux de Psychologie sociale*, vol. 40, p. 62-70.
- Moliner, P. (2001). *La dynamique des représentations sociales : Pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* . Grenoble Presses universitaires de Grenoble.
- Mongeau, S. (1967). *Évolution de l'assistance au Québec*. Montréal: Édition du jour.
- Moreau, M. (1987). «L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle». *Service social*, vol. 36, no 2-3, p. 227-247.
- Moreau, N. (2009). «Entre mémoire vive, connexion et récit-projet. Une analyse sociologique du rapport au temps chez les individus « dépressifs »». Montréal, Doctorat, Sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Moreni, A., et A. Barber. (2015). «Origines et histoire de l'hypnose». *La revue Kinésithérapie*, vol. 15, no 162, p. 14-19.
- Morgan, A., et E. Hilgard. (1973). «Age differences in susceptibility to hypnosis». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 21, p. 78-85.
- Morris, R. (2000). «Social Work's Century of Evolution as a Profession : Choices Made, Oportunities Lost. From the Individual and Society to the Individual». In *Social Work at the Millenium. Critical Reflections on the Future of the Profession*, J. G. Hopps et R. Morris (dir.), p. 42-70. New York: Free Press.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris: Les Presses universitaires de France.

- Moscovici, S. (1988). «Notes towards a description of social representations». *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, no 3, p. 211-250.
- Moscovici, S. (1991). *Psychologie des minorités actives*. 3e édition. A. Rivière. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1992). «Présentation. Nouvelles voies en psychologie sociale». *Bulletin de psychologie*, vol. 405, no 4-7, p. 137-143.
- Moscovici, S. (1994). «Social representations and pragmatic communication». *Social science information / Information sur les sciences sociales, Symposium, « Représentations sociales*, vol. 33, no 2, p. 163-177.
- Moscovici, S. (1997). «Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire ». In *Les représentations sociales*, D. Jodelet (dir.), p. 79-103. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (2000a). «Influences conscientes et influences inconscientes». In *Psychologie sociale des relations à autrui*, S. Moscovici (dir.), p. 141-160. Paris: Nathan.
- Moscovici, S. (2000b). «The phenomenon of social representations». In *Social Representations. Exploration in social psychology*, S. M. E. G. Duveen (dir.), p. 18-77. Cambridge: Polity Press.
- Moscovici, S. (2001). «Why a theory of social representations ?». In *Representations of the Social : Bridging Theoretical Traditions*, K. D. G. Philogène (dir.), p. 18-61. Oxford: Blackwell.
- Moscovici, S. (2013). *Le scandale de la pensée sociale. Textes inédits sur les représentations sociales réunis et préfacés par Nikos Kalampalikis*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Moscovici, S. (2014/1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Moscovici, S., et I. Marková. (1998). «Presenting social representations: A conversation». *Culture & Psychology*, vol. 4, no 3, p. 371-410.
- Moscovici, S., et P. Ricateau. (1972). «Conformité, minorité et influence sociales». In *Introduction à la psychologie sociale Tome 1. Les phénomènes de base*, S. Moscovici (dir.), p. 139-191. Paris: Librairie Larousse.
- Moussaieff Masson, J. (1989). *Against Therapy. Emotional tyranny and the myth of psychological healing*. London: Untreed reads publishing.
- Moustakas, C. (1961). *Loneliness*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic research : Design, methodology, and applications*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Nadon, R., J.-R. Laurence et P. Campbell. (1987). «Multiple Predictors of Hypnotic Susceptibility». *Journal of personality and social psychology.*, vol. 53, no 5, p. 948-960.
- Negura, L. (2006a). «L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales ». *SociologieS*, vol. octobre. En ligne. <<http://sociologies.revues.org/993>>.
- Negura, L. (2006b). «L'évolution de la représentation sociale du travail dans le contexte de mutations économiques en Occident». *Carrièreologie*, vol. 10, no 3, p. 393-411.
- Negura, L., et C. Lavoie. (2016). «La pensée sociale et professionnelle dans l'action : l'intervention au carrefour des représentations». In *L'intervention en sciences humaines. L'importance des représentations*, L. Negura (dir.). Saint-Nicolas: Les presses de l'Université Laval.
- Negura, L., et M. Lévesque. (2019). «The role of social representations in the construction of power relations». *Journal for the theory of social Behavior*, p. 1-17.

- Negura, L., et O. Lungu. (2011). «Les thémata et l'ancrage sociologique de la nostalgie d'un passé historique. le cas de l'ostalgie». *Les Cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, vol. 1, no 89-90, p. 87-105.
- Negura, L., et M.-F. Maranda. (2004). «L'intégration socioprofessionnelle des toxicomanes : les représentations sociales des gestionnaires d'entreprises». *Recherches sociographiques*, vol. 45, no 1, p. 129-145.
- Nélisse, C. (1997). «Pour une analyse du travail». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 10, no 2, p. 135-143.
- Nimmon, L., et T. Stenfors-Hayes. (2016). «The "Handling" of power in the physicianpatient encounter: perceptions from experienced physicians». *BMC Medical Education*, vol. 16, no 114, p. 1-9.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Noble, C., et J. Sullivan. (2009). «Is social work a distinctive profession? Students, supervisors and educators reflect». *Advances in Social Work and Welfare Education*, vol. 11, no 1, p. 90-108.
- Nowotny, H. (2013). «Shifting horizons for Europe's social sciences and humanities ». *The guardian*, no 23, septembre. En ligne. <<https://www.theguardian.com/science/political-science/2013/sep/23/europe-social-sciences-humanities>>.
- Oakley, D. A. (2006). «Hypnosis as a tool in research: experimental psychopathology». *Contemporary Hypnosis*, vol. 23, p. 3-14.
- Olson, A. (2012). «Hypnosis in Clinical Social Work Practice: What Contributes To Its Under-Utilization?». Saint Paul, Minnesota, Doctorat, School of Social Work, St. Catherine University & University of St. Thomas
- Orange, D. M., G. E. Atwood et R. D. Stolorow. (2009a). *Working Intersubjectively*. New York: Routledge.
- Orange, D. M., G. E. Atwood et R. D. Stolorow. (2009b). *Working Intersubjectively. Contextualism in Psychoanalytic Practice*. New York: Routledge.
- Orne, M. T. (2014). «Hypnosis». Encyclopædia Britannica Online. En ligne. <<http://www.britannica.com/topic/hypnosis>>.
- Osteen, P. J. (2011). «Motivations, values, and conflict resolution: Students' integration of personal and professional identities». *Journal of Social Work Education*, vol. 47, no 3, p. 423-444.
- Otéro, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaines. Santé mentale et société*. Saint-Nicolas: Les Presses de l'Université Laval.
- Otéro, M. (2005). «Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation». *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 41-42, p. 5-15.
- OTSTCFQ, Ordre des Travailleurs sociaux et des Thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal, OTSTCFQ.
- OTSTCFQ, Ordre des Travailleurs sociaux et des Thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*. Montréal, OTSTCFQ.
- OTSTCFQ, Ordre des Travailleurs sociaux et des Thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2011). *L'évaluation du fonctionnement social*. Montréal, OTSTCFQ.
- Ouellette-Vézina, H., et D. Renaud. (2020). «Un canular pour faire croire à une prise d'otages». vol. 13 novembre. En ligne. <<https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2020-11-13/operation-policiere-chest-ubisoft/un-canular-pour-faire-croire-a-une-prise-d-otages.php>>.

- Paillé, P., et A. Mucchielli. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Parazelli, M., et I. Ruelland. (2017). *Autorité et gestion de l'intervention sociale : entre servitude et acte pouvoir*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Parent, C., et M.-C. Saint-Jacques. (1999). «Les deux solitudes du service social: La recherche et la pratique». *Revue canadienne de service social*, vol. 16, no 1, p. 65-85.
- Park, J. (2005). Rapport sur la santé: Le recours aux soins de santé non traditionnels. Ottawa, Statistique Canada.
- Parot, F., et M. Richelle. (1992). *Introduction à la psychologie. Histoire et méthodes*. Paris: Presses universitaires de France.
- Parsons, T. (1937). *The structure of social action*. New York: McGraw-Hill.
- Parsons, T. (1963). «On the Concept of Political Power». *Proceedings of the American Philosophical Society*, vol. 107, no 3, p. 232-262.
- Pastorello, K. (2014). *The Progressives. Activism and Reform in American Society, 1893–1917*. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses universitaires de France.
- Paul, M. (2012). «L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient». *Recherche en soins infirmiers*, vol. 3, no 110, p. 13-20.
- Pelchat, Y., R. Malenfant, N. Côté et J. Bradette. (2005). «Les intervenants sociaux en CLSC : regards sur leurs stratégies identitaires.». *Intervention*, vol. Juin, no 122, p. 122-129.
- Percheron, A. (1974). *L'univers politique des enfants*. Paris: Armand Colin.
- Pérez, J. A., et G. Mugnuy. (1993). *Influences sociales. La théorie de l'élaboration du conflit*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Perls, F. (1947). *Ego, hunger, and aggression: A revision of Freud's theory and method*. London: Allen & Unwin.
- Perrenoud, P. (1996). «Pouvoir et travail en équipe». Conférence : *Travailler ensemble, soigner ensemble*. Lausanne: CHUV, Direction des soins infirmiers.
- Pétard, J.-P. (2007). *La Psychologie sociale*. Rosny: Bréal.
- Pettigrew, A. M. (1973). *The politics of organizational decision making*. London: Tavistock.
- Petty, R. E., et J. T. Cacioppo. (1986). *Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change*. Berlin, Germany: Springer-Verlag.
- Pfeffer, J. (1981). *Power in organizations*. Marshfield, MA: Pitman.
- Phelps, H. L. (1987). «The history of clinical hypnosis from 1933-1971». San Diego, USA, Doctorat, Psychology, United States International University.
- Piaget, J. (1970). *Towards a theory of knowledge*. New York: Viking.
- Piccione, C., E. R. Hilgard et P. G. Zimbardo. (1989). «On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25 years period». *Journal of personality and social psychology*, vol. 56, p. 289-295.
- Pierce, S. (2018). «Hypnosis in the operating room». *Texas medical center news*, vol. Mars. En ligne. <<https://www.tmc.edu/news/2018/03/hypnosis-operating-room/>>.
- Polanyi, M. (1964). *Science, Faith and Society*. Chicago: University of Chicago press.
- Polanyi, M. (1998). *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. London: Routledge.

- Poliquin, H. (2015). «Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation». *Aporia*, vol. 7, no 1.
- Potter, J., et I. Litton. (1985). «Some problems underlying the theory of social representations». *British Journal of Social Psychology*, vol. 24, p. 81-90.
- Poupart, J. (2011). «D'une conception constructiviste de la déviance à l'étude des carrières dites déviantes. In *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies*. H. Dorvil et R. Mayer (dir.). p. 79-111, Montréal : Les presses de l'université du Québec.
- Pratto, F. (2016). «On power and empowerment». *British Journal of Social Psychology*, vol. 55, p. 1-20.
- Prévost, C. (2003). «Psychologie clinique et psychanalyse.». In *La psychologie clinique*, C. M. Prévost (dir.). Paris: Presses universitaires de France.
- Prud'homme, J. (2007). «Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005». Doctorat, Montréal, Histoire, Université du Québec à Montréal, 531 p.
- Pullen-Sansfaçon, A., et S. Cowden. (2012). *The ethical foundations of social work*. New York: Pearson Education Ltd.
- Py, B. (2004). «Pour une approche linguistique des représentations sociales». *Langages*, no 154, p. 6-19.
- Rabaey, H. (2016). «Perception du pauvre et de la pauvreté chez les humanistes». In *Pauvres et pauvreté en Europe à l'époque moderne (XVIe-XVIIIe siècle)*, L. Torres et H. Rabaey (dir.), p. 65-87. Montréal: Garnier.
- Rainville, P. (2004). «Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique». *Théologiques*, vol. 12, no 1-2, p. 15-38.
- Rainville, P., G. H. Duncan et M. C. Bushnell. (2000). «Représentation cérébrale de l'expérience subjective de la douleur chez l'homme». *Médecine & Science*, vol. 16, p. 519-527.
- Ranoux, M. (2015). *Panorama du travail social en Europe*. Rezé: Mission des relations européennes internationales de la coopération.
- Rateau, P. (2000). «Idéologie, représentation sociale et attitude : étude expérimentale de leurs hiérarchies». *Revue internationale de psychologie sociale*, vol. 1, no 13, p. 29-57.
- Rateau, P. (2007). «Les représentations sociales». In *Psychologie sociale*, J. P. Pétard (dir.), p. 164-225. Rosny: Bréal.
- Rateau, P., et G. Lo Monaco. (2013). «La Théorie des Représentations sociales: orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes». *Revista CES Psicología*, vol. 6, no 1, p. 1-21.
- Rave, E. J., et C. C. Larsen. (1995). *Ethical Decision Making in Therapy : Feminist Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Raven, B. (1993). «The bases of power : origins and recent developments». *Journal of social issues*, vol. 49, no 4, p. 227-257.
- Raven, B. H. (1965). «Social influence and power». In *Current Studies in Social Psychology*, I. Steiner et M. Fishbein (dir.), p. 271-281. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Réali, M. (2014). «Messmer, le démystificateur». *Les échos.fr*, vol. 26 septembre. En ligne. <http://www.lesechos.fr/26/09/2014/LesEchos/21780-417-ECH_messmer--le-demystificateur>.
- Renard, É., et N. Roussiau. (2007). «Transformation des représentations sociales et persuasion (modèle ELM) : les effets de la crédibilité de la source ». *Bulletin de psychologie*, vol. 489, no 3, p. 211-224.

- Renaud, L., et C. Thoer. (2007). «Les représentations sociales : un vecteur-clé des interventions en santé publique». *Santé Publique*, vol. 19, no 5, p. 351-352.
- Rey, A., et T. Hordé. (2010). *Dictionnaire historique de la langue française : contenant les mots français en usage et quelques autres délaissés, avec leurs origines proches et lointaines*. Paris: Dictionnaire Le Robert.
- Rhéaume, J., et R. Sévigny. (1988). «Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale». *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 1, p. 95-104.
- Richard, S. (2013). «L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique». *Reflét*, vol. 19, no 2, p. 111-139.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russel Sage Foundation.
- Rinfret-Raynor, M., G. Larouche et A. Pâquet-Deehy. (1986). «La recherche évaluative au profit de la pratique». *Service social*, vol. 35, no 1-2, p. 141-157.
- Rivest, M.-P. (2017). «Être « patiente » aujourd'hui : entre assujettissement normatif et résistances à l'imposition d'une carrière. Regards croisés sur des expériences au sein d'institutions contemporaines en santé mentale». Ottawa, École de service social, Université d'Ottawa.
- Roberts, A. H., D. G. Kewman, L. Mercier et M. F. Hovell. (1993). «The power of nonspecific effects in healing: implications for psychosocial and biological treatments». *Clinical Psychology Review*, vol. 13, p. 375-391.
- Robin, F. (2013). «Théories de l'hypnose. Chap. 2». In *Hypnose: Processus, suggestibilité et faux souvenirs*, F. Robin (dir.), p. 35-62. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Roche, S., et K. Mcconkey. (1990). «Absorption: Nature, assessment, and correlates». *Journal of personality and social psychology*, vol. 59, p. 91-101.
- Rock, M. L., et A. Hébert. (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de principe*. Montréal: Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec.
- Rogers, C. R. (1940). «The process of therapy». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, no 2, p. 163-164.
- Rogers, C. R. (1978). «Opening comments. Presented at the AHP Theory Conference, April 5, 1975». *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 18, no 1, p. 23-26.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1979). *Un manifeste personnaliste : fondements d'une politique de la personne*. Paris: Dunod.
- Rosen, A., et S. Livne. (1992). «Environmental emphases in social worker's perceptions of client problems». *The Social Service Review*, vol. 66, no 1, p. 85-96.
- Rosenthal, R. (1974). *On the social psychology of the self-fulfilling prophecy. Further evidence for Pygmalion effects and their mediating mechanisms*. New York: MSS Modular Publications.
- Rosenthal, R., et L. Jacobson. (1971). *Pygmalion à l'école. L'attente du maître et le développement intellectuel des élèves*. Paris: Casterman.
- Rosenthal, R., et L. F. Jacobson. (1968). «Teacher Expectation for the Disadvantaged». *Scientific American*, vol. 218, no 4, p. 19-23.
- Rothstein, L. R. (1995). «The Empowerment Effort That Came Undone». *Harvard Business Review* vol. 73, no 1, p. 20-31.
- Rouch, J. (1989). *La religion et la magie Sunghay*. Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles.

- Rouquette, M.-L. (2000). «Représentation et pratiques sociales : une analyse théorique». In *Représentations sociales et éducation*, C. Garnier et M.-L. Rouquette (dir.), p. 133-142. Montréal: Éditions nouvelles.
- Roussiau, N., et C. Bonardi. (2001). *Les représentations sociales. État des lieux et perspectives*. Liège: Pierre Mardaga éditeur.
- Roustang, F. (2011). *Influence*. Paris: Les éditions de minuit.
- Rudolphe, S. (2018). «Hypnothérapie en ligne». En ligne. <<https://psychoweb.ca/hypnotherapie/>>. Consulté le 3 mars 2018.
- Russ, J. (1994). *Les théories du pouvoir*. Paris: Librairie générale française.
- Russel, B. (1938). *Power: a new social analysis*. London: Allen & Unwin.
- Russell, B. (2003). *Le pouvoir*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Sado, M., E. Ota, A. Stickley et R. Mori. (2012). «Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression». *Cochrane database systematic review*, vol. 13 juin, no 6 : CD009062.
- Salem, G., et E. Bonvin. (2007). *Soigner par l'hypnose. 4e édition*. Paris Elsevier-Masson.
- Sarbin, T., R., et W. C. Coe. (1972). *Hypnosis. A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Sarbin, T. R. (1950). «Contributions to role-taking theory: 1. Hypnotic behaviour». *Psychological Review*, vol. 57, no 5, p. 255-270.
- Sarbin, T. R. (2005). «Reflections on Some Unresolved Issues in Hypnosis». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 52, no 2, p. 119-134.
- Savard, N., J. Bernard, N. Roy, G. Grenier et P. Sénéchal. (2008). *Le sexe dans les médias: obstacles aux rapports égalitaires*. Québec: Conseil du statut de la femme.
- Savoie-Zajc, L. (2000). «L'analyse de données qualitatives: pratiques traditionnelles et assistée par le logiciel NU-DIST». *Recherches qualitatives*, vol. 21, p. 99-123.
- Schaefer, R., P. Klose, G. Moser et W. Häuser. (2014). «Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis». *Psychosom Med*, vol. 76, p. 389-398.
- Schnapper, D. (1989). «Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux». *Revue française de Sociologie*, vol. 30, no 1, p. 3-29.
- Schnur, J. B., I. Kafer, C. Marcus et G. H. Montgomery. (2008). «Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis». *Contemporary Hypnosis*, vol. 25, p. 114-128.
- Seabury, B. A., B. Seabury et C. Garvin. (2011). *Foundations of interpersonal practice in social work: Promoting competence in generalist practice*. New York: Sage.
- Searle, R. H., et V. Patent. (2013). «Recruitment, Retention and Role Slumping in Child Protection: The Evaluation of In-Service Training Initiatives». *British Journal of Social Work*, vol. 43, no 6, p. 1111-1129.
- Servigne, P., et G. Chapelle. (2017). *L'entraide. L'autre loi de la jungle*. Mayenne: Éditions les liens qui libèrent.
- Seu, I. B. (1996). «A psychoanalytic feminist inquiry into shame». London UK, Sociologie, University of London.
- Sharples, F. M., R. Van Haselen et P. Fisher. (2003). «NHS patient's perspective on complementary medicine : a survey». *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 11, no 4, p. 243-248.

- Shor, R. E. (1959). *Explorations in hypnosis: A theoretical and experimental study*. Waltham, Massachusetts: Brandeis University.
- Shor, R. E., et E. C. Orne. (1962). «Norms on the Harvard group scale of hypnotic susceptibility, Form A». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 11, no 1, p. 39-47.
- Short, D. (2017). *Principles and Core Competencies of Ericksonian Therapy. Research and Teaching Manual for Ericksonian Therapy*. Phoenix: The Milton H. Erickson Foundation.
- Simard, J.-C. (2017). «La quatrième révolution industrielle en question». *ACFAS Magazine, La science en culture*. En ligne. <<https://www.acfas.ca/publications/magazine/2017/12/quatrieme-revolution-industrielle-question>>.
- Simpson, R. L. (1979). «Is Research Utilization for Social Workers?». *Journal of Social Service Research*, vol. 2, no 2, p. 143-157.
- Sinclair, R., L. Garnett et D. Berridge. (1995). *Social work and assessment with adolescents*. London, UK: National Children's Bureau.
- Smail, D. (2008). «Psychology and Power: Understanding Human Action». *The Journal of Critical psychology, Counselling and Psychotherapy*, vol. 8, no 3, p. 129-139.
- Smale, G., et G. Tuson. (1993). *Empowerment, Assessment, Care Management and the Skilled Worker*. Londres: HMSO pour le National Institute of Social Work.
- Smith, R. (2013). «Castells, Power and Social Work». *British Journal of Social Work*, vol. 43, p. 1545-1561.
- Snow, A., et R. Warbet. (2010). «Hypnosis: Exploring the Benefits for the Role of the Hospital Social Worker». *Social Work in Health Care*, vol. 49, no 3, p. 246-262.
- Soss, J., R. C. Fording et S. F. Schram. (2011). *Disciplining the poor. Neoliberal paternalism and the persistent power of race*. Chicago: University of Chicago press.
- Souchard, M., S. Wahnich, I. Cuminal et V. Wathier. (1997). *Le Pen, les mots. Analyse d'un discours d'extrême droite*. Paris: Le monde éditions.
- Souchet, L., et E. Tafani. (2004). «Pratiques, engagement et représentations sociales: Contribution expérimentale à un modèle de la dynamique représentationnelle». *Les Cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, vol. 63, p. 81-92.
- Sournia, J.-C. (2004). *Histoire de la médecine*. Paris: La Découverte.
- Spanos, N., P. (1998). *Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple. Une perspective sociocognitive*. M. Gottschalk. Paris De Boeck Université
- Spanos, N. P. (1991). «A sociocognitive approach to hypnosis». In *The Guilford clinical and experimental hypnosis series. Theories of hypnosis: Current models and perspectives*, S. J. Lynn et J. W. Rhue (dir.), p. 324-361. New York: Guilford Press.
- Spencer, H. (1907). «La genèse de l'évolutionnisme». *La Revue des cours scientifiques*, vol. 7, p. 1-6.
- Spiegler, M. D., et D. C. Guevremont. (2010). *Contemporary behavior therapy (5th ed.)*. Belmont CA: Wadsworth.
- St-Denis, K., J. Luckerhoff et F. Guillemette. (2015). «Introduction : les approches inductives en anthropologie». *Approches inductives*, vol. 2, no 2, p. 1-14.
- St-Onge, J.-C. (2013). *Tous fou? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal: Écosociété.
- Stanfield, D., et L. Beddoe. (2013). «Social work and the media: A collaborative challenge». *Aotearoa new zealand social work*, vol. 25, no 4, p. 41-51.

- Staniforth, B., K. L. Deane et L. Beddoe. (2016). «Comparing public perceptions of social work and social workers' expectations of the public view». *Aotearoa new zealand social work*, vol. 28, no 1, p. 13-24.
- Stephensen, M., G. Rondeau, J.-C. Michaud et S. Fiddler (2001). *Le travail social au Canada : une profession essentielle. Volume 1- Rapport final*. Ottawa Comité directeur de l'étude sectorielle sur le travail social, CASSW-ACCESS
- Strauss, A. L., et J. Corbin. (1998). *Basics of Qualitative Research, 2nd edition*. London Sage.
- Struthers, J. (2013). La crise des années 30 au Canada. L'encyclopédie canadienne. En ligne. <En ligne <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/crise-des-annees-1930>. Consulté le 15 janvier 2020.>.
- Sutcliffe, J. P., C. W. Perry et P. W. Sheenan. (1970). «Relation of some aspects of mental imagery and fantasy to hypnotic susceptibility». *Journal of abnormal psychology*, vol. 76, p. 279-287.
- Taiwo, A. (2018). «The Praxis of Privilege: How Social Workers Experience their Privilege». Windsor, School of Social Work, University of Windsor.
- Tanner, E. (2017). «Hypnosis and clinical social work practice». In *Social work treatment interlocking theoretical approaches*, F. J. Turner (dir.), p. 276-286. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Tap, P. (1979). «Relation interpersonnelle et genèse de l'identité». *Annales*, vol. XV, no 2, p. 7-43.
- Tefikow, S., J. Barth, S. Maichrowitz, A. Beelmann, B. Strauss et J. Rosendahl. (2013). «Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials». *Clinical Psychology Review*, vol. 33, p. 623-636.
- Tellegen, A., et G. Atkinson. (1974). «Openness to absorbing and self-altering experiences (absorption), a trait related to hypnotic susceptibility». *Journal of abnormal psychology*, vol. 83, p. 268-277.
- Teyssou, R. (2012). *Charcot, Freud et l'hystérie*. Paris: L'harmattan.
- Tourette-Turgis, C. (2010). «Savoirs de patients, savoirs de soignants : la place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique». In *La part du savoir des malades dans le système de santé*, E. Jouet et L. Flora (dir.), p. 137-154. Paris: Revue pratiques de formation : Analyses no. 58-59.
- Tremblay, P. (2005). «Les représentations sociales de la dépression: vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs». *Journal international sur les représentations sociales*, vol. 2, no 1, p. 44-56.
- Tripodi, T., et I. Epstein. (1978). «Incorporating Knowledge of Research Methodology into Social Work Practice». *Journal of Social Service Research*, vol. 2, no 1, p. 65-78.
- Trudeau, J. B., P. Desjardins et A. Dion. (2015). «Psychothérapie – Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec». *Santé mentale au Québec*, vol. 40, no 4, p. 31-42.
- Tsouyopoulos, N. (1994). «Postmodernist theory and the physician-patient relationship». *Theoretical medicine*, vol. 15, no 3, p. 267-275.
- Turcotte, V. (2005). «L'intégration de psychologues dans des équipes multidisciplinaires de première ligne : facteurs facilitateurs et obstacles». Maîtrise, Québec, Faculté de médecine, santé communautaire, Laval.
- Turner, F. J. (2002). *Diagnosis in social work : new imperatives*. New York: Haworth Social Work Practice Press.
- Turner, F. J. (2005). *Canadian Encyclopedia of Social Work*. Waterloo: Wilfrid Laurier university press.
- Turner, S., et T. Maschi. (2014). «Feminist and Empowerment Theory and Social Work Practice». *Journal of Social Work Practice*, vol. 29, p. 1-12.

- Turrel, D. (2003). «Une identité imposée : les marques des pauvres dans les villes des XVI^e et XVII^e siècles ». *Cahiers de la Méditerranée*. En ligne. <[En ligne] <http://journals.openedition.org/cdlm/97> consulté le 19 avril 2019. >.
- Vala, J. (1990). «Identities sociales et représentations du pouvoir». *Revue internationale de psychologie sociale*, vol. 3, no 3, p. 451-470.
- Van Dijk, T. A. (2012). «Structures of Discourse and Structures of Power». In *Communication Yearbook* 12, J. Anderson (dir.), p. 18-59. New York: Routledge.
- Van Dijke, M., et M. Poppe. (2006). «Striving for personal power as a basis for social power dynamics». *European Journal of Social Psychology*, vol. 36, p. 537-556.
- Van Haute, E., C. O'grada et R. Paping. (2007). «The European subsistence crisis of 1845-1850. A comparative perspective. ». *Brepols*, p. 15-40. En ligne. <<https://www.brepolsonline.net/action/showBook?doi=10.1484/M.CORN-EB.5.105948>>.
- Van Mannen, M. (2016). *Researching Lived Experience*. 2e ed. New York: Routledge.
- Van Meerbeeck, P., et J. Jacques. (2009). *L'inentendu: Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Van Nuys, D. (1973). «Meditation, attention and hypnotic susceptibility : A correlational study». *International journal of clinical and experimental hypnosis*, vol. 21, p. 56-69.
- Victor Baptiste Grebert, J. (2013). «Pourquoi choisir de devenir assistant de service social aujourd'hui ?». En ligne. <<http://www.vosbillets.ash.tm.fr/pourquoi-choisir-de-devenir-assistant-de-service-social-aujourd'hui/>>. Consulté le 15 novembre 2020.
- Vion-Dury, J., et G. Mougin. (2018). «L'expérience consciente dans les psychothérapies (II) : Réflexions épistémologiques sur le phénomène hypnotique.». *Psychiatrie, Sciences humaines et neurosciences*, vol. Soumis.
- Vodde, R. (2001). «De-centering privilege in social work education: Whose job is it anyway? ». *Race, Gender & Class*, vol. 7, no 4, p. 139-160.
- Wachtel, P. L. (2007). «Carl Rogers and the larger context of therapeutic thought». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 44, no 3, p. 279-284.
- Wagner, W. (1995). «Description, explanation and method in social representation research». *Textes sur les représentations sociales*, vol. 4, no 2, p. 1-176.
- Wagner, W. (2015). «Representation in action». In *The Cambridge Handbook of Social Representations* G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell et J. Valsiner (dir.), p. 12-28. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wagstaff, G. F. (2000). «Can hypnosis cause madness? ». *Contemporary Hypnosis*, vol. 17, no 3, p. 97-111.
- Walling, D. P., et R. E. Levine. (1997). «Power in the Hypnotic Relationship: Therapeutic or Abusive? ». *American journal of psychotherapy*, vol. 51, no 1.
- Walter, U. (2003). «Autour des questions éthiques en psychothérapie». *Psychothérapies*, vol. 23, no 2, p. 75-80.
- Wampold, B. E. (1998). «Review : bona fide psychotherapies are similar in effectiveness». *Evidence Based Mental Health*, vol. 1, p. 78-178.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzlawick, P., J. H. Beavin et D. D. Jackson. (1972). *Une logique de la communication*. J. Morche. Paris: Éditions du Seuil.

- Watzlawick, P., et G. Nardone. (1993). *The art of change : strategic therapy and hypnotherapy without trance*. Hoboken: Jossey Bass.
- Watzlawick, P., et J. Weakland, H. (1981). *Sur l'interaction. Palo Alto 1965-1974. Une nouvelle approche thérapeutique*. Paris: Éditions du seuil.
- Watzlawick, P. J., J. Helmick Beavin et D. D. Jackson. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.
- Webb, A. N., R. H. Kukuruzovic, A. G. Catto-Smith et S. M. Sawyer. (2007). «Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome». *Cochrane database systematic review*, vol. 17 octobre, no 4 : CD005110.
- Webb, S. A. (2001). «Some Considerations on the Validity of Evidence-based Practice in Social Work». *The British Journal of Social Work*, vol. 31, no 1, p. 57-79.
- Weber, M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. A. M. Henderson et T. Parsons. Glencoe, Illinois: The Free Press
- Weber, M. (1963). *Le Savant et le Politique*. Paris: Union générale d'édition.
- Weitzenhoffer, A. M. (1967). *Hypnose et suggestion*. J. Métadier. Paris: Payot.
- Weitzenhoffer, A. M. (1974). «When is an "instruction" an "instruction"? ». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 22, no 3, p. 258-269.
- Weitzenhoffer, A. M. (2000). *The practice of hypnotism. Deuxième édition*. New York: John Wiley & Sons Inc..
- Weitzenhoffer, A. M. (2002). «Scales, scales and more scales». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 44, p. 209-218.
- West, C. (1984). *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- White, M., et D. Epston. (1990). *Narrative Means To Therapeutic Ends* New York: W. W. Norton.
- White, R. C. (2017). «What Empire Got Wrong About Social Workers How TV reinforces negative perceptions of social work». *Psychology today*. En ligne.
<<https://www.psychologytoday.com/ca/blog/culture-in-mind/201705/what-empire-got-wrong-about-social-workers>>.
- Wickramasekera li, I. E. (2015). «The Elephant, the Blind Men, and Hypnosis». *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 57, p. 452-455.
- Wilkins, B. T. (2011). «Bases of power and the quality of the therapeutic relationship : the importance of congruence between client and therapist perspectives». Tallahassee, FL, Doctorat, College of social work, Florida state university.
- Williams, I. L., et P. O'connor. (2019). «Power in the Counseling Relationship: The Role of Ignorance». *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice*, vol. 4, no 2, p. 1-37.
- Willig, C., et S. W. Roger. (2017). *The Sage handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage Publications Ltd.
- Willis, G. B., et A. Guinote. (2011). «The effects of social power on goal content and goal striving: A situated perspective». *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 5, no 10, p. 706-719.
- Wilson, S., et T. Barber. (1983). «The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena». In *Imagery: Current theory, research, and application* A. Sheikh (dir.), p. 340-387. New York: Wiley.
- Woody, E. Z., et K. S. Bowers. (1994). «A frontal assault on dissociated control». In *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*, J. S. Lynn et J. W. Rhue (dir.), p. 52-79. New York: Guilford press.

- Woody, E. Z., et P. Sadler. (1998; 2008). «Dissociation theories of hypnosis». In *Oxford handbook of hypnosis*, M. Nash et A. Barnier (dir.), p. 81-100. Oxford: Oxford university press.
- Yapko, M. (2003). *Trancework. An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 3rd Edition*. New York: Routledge.
- Zelditch, M. (2001). «Theories of legitimacy». In *The psychology of legitimacy: Emerging perspectives on ideology, justice, and intergroup relations*, J. T. Jost et B. Major (dir.), p. 33-53. New York: Cambridge University Press.
- Zelditch, M., et J. Ford. (1994). «Uncertainty, Potential Power, and Nondecisions». *Social Psychology Quarterly*, vol. 57, no 64-73.
- Zola, I. K. (1981). «Culte de la santé et méfaits de la médicalisation». In *Médecine et société des années 80.*, L. Bozzino, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolf (dir.), p. 31-52. Montréal: Éditions Albert Saint Martin.
- Zugazaga, C. B., R. B. Surette, M. Mendez et C. W. Otto. (2006). «Social worker perceptions of the portrayal of the profession in the news and entertainment media: an exploratory study». *Journal of Social Work Education*, vol. 42, no 3, p. 621-636.
- Zur, O. (2007). *Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Explorations*. Washington: American Psychological Association.
- Zur, O. (2020). «Power in Psychotherapy and Counseling». En ligne.
<<https://www.zurinstitute.com/power-in-therapy/>>. Consulté le 20 janvier 2020.

ANNEXE 1 : Indication à l'utilisation de l'hypnose

Troubles de l'humeur

Sado et al., 2012 cité dans Gueguen et al., 2015	Cette revue Cochrane s'est intéressée à l'hypnose en prévention de la dépression du post-partum. Bien que certains essais indiquent la possibilité que l'hypnose puisse être efficace dans la réduction des symptômes dépressifs, il n'y a pas à ce jour de données émanant d'essais contrôlés randomisés montrant une efficacité de l'hypnose dans la prévention de la dépression du post-partum.
Alladin et Alibhai, 2007. cité dans Mendoza et al., 2009.	L'étude compare les traitements psychothérapeutiques de la dépression avec ou sans hypnose. Les résultats démontrent que les patients des deux groupes ont connu des améliorations équivalentes de leur condition. Cependant, le groupe ayant reçu une hypnothérapie a obtenu des changements significativement plus importants dans l'amélioration de l'état dépressif, l'anxiété et le désespoir. Ces améliorations se sont maintenues aux suivis de 6 et 12 mois.

Trouble anxieux

Van Dyck et Spinhoven, 1997 cités dans Mendoza et al., 2009.	Une étude comparant la combinaison hypnose et exposition in vivo pour le traitement de l'agoraphobie révèle que le groupe recevant le traitement combiné n'avait pas obtenu de meilleurs résultats que le groupe recevant seulement une exposition in vivo. Les auteurs ajoutent que si l'utilisation de l'hypnose améliore l'observance du traitement, il peut être utile de l'inclure dans les interventions contre l'agoraphobie.
Schoenberger et al., 1997 cité dans Mendoza et al., 2009.	Une intervention cognitivocomportementale pour soulager l'anxiété de parler en public a été comparée à un même type d'intervention, mais accompagnée d'hypnose. Le groupe ayant reçu les suggestions hypnotiques se démarque du groupe témoin. L'anxiété ayant diminué plus rapidement. Selon Schoenberger (2000) il s'agit de la seule dans le traitement de l'anxiété démontrant la supériorité d'un traitement cognitivo-comportementale accompagné d'hypnose.

Psychiatrie

Izquierdo de Santiago et Khan, 2007 cités dans Gueguen et al., 2015	Cette revue Cochrane s'est intéressée à l'évaluation de l'hypnose dans la schizophrénie. Les données disponibles sont très limitées. Elles suggèrent que l'hypnose utilisée en adjonction à d'autres traitements n'est pas dangereuse, au moins à court terme et chez des patients avec une symptomatologie chronique. Selon les auteurs, l'hypnose ne devrait à ce jour être considérée qu'en tant que traitement adjonctif et son utilisation, expérimentale, devrait être régulée et surveillée. Des études de bonne qualité sont nécessaires pour apporter plus d'éléments sur l'intérêt de l'hypnose
---	---

	dans la prise en charge de la schizophrénie.
--	--

Syndrome de stress post-traumatique

Lesmana et al., 2009 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai a pour but d'évaluer l'efficacité d'une forme d'hypnose intégrant un volet spirituel (SHAT) dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique. L'intervention consistait en une séance unique d'hypnose d'une durée approximative de 30 minutes réalisée en groupe. 226 enfants entre 6 et 12 ans ont été inclus dans l'étude. Ils ont été répartis en 2 groupes, un groupe intervention (n= 48) et un groupe contrôle sans aucune intervention (n=178). Au total, les auteurs concluent à l'efficacité d'un traitement bref par hypnose de type SHAT en soulignant ses avantages : brève, économique et réalisable en groupe à grande échelle. Ils reconnaissent cependant qu'il aurait été préférable d'avoir un groupe contrôle bénéficiant d'un traitement actif.
Bryant et al., 2005 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude sur le traitement du stress aigu a comparé des procédures cognitivo comportementales avec ou sans hypnose et une approche de type counseling. La méthode comprenant l'hypnothérapie a été la plus efficace dans la remémoration des traumatismes psychiques. À la fin du traitement et au suivi de 6 mois et de 3 ans, l'efficacité des procédures avec ou sans hypnose s'est révélée équivalente et supérieure au counseling. Plusieurs études ont démontré que les gens souffrant de stress post-traumatique sont hautement hypnotisables. Des recherches sont nécessaires pour que l'hypnose puisse être reconnue comme un traitement empiriquement reconnu dans le traitement du syndrome post-traumatique.
Brom et al., 1989 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les chercheurs ont comparé les effets de l'hypnothérapie, de la désensibilisation systématique et de la psychothérapie. Ces trois types d'interventions se sont révélés plus efficaces que la liste d'attente. Après le traitement et un suivi à 3 mois, aucune intervention ne s'est montrée supérieure aux autres. Cependant, la procédure hypnothérapeutique a nécessité moins de séances.

Addictologie

Hasan et al., 2014 cité dans Gueguen et al., 2015	Cet essai avait pour but d'évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie dans le sevrage tabagique. 122 patients hospitalisés pour une pathologie cardiaque ou pulmonaire ont été inclus dans l'étude et répartis dans 3 groupes : un groupe « traitement nicotinique », un groupe « hypnothérapie » et un groupe « traitement nicotinique + hypnothérapie ». Le groupe contrôle était constitué de 42 patients « sevrages sans aide ». L'hypnothérapie consistait en une séance unique individualisée, ayant lieu dans les 2 semaines suivant la sortie de l'hôpital. Le traitement substitutif consistait en la remise d'un mois de <i>patches</i> nicotiniques gratuits + gommes. Par ailleurs, les 122 patients ont tous bénéficié d'une séance de counseling intensif de 30 minutes pendant l'hospitalisation puis de counseling
---	---

	par téléphone à 1, 2, 4, 8 et 12 semaines après la sortie. À 12 semaines étaient abstinents, 43,9 % des patients du groupe hypnothérapie ; 47,4 % des patients du groupe hypnothérapie + traitement nicotinique et 28,2 % des patients du groupe traitement nicotinique. À 26 semaines étaient abstinents : 36,6 % des patients du groupe hypnothérapie ; 27 % des patients du groupe contrôle « sevrage sans aide » ; 34,2 % des patients du groupe hypnothérapie + traitement nicotinique et 18 % du groupe traitement nicotinique.
Dickson-Spillmann et al., 2013 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une séance unique d'hypnose dans le sevrage tabagique. 21 groupes totalisant 223 individus ont été randomisés : 11 groupes ont bénéficié d'une séance d'hypnose (n=116 patients) et 10 autres groupes ont bénéficié d'une séance de relaxation (n=107 patients). Les patients n'étaient informés de la thérapie qu'ils avaient effectivement reçue qu'à l'issue de la séance. Un suivi téléphonique a été réalisé à 2 semaines puis à 6 mois. Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de supériorité d'une séance unique d'hypnose par rapport à une séance unique de relaxation pour le sevrage tabagique.
Barnes et al., 2010 cités dans Gueguen et al., 2015	Cette revue Cochrane conclut que les données ne sont pas suffisantes pour recommander l'hypnothérapie comme un traitement spécifique du sevrage tabagique. De plus larges essais sont nécessaires, définissant clairement le type d'hypnose utilisée et utilisant des groupes contrôles avec des traitements actifs, de préférence avec un temps de contact avec le thérapeute similaire.
Green et al., 2008 cités dans Mendoza et al., 2009.	L'étude fait état de différences entre les sexes dans le traitement du tabagisme. Les procédures avec ou sans hypnose seraient plus efficaces chez les hommes. La faiblesse des méthodologies déployées empêche de bien mesurer l'efficacité de l'hypnose. Celle-ci est considérée aussi efficace que les autres procédures. Par ailleurs, elle est plus brève et moins coûteuse que les autres types d'intervention.
Green et Lynn, 2000 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les conclusions de l'étude de Green et Lynn (2000) classent l'hypnose comme « éventuellement efficace » dans le traitement du tabagisme. Ce type d'intervention s'est avéré plus efficace que la liste d'attente. Par ailleurs, les effets spécifiques de l'hypnose sont difficiles à séparer de ceux produits par les interventions cognitivo comportementales et éducatives. La plupart des études basent leurs résultats sur les déclarations des participants qui ont tendance à surestimer l'efficacité du traitement hypnotique. Des recherches incluant la vérification biochimique de l'abstinence sont nécessaires pour obtenir des résultats valables.
Troubles du comportement alimentaires Bolocofsky, Spinler, et Coulthard-Morris, 1985 cités dans Mendoza et al., 2009.	La plus importante étude sur l'obésité a comparé les groupes avec ou sans hypnose dans une démarche cognitivocomportementale hebdomadaire de neuf semaines. En fin du traitement, les participants des deux groupes avaient perdu en moyenne 9 livres. Cependant, après 8 mois et 2 ans, seuls les participants du groupe hypnose avaient respecté les règles du programme et continuées à perdre du poids. Ces résultats prometteurs nécessitent d'autres recherches avec

	une méthodologie plus rigoureuse afin d'établir solidement l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'obésité (Schoenberger, 2000).
--	--

Chez les enfants

Stanton, 1994 cité dans Mendoza et al., 2009.	En ce qui concerne les problèmes d'apprentissage chez les enfants, l'anxiété face aux examens a été traitée avec l'hypnose. L'étude de Stanton (1994) a comparé un groupe d'élèves utilisant l'autohypnose avec un groupe contrôle recevant le même temps d'attention et des stratégies pour réduire l'anxiété au test. Le groupe autohypnose a obtenu des réductions significativement plus importantes de l'anxiété au test à la fin du traitement ainsi que lors du suivi de 6 mois.
Edwards & Van der Spuy, 1985 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude qui remplit les conditions méthodologiques de Chambless et Hollon (1998) établit que l'hypnose est un traitement « potentiellement efficace » dans l'énurésie nocturne chez les enfants.
Crasilneck et Hall, 1985 cités dans Mendoza et al., 2009 Johnson et al., 1981 cité dans Mendoza et al., 2009.	Des rapports cliniques décrivent les résultats obtenus en utilisant l'hypnose pour améliorer la vie académique et la performance des enfants souffrant de troubles de l'apprentissage.

Désordre métabolique

Gay, 2007 cité dans Mendoza et al., 2009.	Dans cette étude deux groupes ont été évalués. Le premier a reçu une session d'hypnothérapie et le second aucun traitement. Après une année de suivi, les patients ayant reçu une hypnothérapie avaient toujours une baisse significative de leur tension artérielle comparativement au groupe témoin.
Xu et Cardeña, 2008 cité dans Mendoza et al., 2009.	Cette revue de littérature concerne l'efficacité de l'hypnose pour la gestion du diabète. Les auteurs spécifient que le stress est un facteur aggravant du déséquilibre métabolique (Diment, 1991). L'hypnose en complément au counseling peut être utile dans la diminution de l'anxiété et du stress lié au diabète et à la vie quotidienne et ainsi favoriser le contrôle métabolique chez ces patients. Le poids est un facteur de risque bien établi en particulier pour le diabète de type 2 (Willett, Dietz, & Colditz, 1999). Par conséquent, l'utilisation de l'hypnose pour la perte de poids chez les patients diabétiques nécessite un complément d'enquête. Les patients diabétiques souffrent de troubles de la circulation périphériques augmentant leur susceptibilité aux infections particulièrement dans les pieds. L'hypnose pourrait être utilisée pour améliorer la circulation sanguine étant donné que le système vasculaire s'est montré sensible aux stimuli psychologiques (Barber, 1983). L'hypnose a aussi été utilisée dans la régulation de la glycémie (Vandenbergh, Sussman et Titus, 1966) et la conformité au

	traitement (Ratner, Gross, Casas et Castells, 1990). En conclusion les auteurs proposent de développer des programmes à multiples facettes pour le traitement du diabète, y compris des suggestions hypnotiques pour améliorer le suivi du traitement, la réduction du stress et l'amélioration de la circulation sanguine dans les extrémités.
Raskin et al., 1999 cités dans Mendoza et al., 2009.	Dans cette étude pilote menée auprès de patients hospitalisés et hypertendus, trois groupes ont été comparés. Le premier a fait l'apprentissage de l'autohypnose, le second a reçu la même attention et le même temps, mais sans l'apprentissage d'une procédure de relaxation spécifique et le troisième groupe n'a reçu aucune intervention. Les résultats indiquent que les patients du groupe hypnose ont démontré une plus grande diminution de la pression diastolique suivie par ceux du second et du troisième groupe.

Troubles psychosomatiques

Flammer et Alladin, 2007. cité dans Mendoza et al., 2009.	Dans cette revue sur l'efficacité des procédures hypnotique dans le traitement des troubles psychosomatiques (acouphène, insomnie, dyspepsie, énurésie, asthme, ostéo-arthrite, douleur chronique, rhume des foins, hypertension, maux de tête chroniques, ulcère duodénal) ce sont les groupes traités seulement avec l'hypnose qui ont été comparés aux groupes contrôles (liste d'attente). Les résultats indiquent une efficacité moyenne de l'hypnose dans le traitement des troubles psychosomatiques. Les auteurs spécifient que ces résultats doivent être considérés avec réserve en raison de plusieurs limites méthodologiques comme les différences de critères de diagnostic, d'âge et de gravité des symptômes. Aussi la mesure de l'efficacité est limitée à des données post-intervention. Par ailleurs, certaines études ont été menées avec une procédure d'hypnose classique. Les études incluses dans cette méta analyse ont été menées avec des formes d'hypnose classiques (53,6 %), moderne ou éricksonienne (14,3 %) et un mélange des deux approches (32,1 %). Les résultats ont montré que les formes ericksoniennes étaient supérieures à l'hypnothérapie classique. Par ailleurs, cette supériorité peut être le résultat d'un artefact statistique, étant donné le peu d'étude réalisée avec l'hypnose moderne.
---	---

Oncologie

Lang et al., 2008 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai visait à évaluer l'efficacité de l'empathie et de l'hypnose par rapport aux soins standards sur la douleur, l'anxiété, la consommation médicamenteuse et les événements indésirables associés au traitement percutané d'une tumeur (par chimio-embolisation ou radiofréquence). 201 patients ont été randomisés en 3 groupes : un groupe contrôle recevant un traitement standard ; un groupe empathie recevant un traitement standard + attention structurée prodiguée par un professionnel supplémentaire et un groupe hypnose recevant un traitement standard + attention structurée + hypnose. Les patients du groupe hypnose ont présenté
---	---

	des scores d'intensité douloureuse et de niveau d'anxiété significativement inférieurs au groupe de traitement standard à certains temps (15-30 et 30-45 minutes), et significativement inférieurs au groupe empathie à d'autres temps (30-45 et 75-90 minutes pour l'anxiété, 15-30, 30-45, 75-90 et 120-135 minutes pour la douleur), ainsi qu'une consommation médicamenteuse réduite (2 unités en moyenne versus 3 dans le groupe standard et 3,5 dans le groupe empathie).
Schnur et al., 2008 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les patientes se présentant pour une biopsie du sein étaient aléatoirement affectées à deux groupes. Le jour de la chirurgie, les participantes des deux groupes se comparaient en termes socio démographique, de variables médicales et de détresse. En préchirurgie un groupe recevait une séance de 15 minutes d'hypnose et l'autre une session d'écoute empathique. On a noté que les patientes du groupe hypnose avaient des valeurs moindres pour les troubles émotionnels préopératoires, l'humeur dépressive et l'anxiété.
Richardson et al., 2007 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette méta-analyse concernant l'efficacité de l'hypnose pour diminuer les nausées et les vomissements induits par la chimiothérapie chez les enfants révèle l'efficacité de l'hypnose.
Montgomery et al., 2007 cités dans Mendoza et al., 2009.	Des patientes sélectionnées pour une chirurgie du cancer du sein étaient affectées à deux groupes de manière aléatoire. Avant l'opération un groupe recevait une session d'hypnose de 15 minutes et l'autre une session d'écoute empathique. Les résultats démontrent que les patientes du groupe hypnose avaient besoin de moins de propofol et lidocaïne, ressentaient la douleur avec moins d'intensité, avaient moins de nausée, de fatigue, d'inconfort et de bouleversement émotionnel. En salle de réveil, l'utilisation de fentanyl, de midazolam et d'analgésiques a été similaire dans les deux groupes.
Richardson et al., 2006 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette revue sur l'efficacité de l'hypnose dans le contrôle de la douleur et de la détresse chez les enfants cancéreux conclut au potentiel clinique de l'hypnose.
Spiegel et Moore's, 1997 cités dans Mendoza et al., 2009.	Dans cette étude les auteurs rapportent qu'après 10 ans les femmes atteintes de cancer ayant reçu hebdomadairement pendant une année une thérapie de groupe « de soutien/expression » augmentaient de façon significative leur espérance de vie
Jacknow et al., 1994 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude a comparé l'efficacité de l'hypnose lors d'un traitement standard (médication antiémétique) pour réduire les effets de la chimiothérapie chez les enfants. Un groupe d'enfant a appris une technique d'autohypnose accompagnée de techniques d'imagerie et de relaxation musculaire progressive et a reçu des suggestions directes pour le contrôle des vomissements. Les enfants du groupe contrôle ont passé un temps équivalent à converser avec un thérapeute. À la fin de l'intervention, les épisodes de nausée et de vomissements étaient équivalents dans les deux groupes, cependant, les enfants du groupe contrôle ont requis significativement plus de médicaments antiémétiques que les enfants du groupe hypnose. Au suivi de 1 et 2 mois les enfants du groupe hypnose avaient nettement moins vécu de nausées par

	anticipation que celles du groupe de contrôle.
Syrjala et al., 1992 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude a été menée auprès de patients recevant une transplantation de la moelle osseuse et visait à évaluer l'efficacité de l'hypnose dans la réduction de la douleur. Il y avait trois groupes, le premier recevait une hypnothérapie consistant en des instructions de relaxation accompagnée d'une restructuration cognitive, le second recevait les soins habituels et le dernier ne recevait pas d'attention spécifique. Les participants du groupe hypnose ont considérablement réduit leur douleur comparativement aux autres groupes.
Zeltzer et al., 1991 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les auteurs ont mis au point une méthode novatrice d'hypnose clinique axée sur l'imagination pour aider les enfants atteints de cancer. Un groupe traité avec l'hypnose a été comparé à un groupe traité avec des techniques de relaxation et à un autre groupe ayant bénéficié du même temps d'attention, mais sans apprentissage. Les résultats démontrent que les enfants du groupe hypnose ont vécu une période plus courte de nausée et des vomissements que les enfants des autres groupes.
Lyles et al., 1982 cités dans Mendoza et al., 2009.	Dans cette étude sur l'efficacité de l'hypnose dans la réduction des nausées suite à un traitement de chimiothérapie un groupe a reçu une hypnothérapie (relaxation musculaire ; instructions d'imagerie guidée), un autre groupe contrôle recevait un accompagnement avec un thérapeute. Les individus du groupe ayant bénéficié d'une hypnothérapie ont mieux géré leur anxiété et avaient beaucoup moins de nausées et des vomissements.

Chirurgie et examen médicaux

Hansen et al., 2013 cités dans Häuser et al., 2016	Dans cet essai sur l'efficacité de l'hypnose - même sans induction de transe formelle a été évaluée lors d'une craniotomie consistant en l'ablation d'une tumeur cérébrale. Lors de cette procédure, le patient a reçu une anesthésie régionale de la tête et est resté éveillé pendant toute la durée de la chirurgie cérébrale sans nécessiter de sédation ni d'analgésie supplémentaire.
Schnur et al., 2008 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette méta-analyse examine les effets de l'hypnose dans la réduction de la détresse émotionnelle associée aux procédures médicales. 82 % des patients ayant bénéficié de l'hypnose ont des niveaux inférieurs de détresse émotionnelle par rapport aux patients du groupe contrôle. Ces résultats appuient l'utilisation de l'hypnose en tant qu'agent non pharmacologique pour réduire la détresse émotionnelle chez les patients.
Lobe, 2006 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude rapporte que l'hypnose périopératoire chez les enfants réduit la durée de l'hospitalisation et qu'il y a moins de recours aux analgésiques après la chirurgie. Les patients du groupe d'hypnose ont passé en moyenne 2,8 jours à l'hôpital comparativement à 4,6 jours pour le groupe contrôle.
Uman et al., 2006 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette revue de littérature soutient l'efficacité des interventions psychologiques (cognitivo comportementales) pour aider les enfants à gérer la douleur et la détresse causées par procédures liées aux aiguilles. Les auteurs ont conclu que l'hypnose est la stratégie la plus prometteuse.

Lang et al., 2006 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai avait pour but d'évaluer l'efficacité de l'empathie et de l'hypnose par rapport aux soins standards sur la douleur, l'anxiété, la durée et le coût d'une macro biopsie mammaire. 240 patientes ont été randomisées en 3 groupes, 76 dans le groupe « soins courants », 82 dans le groupe « soins courants + empathie » et 78 dans le groupe « soins courants + empathie + hypnose ». La durée des interventions ne différait pas significativement entre les 3 groupes. En ce qui concerne l'évolution de l'anxiété au cours de la procédure, les auteurs notent une supériorité d'efficacité de l'hypnose sur l'empathie, elle-même supérieure aux soins courants. L'évolution de l'intensité douloureuse différait également selon les groupes, avec une supériorité de l'hypnose et de l'empathie sur les soins courants (sans différence entre l'empathie et l'hypnose).
Baglini et al., 2004 cités dans Mendoza et al., 2009. Faymonville et al., 1999 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les auteurs ont passé en revue 1 650 cas de chirurgie dans lesquels l'hypnose a été utilisée dans une variété de procédures avec sédation consciente au lieu d'une anesthésie générale. L'hypnose a été bénéfique. Les patients ont signalé un plus grand confort, un sentiment de participation active, une récupération plus rapide et un séjour hospitalier plus court, comparativement aux patients ayant subi un protocole standard d'anesthésie.
Montgomery et al., 2002 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les auteurs ont effectué une méta-analyse concernant l'utilisation de l'hypnose en chirurgie. Les auteurs avaient pour objectif de déterminer les effets bénéfiques de l'hypnose et de vérifier l'efficacité de l'induction effectuée in vivo ou par le biais de cassettes audio. Les résultats indiquent que 89 % des patients ayant subi une intervention chirurgicale ont bénéficié de l'hypnose par rapport aux patients du groupe contrôle. Ces effets étaient apparents dans six catégories de résultats cliniques : les affects négatifs, la douleur, le besoin d'analgésique, les indicateurs physiologiques, la récupération et la durée d'hospitalisation. Les méthodes d'induction se sont montrées également efficaces. Par conséquent, l'hypnose peut être considérée comme un adjuvant efficace dans la réduction des conséquences néfastes de la chirurgie.
Lang et Rosen, 2002 cités dans Gueguen et al., 2015 Lang et al., 2000 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai avait pour objectif de mesurer l'efficacité de l'hypnose sur la consommation d'antalgique et le taux d'anxiété suite à une intervention invasive de radiologie. 241 patients devant réaliser un examen de radiologie interventionnelle ont été randomisés en 3 groupes : traitement standard (n=79), traitement standard + attention structurée (n=80) et traitement standard + relaxation par hypnose (n=82). La durée moyenne de l'intervention était significativement inférieure dans le groupe hypnose par rapport au groupe traitement standard (61 minutes versus 75 minutes). La durée de l'intervention dans le groupe attention structurée était intermédiaire (67 minutes en moyenne), sans différence statistiquement significative avec les 2 autres groupes. Les auteurs concluent que l'adjonction de méthodes non pharmacologiques ont un effet positif sur les niveaux de confort du patient par rapport au niveau de confort dans les conditions standards de prise en charge, et ce malgré une diminution de moitié de la quantité d'antalgiques et d'anxiolytiques administrés. Ils estiment que l'attention structurée permet déjà une tendance à

	l'amélioration du confort, et que l'addition de l'hypnose rend cette amélioration statistiquement significative.
Milling et Constantino, 2000 cités dans Mendoza et al., 2009. Kuttner et al., 1988 cités dans Mendoza et al., 2009. Zeltzer et LeBaron, 1982 cités dans Mendoza et al., 2009.	L'efficacité de l'hypnose a été évaluée chez des enfants dans le contrôle de la douleur et de la détresse causées par un traitement médical invasif comme le prélèvement de la moelle osseuse. Les résultats ont montré une différence significative de la réduction de la douleur et de l'anxiété dans les groupes hypnose et distraction chez les enfants plus âgés et dans le groupe hypnose chez les plus jeunes. Cependant, il n'y avait pas de différences entre les groupes dans l'auto-évaluation de la douleur et de l'anxiété. En dépit de ces contradictions, les résultats tendent à suggérer que l'hypnose était l'intervention qui a produit le plus grand soulagement dans tous les groupes d'âge.
Lang et al., 2000 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude comparait les groupes de patients ayant subi des interventions vasculaires cutanées et rénales traitées avec des soins standards ou de la relaxation induite par autohypnose. Les résultats indiquent que les procédures opératoires chez les patients du groupe hypnose étaient plus courtes. De plus, la stabilité hémodynamique était supérieure et nécessitait moins d'analgésiques que les patients du groupe de soins standard.
Faymonville et al., 1997 cités dans Mendoza et al., 2009.	Dans cette étude concernant la réduction de l'inconfort périopératoire, l'hypnose a été comparée aux stratégies conventionnelles de réduction du stress. Les résultats indiquent que le groupe hypnose avait besoin de moins d'analgésique et de sédatif et bénéficiaient d'un plus grand soulagement de la douleur et de l'anxiété avant, pendant et après la chirurgie.
Lang et al., 1996 cités dans Mendoza et al., 2009.	L'étude révèle que lors d'une intervention brève en radiologies l'autohypnose et la relaxation ont entraîné moins d'interruptions de procédure et une diminution de la quantité de sédatifs et d'analgésiques comparativement au groupe témoin.

Dermatologie

(1) Pinnel et Covino, 2000 cités dans Mendoza et al., 2009. (2) Spanos et al., 1988 cités dans Mendoza et al., 2009. (3) Lynn et Kirsch, 2006 cités dans Mendoza et al., 2009.	Il existe des rapports anecdotiques indiquant que les interventions hypnotiques se traduisent par une réduction des démangeaisons et de l'inconfort causé par les verrues et la réduction des lésions cutanées (1). Une étude (2) révèle que les participants ayant reçu un traitement hypnotique et de visualisation pour l'élimination des verrues ont obtenu des résultats significativement plus élevés que les participants du groupe contrôle. Par conséquent, l'imagerie et l'hypnose semblent être des méthodes efficaces pour réduire ou éliminer les verrues (3).
Ewin, 1992. Zachariae et al., 1996 cités dans Mendoza et al., 2009.	Il existe plusieurs études anecdotiques sur le traitement d'affections dermatologiques telles que l'eczéma, l'ichtyose, les verrues et le psoriasis à l'aide de l'hypnose. Les interventions pour les verrues et le psoriasis sont les plus étudiées.
Winchell et Watts, 1988. Zachariae et al., 1996 cités dans Mendoza et al., 2009.	Dans ces deux revues de la littérature, plusieurs études de cas et une étude expérimentale ont été examinées. Les recherches rapportent les avantages des interventions psychologiques dans le traitement du psoriasis.

Gastro-entérologie

Moser et al., 2013 cités dans Gueguen et al., 2015	L'essai a pour but d'évaluer l'efficacité de l'hypnose sur la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. 100 patients ont été répartis en 2 groupes : un groupe hypnose + traitement médical de soutien et un groupe traitement médical de soutien. L'hypnose consistait en 10 séances de groupes (6 patients par groupe) de 45 minutes sur une période de 12 semaines. Le traitement médical de soutien consistait en des visites médicales réalisées par un médecin psychosomaticien et un traitement symptomatique adapté aux symptômes du patient. Les auteurs rapportent une amélioration significative chez 28/46 des sujets du groupe hypnose (soit 60,8 %) versus chez 18/44 (40,9 %) des sujets du groupe contrôle. Cette différence perdurait 12 mois après la 1re intervention. Cette étude a montré un bénéfice de l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. Cet essai présente des limites méthodologiques qui ne permettent pas de lever les incertitudes de la conclusion de la revue Cochrane (Webb et al. 2007), mais n'invalide pas le fait que l'hypnothérapie apparait être une intervention sûre, elle pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard.
Lindfors et al. 2012 cités dans Gueguen et al., 2015	L'essai a pour but d'évaluer l'efficacité de l'hypnose sur la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. Dans cet essai (no.1), 90 patients ont été randomisés en 2 groupes : un groupe hypnothérapie et un groupe thérapie de soutien. Un autre essai (no.2) a étudié 48 patients divisés en deux groupes : un groupe hypnothérapie et un groupe liste d'attente. Dans le premier essai une différence statistiquement significative entre les 2 groupes est observée avec une réduction des symptômes à 3 mois plus marquée dans le groupe hypnothérapie par rapport au groupe contrôle et qui persistait lors du suivi à 1 an. Dans l'essai n°2 les résultats indiquent une amélioration significative dans le groupe hypnose, mais pas dans le groupe contrôle. Cependant les comparaisons intergroupes n'ont pas mis en évidence de différence d'évolution statistiquement significative entre les groupes. En discussion les auteurs soulignent que leurs résultats ne sont pas aussi significatifs que ceux rapportés par d'autres études et supposent que cela pourrait être lié au fait que les hypnothérapeutes n'avaient pas une grande expérience dans la prise en charge spécifique du syndrome de l'intestin irritable, et au faible effectif de l'étude. Cet essai présente des limites méthodologiques qui ne permettent pas de lever les incertitudes de la conclusion de la revue Cochrane (Webb et al. 2007), mais n'invalide pas le fait que l'hypnothérapie apparait être une intervention sûre, elle pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard.
(1) Häuser, 1997 cité dans Häuser et al., 2016 (2) Rutten et al., 2014 cités dans Häuser et al., 2016 (3) Gonsalkorale et al., 2002 cités dans Häuser et al.,	Ces essais concernant la gastroentérologie rapportent que l'hypnose et l'autohypnose ont permis les procédures diagnostiques d'endoscopie (oesophage, estomac, duodénum) sans sédation (1). L'utilisation de fichiers audio est également efficace pour diminuer les symptômes répertoriés dans le syndrome du côlon irritable (2). Les départements de gastroentérologie de Grande-Bretagne (3), d'Autriche (4) et des États-Unis (5) ont intégré des services psychosociaux offrant une hypnose assistée par fichier et en direct

2016 (4) Moser et al., 2013, cités dans Häuser et al., 2016 (5) Kinsinger et al., 2015 cités dans Häuser et al., 2016	aux patients souffrant de troubles gastro-intestinaux fonctionnels qui ne répondent pas bien au traitement médicamenteux conventionnel. Certains gastro-entérologues allemands proposent l'hypnose comme alternative à la sédation lors de l'œsophagogastroduodénoscopie.
Gonsalkorale et Whorwell, 2005 cités dans Mendoza et al., 2009. Whitehead, 2006 cité dans Mendoza et al., 2009. Whorwell, 2006 cités dans Mendoza et al., 2009. Gonsalkorale et al., 2002 cités dans Mendoza et al., 2009.	L'hypnose comme adjuvant à un traitement cognitivocomportemental a démontré empiriquement son efficacité et sa pérennité. L'hypnose diminue les symptômes gastro-intestinaux et améliore le bien-être psychologique des patients qui n'ont pas répondu aux traitements médicaux classiques.
Vlieger et al., 2007 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude a examiné l'efficacité de l'hypnothérapie dans le traitement des douleurs abdominales fonctionnelles et du syndrome du côlon irritable chez des enfants. Un groupe a été traité avec une procédure médicale standard et six séances de thérapie de soutien et l'autre avec six séances d'hypnothérapie. L'hypnothérapie s'est montrée significativement supérieure avec une réduction significativement plus grande des scores de douleur par rapport au groupe témoin. À 1 an de suivi, 85 % des patients du groupe hypnose bénéficiaient encore des avantages du traitement comparativement à 25 % des patients du groupe de traitement médical standard.
Webb et al. 2007 cités dans Gueguen et al., 2015	Une revue Cochrane s'est intéressée à l'hypnose dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. Les résultats suggèrent un effet bénéfique à court terme. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison des faibles effectifs et des limites méthodologiques des essais. Cependant, l'hypnothérapie apparaît être une intervention sûre et pourrait donc être essayée chez les patients résistant au traitement médical standard.
Calvert et al., 2002 cités dans Gueguen et al., 2015	Un essai s'est intéressé à l'hypnothérapie pour la prise en charge de la dyspepsie. 126 sujets ont été divisés en 3 groupes : un groupe hypnose (12 séances individuelles de 30 minutes), un groupe traitement de soutien + placebo et un groupe traitement médicamenteux seul. Les auteurs notent une plus grande amélioration des symptômes dans le groupe hypnose par rapport aux 2 autres groupes à long terme (56 semaines). À court terme l'amélioration était de 59 % dans le groupe hypnose versus 40,7 % dans le groupe traitement de soutien+ placebo. À long terme, l'amélioration de la qualité de vie dans le groupe hypnose est significativement supérieure par rapport au groupe traitement médicamenteux, mais est comparable à celle du groupe traitement de soutien + placebo.

Immunologie

Bakke et al., 2002 cités dans Mendoza et al., 2009. Kiecolt-Glaser et al., 2001 cités dans Mendoza et al., 2009. Wood et al., 2003 cités dans Mendoza et al., 2009.	Plusieurs études ont rapporté que l'utilisation de l'hypnose pouvait améliorer les fonctions immunitaires. Cependant, étant donné la taille des échantillons et la disparité des paramètres immunitaires évalués ces résultats doivent être étendus et reproduits.
Olness et al., 1989 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude suggère que l'hypnose contribue à augmenter la résistance immunitaire chez les enfants en réduisant les effets du stress.

Gynécologie et obstétrique

Werner et al., 2013 a cités dans Gueguen et al., 2015 Werner et al., 2013b cités dans Gueguen et al., 2015 Werner et al., 2013c cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai a pour but d'évaluer l'efficacité de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur liée au travail et à l'accouchement. Trois groupes de patientes sont comparés. Un premier groupe (n=497) a bénéficié de trois séances d'hypnose (en groupe), un deuxième (n=495) de trois séances de relaxation et un dernier groupe contrôle (n=230), d'une prise en charge habituelle sans préparation spécifique. 31,2 % des participantes du groupe hypnose ont eu recours à la péridurale comparativement à 29,8 % dans le groupe relaxation et 30,0 % dans le groupe contrôle. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les trois groupes en ce qui concerne la douleur rapportée par les femmes, la durée du travail, l'allaitement, les préférences pour un prochain accouchement. Au total, cette large étude de bonne qualité n'a pas trouvé d'effet significatif de l'hypnose sur le recours à la péridurale.
Elkins et al., 2013 cités dans Gueguen et al., 2015	Un essai s'est intéressé à l'hypnose dans la prise en charge des bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées. 187 femmes ménopausées ont été randomisées en 2 groupes, un groupe recevant pendant 5 semaines une séance d'hypnose (45 minutes) appuyée par l'écoute quotidienne d'un audio-CD. Le groupe contrôle bénéficiait de 5 sessions « d'attention structurée ». L'hypnose clinique a supplanter la thérapie contrôle pour diminuer la fréquence des bouffées de chaleur. Ces résultats ne peuvent être généralisés en raison d'un biais d'autosélection des participantes (p.68).
Madden et al., 2012 cités dans Gueguen et al., 2015	Cette revue de littérature conclut qu'à ce jour, le nombre d'études évaluant l'hypnose pour la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement reste insuffisant. Bien que l'hypnose semble offrir des perspectives intéressantes, il n'y a pas à ce jour de preuve de son efficacité pour la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement ou pour l'augmentation du taux de naissances par voie basse spontanée.
Marc et al., 2009 cités dans Gueguen et al., 2015 Marc et al., 2008 cités dans	Cet essai avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'hypnose comme méthode antalgique adjuvante lors d'une interruption chirurgicale de grossesse. 350 femmes ont été divisées en 2 groupes : 176 dans le groupe contrôle (qui bénéficiaient de la procédure de prise en charge habituelle) et 174 dans le groupe hypnose, qui bénéficiaient d'une première hypnothérapie 20 minutes avant l'intervention, puis étaient accompagnées pendant

Gueguen et al., 2015	toute la durée de l'intervention par un hypnothérapeute, qui suivait un protocole d'intervention standardisé. 63 % des femmes du groupe hypnose ont reçu au moins une dose de sédation-analgésie vs 85 % des femmes du groupe contrôle. Dans les 2 groupes, la première dose de sédation était majoritairement à l'initiative de la patiente et non du médecin. Les niveaux d'intensité douloureuse et d'anxiété ne différaient pas entre les deux groupes. 99 % des femmes du groupe hypnose se sont déclarées satisfaites de leur expérience et 97 % des patientes du groupe hypnose affirmaient qu'elles recommanderaient ce type d'intervention.
Brown et Hammond, 2007 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les études répertoriées sur les avantages et l'efficacité de l'hypnose en obstétrique démontrent que l'hypnose aide à réduire les douleurs de travail et d'accouchement de manière significative ainsi que le recours aux médicaments pendant et après le travail et l'accouchement. De plus, l'hypnose s'est avérée être un complément efficace au traitement médical d'un accouchement prématuré de quadruplés.
Levitas et al., 2006 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude démontre que l'hypnose facilite la grossesse chez les femmes qui subissent des interventions de fertilisation.
Cyna et al., 2004 cités dans Mendoza et al., 2009.	Plusieurs études démontrent que les mères ayant reçu une hypnothérapie utilisent moins d'analgésique.
(1) Pinnel et Covino, 2000 cités dans Mendoza et al., 2009. (2) Freeman et al., 1986 cités dans Mendoza et al., 2009. (3) Brann et Guzvic, 1987 cités dans Mendoza et al., 2009. (4) Jenkins et Pritchard, 1993 cités dans Mendoza et al., 2009.	Selon une revue de littérature (1) les patientes traitées avec l'hypnose avaient plus de satisfaction avec l'expérience de la naissance (2) ; le travail était plus court (3 ; 4) et elles utilisaient beaucoup moins de médicaments antalgiques que les patients de groupes témoins (4).

Pneumologie et ORL

Ross et al., 2007 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude menée auprès de 393 patients souffrant d'acouphène chronique et subaigu conclut, après un traitement de 28 jours, à une amélioration significative chez 90,5 % des patients souffrant d'acouphènes subaigus et 88,3 % des patients avec les acouphènes chroniques. De même, une amélioration de la qualité de vie a été notée.
Maudoux et al., 2007 cités dans Mendoza et al., 2009.	Une étude longitudinale prospective non randomisée menée auprès de 49 patients souffrant d'acouphènes chroniques démontre que l'autohypnose permet de moduler les symptômes de l'acouphène.

Brown, 2007 cité dans Mendoza et al., 2009.	Une revue de littérature conclut que l'hypnose est possiblement efficace pour diminuer la sévérité des symptômes et les comportements liés à la maladie et efficace dans la gestion des états émotionnels qui exacerbent l'obstruction des voies respiratoires. De même, l'hypnose est jugée possiblement efficace dans la diminution de l'obstruction des voies respiratoires et pour stabiliser l'hyperactivité des voies respiratoires chez certains patients. Par ailleurs, il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure à l'effet de l'hypnose sur le processus inflammatoire de l'asthme. Il est nécessaire de reproduire ces résultats avec de plus larges échantillons et de meilleurs modèles expérimentaux.
Anbar et Hummell, 2005 cités dans Mendoza et al., 2009.	Une expérience de trois ans concernant les problèmes respiratoires chez des enfants a rapporté que l'utilisation de l'autohypnose permet d'atténuer l'anxiété, l'asthme, les douleurs thoraciques, la dyspnée, la toux habituelle et l'hyperventilation. Les auteurs ont constaté que 82 % des patients ont signalé une amélioration ou une résolution de leurs symptômes.
Belsky et Khanna, 1994 cités dans Mendoza et al., 2009.	Des enfants atteints de fibrose kystique traités avec une autohypnose ont montré une nette amélioration de leur fonction pulmonaire, de leur estime de soi et une diminution de leur anxiété concernant leur état santé comparativement au groupe témoin.
Attias et al., 1993 cités dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude conclut que l'autohypnose réduit de manière significative la sévérité des acouphènes. Une amélioration significative a été remarquée dans 7 symptômes gênants sur 10.
Attias et al., 1990 cités dans Mendoza et al., 2009.	L'efficacité de l'autohypnose a été comparée dans trois groupes de patients souffrant d'acouphènes. Le premier groupe a reçu une formation à l'autohypnose, le second a reçu un bref stimulus auditif et le troisième n'a reçu aucun traitement (liste d'attente). 73 % des patients du groupe autohypnose ont signalé la disparition des acouphènes pendant les séances de traitement comparativement à 24 % dans le groupe de stimulation auditive brève. Le groupe hypnose était le seul groupe montrant une amélioration significative des symptômes après 2 mois.
Ben-Zvi et al., 1982 cités dans Mendoza et al., 2009.	Deux groupes de patient asthmatiques ont été comparés. Un groupe bénéficiait d'une hypnothérapie et l'autre d'une relaxation musculaire progressive. Les participants du groupe hypnose ont rapporté avoir significativement moins de sifflements respiratoires et utilisé moins de médicaments à la fin du traitement. Selon une procédure en aveugle les médecins traitants ont constaté l'amélioration des patients appartenant au groupe hypnose. Dans cette étude, un effet de genre a été constaté, les femmes ont signalé une réduction plus importante des symptômes que les

	hommes.
Ewer et Stewart, 1986 cités dans Mendoza et al., 2009. Ben-Zvi et al., 1982 cités dans Mendoza et al., 2009.	Les conclusions de ces études corroborent l'efficacité de l'hypnose dans l'amélioration des patients asthmatiques.

Dentisterie

Mackey, 2010 cité dans Gueguen et al., 2015	L'étude a cherché à évaluer l'impact des suggestions hypnotiques lors d'une extraction de 3 ^{es} molaires sur l'administration peropératoire de propofol, la consommation post opératoire d'antalgiques et l'intensité douloureuse post opératoire. On attribuait alternativement à 100 patients un CD audio de musique ou un CD avec des suggestions hypnotiques. La quantité additionnelle de propofol utilisées en peropératoire a été inférieure dans le groupe hypnose, $117,85 \mu\text{g} \pm 42,51$ versus $154,08 \pm 50,86$ dans le groupe contrôle. L'intensité douloureuse post opératoire a été de $2,57 \pm 1,48$ dans le groupe hypnose versus $3,97 \pm 1,45$ dans le groupe contrôle. La consommation d'antalgiques en post opératoire a été de $2,95$ comprimés $\pm 1,96$ dans le groupe hypnose versus $4,22 \pm 1,50$ dans le groupe contrôle.
Montgomery et al., 2010 cités dans Gueguen et al., 2015 Montgomery et al., 2007 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai visait à mesurer l'efficacité de l'hypnose sur le contrôle des symptômes douloureux et de l'inconfort en chirurgie dentaire. 200 Sujets ont été divisés en deux groupes : un groupe intervention avec une séance d'hypnose standardisée pré chirurgie de 15 minutes et un groupe contrôle avec une intervention thérapeutique pré chirurgie de 15 minutes. Les patients du groupe hypnose ont reçu moins de médicaments que les patients du groupe contrôle. Les symptômes (douleur : intensité physique et caractère désagréable, nausées, fatigue, inconfort physique et bouleversement émotionnel) ont été d'une intensité moindre dans le groupe hypnose que dans le groupe contrôle.
Al-Harasi et al., 2010 cités dans Gueguen et al., 2015	Une revue Cochrane s'est intéressée à l'utilisation de l'hypnose dans les soins dentaires pédiatriques et conclut que les données sont insuffisantes pour suggérer un effet bénéfique de l'hypnose dans cette pratique.
Eitner et al., 2010 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai s'est intéressé à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'hypersensibilité dentinaire. 102 patients divisés en quatre groupes ont été évalués. Un premier groupe contrôle sans traitement et trois groupes actifs recevant une séance d'hypnose, fluorisation et désensibilisation. Les résultats démontrent une supériorité globale des groupes intervention par rapport à l'absence de traitement, sans retrouver de différence entre les 3 groupes d'intervention. Non conçu comme un essai d'équivalence, cet essai

	présentant d'importantes limites méthodologiques ne permet pas de tirer des conclusions d'équivalence entre les 3 traitements actifs.
(1) Schmierer, 2010 cité dans Häuser et al., 2016 (2) Faymonville, 2010 cité dans Häuser et al., 2016 (3) Faymonville et al., 1997 cités dans Häuser et al., 2016 (4) Faymonville et al., 1995 cités dans Häuser et al., 2016	Dans ces essais l'hypnose a été utilisée au lieu de l'anesthésie locale en chirurgie dentaire (1) et à la place de l'anesthésie pour une chirurgie plus étendue (cholécystectomie, pontage aorto-coronarien) (2). L'hypnose est couramment utilisée comme complément plutôt que comme alternative aux techniques d'anesthésie modernes. Elle est principalement utilisée pour réduire au minimum l'anxiété et le stress. Il a été démontré que l'hypnose réduit de manière statistiquement significative la douleur, l'anxiété et la consommation d'analgésiques et de sédatifs chez les patients opérés sous anesthésie locale ou régionale (3, 4).
Lynn et Kirsch, 2006 cités dans Mendoza et al., 2009.	Des données anecdotiques et empiriques soutiennent les avantages de l'hypnose en complément aux techniques de dentisterie. Par ailleurs, l'hypnose ne peut pas être considérée comme un substitut à l'anesthésie locale. De meilleures études sont nécessaires pour constater l'efficacité de l'hypnose dans l'amélioration de la tolérance à l'orthodontie.
Eitner et al., 2006 cités dans Mendoza et al., 2009.	Dans le cadre d'une étude clinique comparative menée auprès de 45 patients devant subir une chirurgie maxillo-faciale des paramètres physiologiques ont été examinés suite à une hypnothérapie. Les résultats pendant et après la chirurgie ont montré que l'hypnose aidait les patients à réduire de manière significative la pression artérielle systolique et à améliorer leur oxygénation. Des modifications de l'EEG ont également été enregistrées. De plus, le niveau subjectif de relaxation a été augmenté et les réactions neurophysiologiques de l'anxiété d'anxiété (paramètres vitaux) diminuée.
Moore et al., 2002 cités dans Gueguen et al., 2015	Cet essai (n=206 patients) qui s'est intéressé à l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété occasionnée lors des soins dentaires n'a pas démontré de bénéfice spécifique par rapport aux autrestypes de traitements. Cet essai présentait également d'importantes limites méthodologiques.
Simon et Lewis, 2000 cités dans Mendoza et al., 2009.	L'étude a évalué l'efficacité de l'hypnose chez les patients récalcitrants aux traitements habituels des troubles temporaux mandibulaires. Les résultats suggèrent que l'hypnose est un traitement potentiellement avantageux dans ces circonstances. Après le traitement, les patients ont signalé une diminution significative de la douleur, de sa durée et de son intensité. En outre, les patients ont montré une réduction de la fréquence de leurs consultations externes, ainsi qu'une amélioration significative de leur fonctionnement quotidien. 6 mois après l'intervention par hypnose les gains du traitement ont été maintenus.
Chaves, 1997 cité dans Mendoza et al., 2009.	Cette étude indique que l'hypnose peut aider à réduire le stress, l'anxiété et les phobies chez les patients devant subir une intervention dentaire. L'hypnose peut aussi améliorer la tolérance à l'orthodontie ou aux prothèses ; réduire l'utilisation d'anesthésiques

	et d'analgésiques ; permettre de mieux contrôler le flux salivaire et les saignements.
Fabian, 1995 cité dans Mendoza et al., 2009.	Dans une étude menée en Hongrie auprès de 45 patients ayant reçu des soins odontologiques, l'hypnose s'est avéré être une méthode complémentaire utile pour réduire l'anxiété chez 84,4 % des patients enquêtés.

Bibliographie de l'annexe 1 : Indication à l'utilisation de l'hypnose

- Al-Harasi, S., P. F. Ashley, et al. (2010) "Hypnosis for children undergoing dental treatment." *Cochrane Database Syst Rev*(8): CD007154.
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166.
- Anbar, R.D., & Hummell, K.E. (2005). Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric pulmonary center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 45- 49.
- Attias, J., Shemesh, Z., Shomer, H., Shulman, H., & Shahar, A. (1990). Efficacy of self-hypnosis for tinnitus relief. *Scandinavian Audiology*, 19, 245-249.
- Attias, J., Shemesh, Z., Shomer, H., Gold, S., Shoham, C., & Faraggi, D. (1993). A comparison between selfhypnosis, masking and attentiveness for alleviation of chronic tinnitus. *Audiology*, 2, 205-212.
- Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gneccchi-Ruscione, T., Ugo, L., & Danzi, G. (2004). Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *American Journal of Cardiology*, 93, 1035-1038.
- Bakke, A.C., Purtzer, M.Z., & Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1131-1137.
- Barnes, J., C. Y. Dong, et al. (2010) "Hypnotherapy for smoking cessation." *Cochrane Database Syst Rev*(10): CD001008.
- Belsky, J., & Khanna, P. (1994). The effects of selfhypnosis for children with cystic fibrosis: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 282-292.
- Ben-Zvi, Z., Spohn, W.A., Young, S.H., & Kattan, M. (1982). Hypnosis for exercise-induced asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 125, 392-395.
- Bolocofsky, D.N., Spinler, D., & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioural weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.
- Brann, L., & Guzvica, S. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: A feasibility study in general practice. *Journal of Royal College of General Practitioners*, 37, 437-440.

- Brom, D., Kleber, R.J., & Defare, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 607-612.
- Brown, D. (2007). Evidence-Based Hypnotherapy for Asthma: A Critical Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 220-249.
- Brown, D., & Hammond, D.C. (2007). Evidence-Based Clinical Hypnosis in Obstetrics, Labor and Deliver, and Preterm Labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371.
- Bryant, R. A., Moulds, M.L., Nixon, R. D., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2005). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behavioral and Research and Therapy*, 44, 1331-1335.
- Calvert, E. L., L. A. Houghton, et al. (2002). "Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy." *Gastroenterology* 123(6): 1778-85.
- Chaves, J.F. (1997). Hypnosis in dentistry: Historical overview and critical appraisal. *Hypnosis International Monographs*, 3, 5-23.
- Crasilneck, H.B., & Hall, J.A. (1985). *Clinical hypnosis: Principles and applications* (2nd ed.). New York: Grune & Strantton.
- Cyna, A.M., McAuliffe, G.L., & Andrew, M.I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93, 505-11.
- Dickson-Spillmann, M., S. Haug, et al. (2013) "Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial." *BMC Public Health* 13: 1227.
- Edwards, S.D., & van der Spuy, H.I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 26, 161-170.
- Eitner, S., Wichmann, M., Schultze-Mosgau, S., Schlegel, A., Leher, A., Heckmann, J., Heckmann, S., & Holst, S. (2006). Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment-a comparative interdisciplinary clinical study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 457-479.
- Eitner, S., C. Bittner, et al. (2010) "Comparison of conventional therapies for dentin hypersensitivity versus medical hypnosis." *Int J Clin Exp Hypn* 58(4): 457-75.
- Elkins, G. R., W. I. Fisher, et al.(2013) "Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial." *Menopause* 20(3): 291-8.
- Ewer, T.C., & Stewart, D.E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a

hypnotic technique: A randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 293, 1129-1132.

Ewin, D.M. (1992). Hypnotherapy for warts (*Verruca Vulgaris*): 41 consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 1-10.

Fabian, T.K. (1995). Hypnosis in dentistry. I. Comparative evaluation of 45 cases of hypnosis. *Fogorvosi Szemle*, 88, 111-115.

Faymonville, M. E. (2010). Hypnose in der Anästhesie. *Hypnose-ZHH* 2010 ; 5 : 111–20.

Faymonville, M. E., Mambourg, P. H., Joris, J., et al. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997 ; 7 : 361–7

Faymonville, M. E., Mambourg, P. H., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A., & Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain*, 73, 361-367.

Faymonville, M.E., Meurisse, M., & Fissette, J. (1999). Hypnosedation: A valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chirurgica Belgica*, 99, 141-146.

Faymonville, M. E., Fissette, J., Mambourg, P. H., Roediger, L., Joris, J., Lamy, M. (1995). Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth* 1995 ; 20 : 145–51.

Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytic evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251-274.

Freeman, R.M., MacCauley, A.J., Eve, L., & Chamberlain, G.V.P. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal*, 292, 657-658.

Gay, M.C. (2007). Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: A one-year follow-up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 67-83.

Gonsalkorale W.M., Houghton, L.A., & Whorwell, P.J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal of Gastroenterology*, 97, 954-61.

Gonsalkorale, W.M., & Whorwell, P.J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17, 15-20.

Gonsalkorale, W. M., Houghton, L.A., Whorwell, P.J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service with

examination of factors influencing responsiveness. *Am J Gastroenterol*; 97: 954–61.

Green, J.P., & Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 195-224.

Green, J.P., Lynn, S.J., & Montgomery, G.H. (2008). Gender-Related Differences in Hypnosis-Based Treatments for Smoking: A Follow-up Meta-Analysis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50, 259-271.

Hansen, E., Seemann, M., Zech, N., Doenitz, C., Luerding, R., Brawanski, A. (2013). Awake craniotomies without any sedation: the awake-awake-awake technique. *Acta Neurochir (Wien)*; 155: 1417–24

Hasan, F. M., S. E. Zagarins, et al. (2014) "Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial." *Complement Ther Med* 22(1): 1-8.

Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., Hansen, E. (2016). The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis: A Systematic Review of Meta-analyses. *Deutsches Aerzteblatt.de* . Vol. 17 issue 113, p.289-96.

Häuser, W. (1997). Hypnose in der Gastroenterologie. *Hypnose und Kognition*; 14: 25–32.

Izquierdo de Santiago, A. and M. Khan (2007). "Hypnosis for schizophrenia." *Cochrane Database Syst Rev*(4): CD004160.

Jacknow, D.S., Tschann, J.M., Link, M.P., & Boyce, W.T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapyrelated nausea and vomiting in children: A prospective study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15,258-264.

Jenkins, M.W., & Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226.

Johnson, L.S., Johnson, D.L., Olson, M.R., & Newman, J.P. (1981). The uses of hypnotherapy with learningdisabled children. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 291-299.

Kekecs, Z., Nagy, T., Varga, K. (2014). The effectiveness of suggestive techniques in reducing postoperative side effects: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*; 119 : 1407–19

Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P. T., Atkinson, C., & Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 674-682.

Kinsinger, S.W., Ballou, S., Keefer, L.(2015). Snapshot of an integrated psychosocial gastroenterology service. *World J Gastroenterol*; 21: 1893–9.

- Kuttner, L., Bowman, M., & Teasdale, M. (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 374-381.
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., Logan, H., & Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G. et al. (2000). "Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial." *Lancet* 355(9214): 1486-90.
- Lang, E. V., Berbaum, K. S. et al. (2006). "Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy." *Pain* 126(1-3): 155-64.
- Lang, E. V., Berbaum, K. S. et al. (2008). "Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice." *J Vasc Interv Radiol* 19(6): 897-905.
- Lang, E.V., Joyce, J.S., Spiegel, D., Hamilton, D., & Lee, K.K. (1996). Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedure: Effects on pain perception and intravenous drug use. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 106-119.
- Lang, E. V. et Rosen, M. P. (2002). "Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures." *Radiology* 222 (2) : 375-82.
- Lesmana, C. B., L. K. Suryani, et al. (2009). "A spiritual-hypnosis assisted treatment of children with PTSD after the 2002 Bali terrorist attack." *Am J Clin Hypn* 52(1): 23-34.
- Levitas E., Parmet A., Lunenfeld E., Burstein E., Friger M., Bentov Y., & Potashnik G. (2006) Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85, 1404-1408.
- Lindfors, P., P. Unge, et al. "Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials." *Am J Gastroenterol* 107(2): 276-85.
- Lobe, T.E. (2006). Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*, 16, 639-642.
- Lyles, J.N., Burish, T.G., Krozely, M.G., & Oldham, R.K. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 509-524.

- Lynn, S.J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mackey, E. F. (2010) "Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study." *Int J Clin Exp Hypn* 58(1): 21-38.
- Madden, K., P. Middleton, et al. (2012) "Hypnosis for pain management during labour and childbirth." *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD009356.
- Marc, I., Rainville, P. et al. (2009). "Women's views regarding hypnosis for the control of surgical pain in the context of a randomized clinical trial." *J Womens Health (Larchmt)* 18(9): 1441-7.
- Marc, I., Rainville, P. et al. (2008). "Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial." *Am J Obstet Gynecol* 199(5): 469 e1-9.
- Maudoux, A., Bonnet, S., Lhonneux-Ledoux, F., & Lefebvre, P. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy. *B-ENT*, 3, 75-77.
- Milling, L.S., & Constantino, C.A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 113-137.
- Montgomery, G. H., Hallquist, M. N. et al. (2010) "Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress." *J Consult Clin Psychol* 78(1): 80-8.
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H. et al. (2007). "A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients." *J Natl Cancer Inst* 99(17): 1304-12.
- Montgomery, G.H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J.B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C.R., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D.D., Silverstein, J.H. (2007). A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99, 1304-1312.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J., & Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Moore, R., I. Brodsgaard, et al. (2002). "A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment." *Eur J Oral Sci* 110(4): 287-95.
- Moser, G., S. Tragner, et al. (2013) "Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial." *Am J Gastroenterol* 108(4): 602-9.

- Olness, K., Culbert, T., & Uden, D. (1989). Self-regulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics*, 83, 66-71.
- Pinnell, C.M., & Covino, N.A. (2000) Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 170-194.
- Raskin, R., Raps, C., Luskin, F., Carlson, R., & Cristal, R. (1999). Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension. *Stress and Health*, 15, 243-247.
- Richardson, J., Smith, J.E., McCall, G., & Pilkington, K. (2006). Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: A systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 70-84.
- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16, 402-412.
- Ross, U.H., Lange, O., Unterrainer, J., & Laszig, R. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: Effects of a 28-day inpatient multimodal treatment concept measured by Tinnitus-Questionnaire and Health Survey SF-36. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 264, 483-488.
- Rutten, J. M., Vlieger, A. M., Frankenhuis, C., et al. (2014). Gut-directed hypnotherapy in children with irritable bowel syndrome or functional abdominal pain (syndrome): a randomized controlled trial on self exercises at home using CD versus individual therapy by qualified therapists. *BMC Pediatrics*; 14: 140.
- Sado, M., E. Ota, et al. (2012) "Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression." *Cochrane Database Syst Rev* 6: CD009062.
- Schaefer, R., Klose, P., Moser, G., Häuser, W. (2014). Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*; 76 : 389–98
- Schmierer, A. (2010). *Hypnose in der Zahnheilkunde: Geschichte, Organisation, Methoden, Praxis. Hypnose-ZHH* ; 5 : 69–94.
- Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25, 114-128.
- Simon, E.P., & Lewis, D.M. (2000). Medical hypnosis for temporomandibular disorders: Treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 90, 54-63.

- Spanos, N.P., Stenstrom, R.J., & Johnston, J.C. (1988). Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. *Psychosomatic Medicine*, 50, 245-260.
- Spiegel, D., & Moore, R. (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology*, 11, 1179-1189.
- Stanton, H.E. (1994). Self-hypnosis: One path to reduced test anxiety. *Contemporary Hypnosis*, 11, 14-18.
- Syrjala, K.L., Cummings, C., & Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioural training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137-146.
- Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Strauss, B., Rosendahl, J. (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*; 33: 623-36
- Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J., & Kisely, S. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18, CD005179.
- Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21, 172-186.
- Vlieger, A.M., Menko-Frankenhuys, C., Wolfkamp, S.C., Tromp, E., & Benninga, M.A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 133, 1430-1436.
- Webb, A. N., R. H. Kukuruzovic, et al. (2007). "Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome." *Cochrane Database Syst Rev*(4): CD005110.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. (2013a) "Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial." *Acta Obstet Gynecol Scand* 92(7): 816-23.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. (2013b) "Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial." *BJOG* 120(3): 346-53.
- Werner, A., N. Uldbjerg, et al. (2013c) "Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial." *Birth* 40(4): 272-80.
- Whitehead, W.E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: The empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 7-20.

- Whorwell, P.J. (2006). Effective management of irritable bowel syndrome-the Manchester Model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 21-6.
- Winchell, S.A., & Watts, R.A. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18, 101-104.
- Wood, G.J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., Tanavoli, S., & Zadeh, H.H. (2003). Hypnosis, differential expression of cytokines by T-cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 179-196.
- Xu, Y., et Cardeña, E. (2008). Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 63-72.
- Zachariae, R., Øster, H., Bjerring, P., & Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis. A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1008-1015.
- Zeltzer, L.K., Dolgin, M.J., LeBaron, S., & LeBaron, C. (1991). A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*, 88, 34-42.
- Zeltzer, L.K., & LeBaron, S.M. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of pediatrics*, 101, 1032-1035.

ANNEXE 2 : Actes réservés par profession

PL N°21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines

L'Office des professions du Québec (2013). Guide explicatif, p.94

Evaluation réservée : évaluation qui implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement									
Activités réservées	Psy	T.S	T.C.F.	C.O	Psycho	Ergo	Inf	MD	Orthop audiol
1. Evaluer les troubles mentaux.	X			X ¹			X ²	X	
2. Evaluer le retard mental	X			X				X	
3. Evaluer les troubles neuropsychologiques	X ³							X	
4. Evaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Evaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse		X			X				
6. Evaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	X	X			X				
7. Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation		X			X				
8. Evaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès	X	X	X						
9. Evaluer une personne qui veut adopter un enfant	X	X	X						
10. Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant		X							
11. Evaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique	X			X	X	X		X	X
12. Evaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins	X	X			X	X	X	X	X

APPENDICE A : Grille d'entrevue

ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS - GRILLE D'ENTREVUE

Expériences et vécu hypnotique

Qu'est-ce qui vous a amené vers l'hypnose, motivations - intérêts ?

Les formations spécifiques en hypnose

Éléments les plus marquants, les plus significatifs lors de ces formations ? Que reprenez-vous de ces apprentissages ?

Votre définition personnelle de l'hypnose ?

Selon vous quel en est l'ingrédient actif ?

Sachant que vous pratiquez l'hypnose, comment d'après vous les gens qui vous consultent vous perçoivent-ils ?

Incident critique – Moments de réussite ou d'échec de l'intervention.

Consigne : « Pouvez-vous me parler d'une situation ou d'un incident vécu lors d'une séance thérapeutique qui vous portait à croire que votre intervention avait échoué ou mal fonctionné ».

Plus précisément :

Description de l'environnement et du contexte dans lequel l'incident est survenu.

Description de l'interaction : paroles, gestes, réactions observées, etc.

Interprétation de l'interaction selon les critères suivants :

Compréhension : « ce que j'ai perçu et ce que je pensais »;

Intentions et intérêts : « en faisant cela, je voulais... » ;

Émotions et ressentis : « ce que j'ai ressenti et vécu sur le plan émotionnel ».

Description de l'environnement et du contexte dans lequel l'incident est survenu.

Description de l'interaction : paroles, gestes, réactions observées, etc.

Interprétation de l'interaction selon les critères suivants :

Compréhension : « ce que j'ai perçu et ce que je pensais »;

Intentions et intérêts : « en faisant cela, je voulais... » ;

Émotions, ressentis : « ce que j'ai ressenti et vécu sur le plan émotionnel ».

Différents aspects du pouvoir

Lorsque l'on parle des pouvoirs de l'hypnose, qu'est-ce que vous comprenez ? Comment interprétez-vous ces affirmations ?

Avez-vous l'impression que cette notion de pouvoir est très présente lors de vos interventions ?

Comme intervenant est-ce que vous considérez détenir du pouvoir ?

D'après vous, comment le pouvoir se manifeste-t-il lors d'une intervention ?

Quels sont les indices qui vous indiqueraient que la personne en face de vous prend ou reprend du pouvoir ?

Lors d'une intervention avez-vous déjà ressenti une forme ou une autre de lutte de pouvoir entre vous et la personne venue vous consulter ?

Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Données sociodémographiques

Sexe

Année de naissance

Dernière année d'étude complétée

Champs d'études et profession

APPENDICE B : Lettre de sollicitation

Madame, Monsieur,

Aujourd'hui, je viens solliciter votre participation à mon projet de recherche. Je suis étudiant au doctorat en service social à l'Université d'Ottawa et je m'intéresse aux représentations sociales de l'hypnose. Si comme moi vous êtes intéressé par l'hypnose et ses applications thérapeutiques, peut-être serez- vous aussi intéressé à découvrir le rôle des croyances et de l'expérience sur les représentations sociales de ce phénomène.

Je planifie, au cours des prochaines semaines, recueillir l'information à l'aide d'un entretien de type semi-directif à questions ouvertes ou je recueillerai votre opinion et votre interprétation du phénomène hypnotique. Ce projet de recherche est supervisé par le professeur Lilian Negura de l'Université d'Ottawa et a reçu l'appréciation du comité d'éthique de l'Université d'Ottawa.

Les entrevues individuelles seront enregistrées sur support audio numérique et prendront vraisemblablement 60 à 90 minutes de votre temps. Je suis disponible aux heures ouvrables, en soirée ainsi que les fins de semaine. Si vous désirez participer à mon projet de recherche, je souhaiterais vous téléphoner afin de convenir d'un rendez-vous à un moment et un endroit qui vous convient.

Il n'y a pas véritablement de risques à participer à cette recherche parce qu'il vous sera toujours possible de ne pas répondre à une question si cela vous gêne ou pour toute autre raison qui n'aura pas à être justifiée. De plus, votre identité ainsi que votre milieu de pratique ne seront connus que de moi. Toutes les données recueillies seront dénommées de manière à ce qu'il soit impossible de vous identifier. Il vous sera aussi possible de retirer votre participation à ce projet ainsi que les informations divulguées à tout moment jusqu'au dépôt de la thèse à l'Université d'Ottawa.

Je joins à la présente requête un formulaire de consentement éclairé et je demeure à votre disposition pour vous fournir tout autre renseignement utile.

En espérant une suite favorable à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Claude Lavoie, TS

APPENDICE C : Certificat éthique

Numéro de dossier: 05-17-10

Date (mm/jj/aaaa): 06/28/2017



Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation déontologique

CÉR Sciences sociales et humanités

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Lilian	Negura	Sciences sociales / Service social	Superviseur
Claude	Lavoie	Sciences sociales / Service social	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: 05-17-10

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Distribution du pouvoir dans la relation thérapeutique, perspective du praticien. Le cas de l'hypnose

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
06/28/2017	06/27/2018	Approbation

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

APPENDICE D : Formulaire de consentement éclairé



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ - PRATICIEN

Projet de recherche sur les interactions thérapeutiques en hypnothérapie, exigence partielle du doctorat en service social.

IDENTIFICATION

Chercheur principal : Claude Lavoie

Directeur de thèse : Lilian Negura

Programme d'enseignement : doctorat en service social

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Ce projet est réalisé dans le cadre d'une thèse de doctorat dirigé par M. Lilian Negura, professeur à l'École de travail social de la Faculté des Sciences humaines de l'Université d'Ottawa.

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet visant l'exploration des interactions thérapeutiques en hypnothérapie.

PRODÉDURE(S) OU TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire et d'élaborer, entre autres choses, sur : votre définition et compréhension personnelle de l'intervention et de l'hypnose ; la spécificité de votre expérience avec l'hypnose. Avec votre permission, cette entrevue sera enregistrée sous format numérique et prendra environ de 60 minutes de votre temps. Le lieu, la date et l'heure de l'entrevue seront à convenir.

AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation contribuera à une meilleure compréhension du phénomène hypnotique ainsi qu'à l'avancement des connaissances à propos de l'intervention et de l'hypnose. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à une expérience que vous avez peut-être mal vécue. Par ailleurs, les risques d'inconfort associé à votre participation sont minimisés du fait que vous demeurez libre de ne pas répondre à une ou des questions que vous estimez embarrassantes, et ce, sans avoir à vous justifier. Aussi, en cas de besoin, une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont et demeureront confidentiels. Seuls le chercheur principal et le directeur de thèse auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codée) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par Claude Lavoie, travailleur social conformément aux critères de confidentialité de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCQ). Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications du projet.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, sachant de plus, que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser les renseignements recueillis et la présente recherche à des fins de publication d'articles, de mémoire, de conférences et de communications scientifiques à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Si vous le souhaitez, un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS ?

Pour des questions additionnelles sur le projet vous pouvez contacter Claude Lavoie. Vous pouvez également discuter avec le directeur de thèse, M. Lilian Negura, des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant à une recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toutes questions ne pouvant être adressées au directeur de

recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche (CÉR), par l'intermédiaire de son secrétariat.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURES

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et je consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, seulement en informant le responsable du projet, et cela sans pénalité ni justification d'aucune forme.

Signature du participant.

Date.

Nom (lettres moulées) et coordonnées.

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu autant que je sache aux questions posées.

Signature du responsable du projet.

Date.